



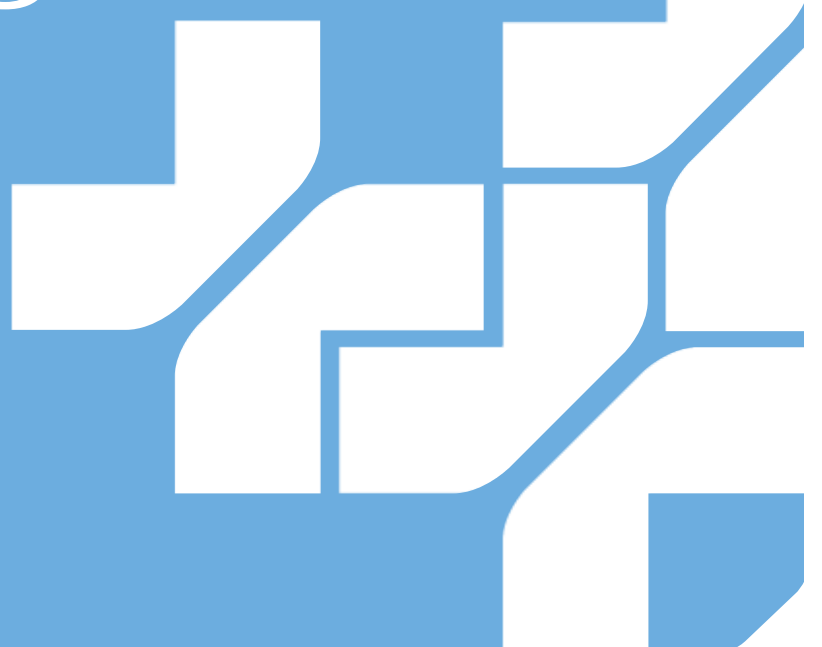
Vestre Viken HF

HELSE  SØR-ØST



# Strategi 2025

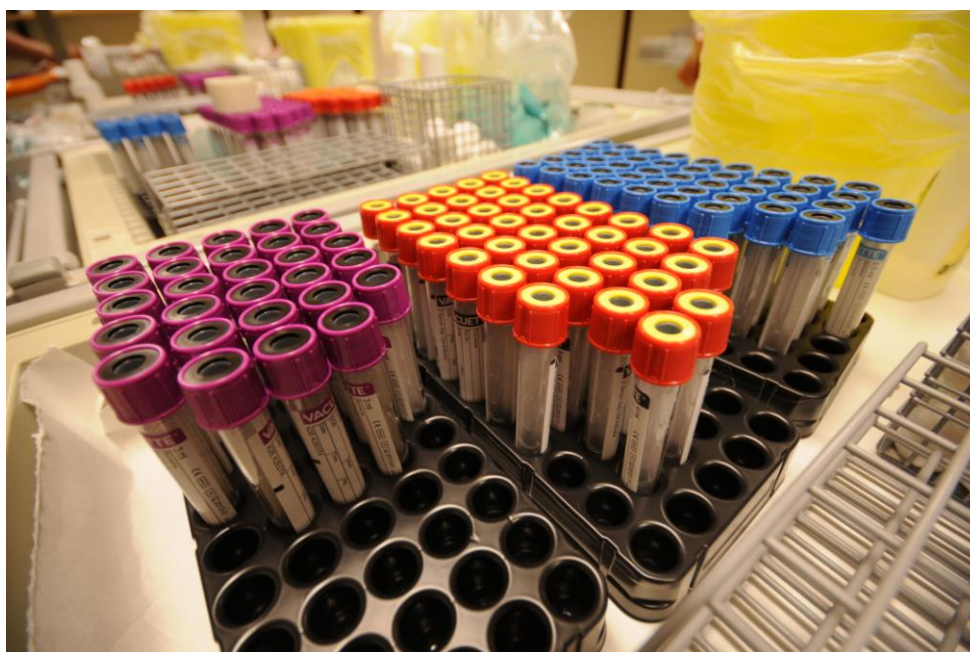
Godkjent av styret  
i Vestre Viken HF  
21.12.2011



---

# Innhold

<b>1</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Statusanalyse</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Trender og utviklingstrekk</b> .....	<b>4</b>
3.1	Samhandlingsreformen .....	4
3.2	Medisinskfaglig og teknologisk utvikling .....	4
3.3	Ny bruk av informasjonsteknologi .....	5
3.4	Aktiv brukermedvirkning .....	5
3.5	Økt fokus på likeverdige helsetjenester .....	6
3.6	Turister og økende bruk av fritidsboliger .....	6
3.7	Fremtidens rekruttering og kompetanseutvikling .....	7
<b>4</b>	<b>Mål, visjon og verdigrunnlag for Vestre Viken</b> .....	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Hovedstrategier, anbefalinger og alternativer til høring</b> .....	<b>9</b>
5.1	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	9
5.2	Styrke lokalbaserte tjenester .....	9
5.3	Etablere forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten .....	10
5.4	Styrke og samle akuttfunksjoner og fødetilbud .....	11
5.5	Definere og samle spesialiserte funksjoner .....	13
5.6	Styrke tilbudet innen kreftbehandling .....	14
5.7	Integrere somatikk og psykisk helse .....	15
5.8	Strategisk eiendomsutvikling .....	16
<b>6</b>	<b>Framtidig utvikling per sykehus</b> .....	<b>17</b>
6.1	Drammen sykehus .....	17
6.2	Bærum sykehus .....	18
6.3	Ringerike sykehus .....	18
6.4	Kongsberg sykehus .....	19



# 1 Bakgrunn

Helseforetaket Vestre Viken ble etablert 1. juli 2009. Begrunnelsen for opprettelse av foretaket er grundig beskrevet i styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst (HSØ). Vestre Viken HF er gitt et helhetlig ansvar for sin befolkning til å tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for vårt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering.

Størrelsen på vårt opptaksområde og pasientvolum er valgt for å sikre rettferdig fordeling og økt kvalitet på de helsetjenester vi leverer. Vi skal innenfor disse rammene utvikle våre tjenester i tråd med målene for nasjonal kvalitetsstrategi, som innebærer at tjenestene skal:

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Helsetjenestene i Vestre Viken skal organiseres etter pasientenes behov. Sykehusene skal, i samarbeid med kommunene og fastlegene, organisere tilbudet for å sikre rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Tjenestene skal utvikles fra døgn- til dagbehandling og polikliniske tjenester der dette er hensiktsmessig for pasienter og i tråd med faglig god praksis. Vi skal dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i vårt sykehusområde.

For å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst, skal tjenesten utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelige tilbud. Dette vil sikre nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester.

Nasjonal helse- og omsorgsplan legger klare politiske føringer for vårt arbeid. Denne er behandlet og godkjent i Stortinget i juni 2011. Det er særlig vedrørende samhandling med kommunene, lokalsykehusenes rolle og føringer vedrørende innhold og akuttfunksjoner i lokalsykehus denne planen gir klare premisser for vårt arbeid. Nasjonal – helse og omsorgsplan legger blant annet til grunn at:

- Akutt - og fødetilbud skal tilpasses befolkningsstørrelse i opptaksområdet samt avstander og kommunikasjon
- Lokalsykehus med akuttfunksjon må som minimum ha indremedisinsk akuttfunksjon
- Kommuner og helseforetak må se lokalisering av ambulansetjenesten og den kommunale legevakten i sammenheng for å sikre god tilgang til akutte tjenester

Dette dokumentet beskriver strategi for Vestre Viken i perioden fram til 2025. I strategiarbeidet har vi valgt å fokusere på områder som krever en slik planleggingshorisont dvs utforming av framtidig behandlingstilbud og samarbeidsrelasjoner med andre, intern oppgave- og funksjonsfordeling og infrastruktur i form av areal og bygninger. Denne strategien skal ha et overordnet langsiktig fokus og danne grunnlag for langsiktige valg og investeringer. For mer detaljert beskrivelse av strategier innen ulike temaområder (eksempelvis Kvalitet og pasientsikkerhet, Forskning, HR, og IT) viser vi til egne strategier for hvert av disse områdene.

Arbeidet har vært organisert med en rekke arbeidsgrupper og referansegrupper. Egne ledere og fagfolk, brukere, tillitsvalgte, representanter fra kommuner og andre samarbeidspartnere har deltatt aktivt i arbeidsgruppene. Til sammen har ca 75 personer vært direkte involvert i arbeidet og ca 200 involvert gjennom referansegrupper. Arbeidet har pågått i perioden fra januar til desember 2011. Det har vært gjennomført en utstrakt informasjonsvirksomhet og en rekke dialogmøter med interne og eksterne interessenter, brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, venneforeninger og andre interessegrupper.

## 2 Statusanalyse

### Befolkningsgrunnlag og -utvikling

Vestre Viken leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til ca 450.000 mennesker som fordeler seg på 4 fylker og 26 kommuner. Disse kommunene er av ulik størrelse; 64 % av innbyggerne bor i kommuner med mer enn 20.000 innbyggere, mens på den annen side har 11 kommuner færre enn 5.000 innbyggere. De tre kommunene Asker, Bærum og Drammen utgjør 230.000 eller om lag halvparten av innbyggerne innen Vestre Vikens område.

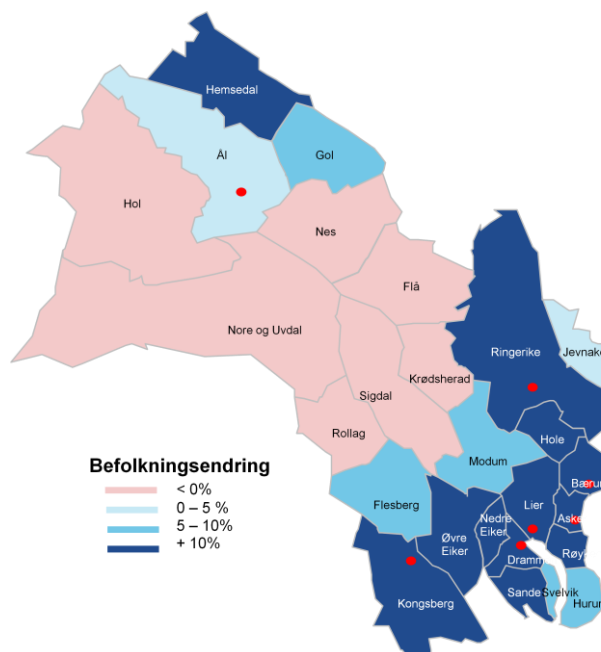
Innbyggere per kommune/fylke i Vestre Viken			
Bærum (Akershus)	112 789	Sigdal	3 524
Asker (Akershus)	55 284	Krødsherad	2 164
Jevnaker (Oppland)	6 359	Modum	12 940
Drammen (Buskerud)	63 582	Øvre Eiker	16 987
Kongsberg	25 090	Nedre Eiker	22 917
Ringerike	28 946	Lier	23 580
Hole	6 140	Røyken	19 264
Flå	1000	Hurum	9 155
Nes	3 445	Flesberg	2 592
Gol	4 572	Rollag	1 382
Hemsedal	2 140	Nore og Uvdal	2 524
Ål	4 713	Svelvik (Vestfold)	6 494
Hol	4 453	Sande (Vestfold)	8 529
		<b>Totalt</b>	<b>450565</b>

\*Data fra SSB februar 2011

For kommunene Sande, Svelvik og Jevnaker har Vestre Viken i dag lokalsykehusfunksjon innen somatikk. En fremskriving av befolkningsantallet basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) prognoser tilsier at folketallet i Norge vil stige fra 4,85 millioner i dag til 5,6 millioner i 2025. Dette tilsvarer en vekst på i underkant av 750.000 personer. Vestre Viken får 72.880 nye innbyggere innen 2025.

To tredjedeler av veksten i antall personer er estimert å finne sted i kommunene Asker, Bærum, Drammen og Lier. Hole og Hemsedal er estimert å ha den sterkeste prosentvise veksten, men den absolutte veksten i innbyggertall er relativt liten (hhv. 2060 og 580 personer).

Den største økningen i antall personer vil skje i Bærum og Drammen, med en tilvekst på hhv. 17.100 og 16.800 personer. Syv kommuner; Flå, Hol, Krødsherad, Nes, Nore og Uvdal, Rollag, Sigdal er estimert å ha en befolkningsnedgang mellom 2010 og 2025. Elleve av tolv kommuner med befolkningsvekst over 10 % ligger nær våre sykehus i dag.



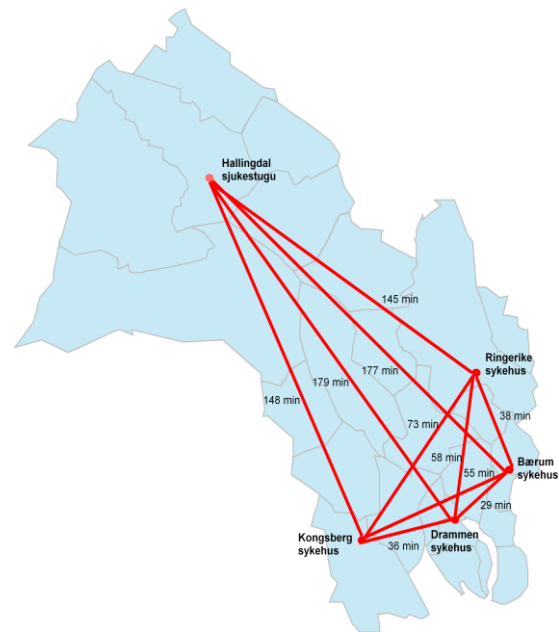
Mot 2025 vil antall personer over 60 år øke med over 34.500 i Vestre Viken, samtidig som det vil være en nedgang i aldersgruppen 40-49 år. Alle kommunene i Vestre Vikens opptaksområde, utenom Nore og Uvdal, Nes, Flå og Rollag, vil ha en vesentlig sterkere vekst enn landsgjennomsnittet i antall eldre over 60 år.

### Geografi og reiseavstand

Vestre Viken dekker et stort geografisk område som strekker seg fra Geilo i nordvest til Svelvik i sør og Fornebu i øst. Samtidig er det slik at 86 % av befolkningen innen hele Vestre Vikens geografiske område når Drammen eller Bærum sykehus på under en time.

Generelt korte avstander gir lite geografiske begrensninger i plassering av spesialiserte funksjoner. For de med lang reiseavstand til sykehus vil det være tilgjengelighet og kvalitet på prehospitaltjenester som vil ha størst betydning.

Den lengste reiseveien mellom de fire store sykehusene er fra Kongsberg til Ringerike. Ellers ligger Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike under én times reiseavstand fra hverandre.



Det er ingen tegn som tyder på vesentlige geografiske endringer ift dagens sykehusstruktur. Snarere vil veksten og behovet være størst der hvor vi har våre sentrale sykehus i dag.

### Aktivitet somatikk

Vestre Viken hadde 62.782 heldøgns sykehusopphold og 261.654 liggedøgn i 2010. Vestre Viken forventes å ha en vekst på 23 % i antall sykehusopphold fram mot 2025 hvis vi gjør en matematisk fremskrivning på grunnlag av antatt befolkningsvekst, uten å ta høyde for nye behandlingsmetoder, samhandlingsreformen, trender i sykdomsutvikling mv. Veksten fordelt per sykehus er framstilt i denne tabellen.

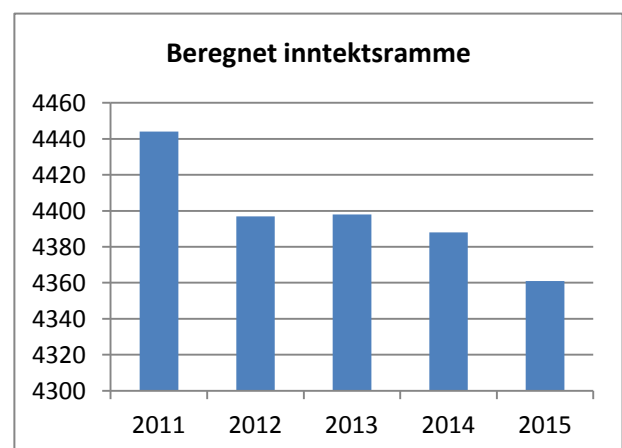
Sykehus	Vekst i antall opphold fram mot 2025
Kongsberg	16 %
Ringerike	19 %
Bærum	25 %
Drammen	19 %
Sum VV	23 %

### Økonomisk utvikling

Vestre Viken disponerer i 2011 en inntektsramme fra eier på 4,44 milliarder. Legger vi til de øvrige inntekter får vi en totalbudsjett ramme på om lag 6,5 milliarder kroner.

I de nærmeste årene er det forventet en nedgang i våre inntektsrammer fra eier (jfr. ØLP, Økonomisk langtidsprogram i Helse Sør Øst). Dette skyldes både Samhandlingsreformen, som forutsetter overføring av oppgaver fra sykehus til kommuner, og ny inntektsmodell, som på basis av demografiske kriterier vil innebære en omfordeling av inntekter mellom foretak og en reduksjon for Vestre Viken.

Dette betyr at tiltak og anbefalinger i strategiarbeidet må vurderes i forhold til vårt økonomiske handlingsrom. Strategien angir en retning som ligger fast, men tempoet vil måtte tilpasses underveis. Det betyr også at anbefalinger og tiltak som gir en positiv økonomisk effekt vil bli prioritert på kort sikt.



### 3 Trender og utviklingstrekk

I dette kapitlet beskriver vi de viktigste trender og utviklingstrekk som etter vår vurdering vil påvirke utforming av tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten i årene fram mot 2025. Noen av disse er generelle og noen er valgt ut fordi de er spesielt relevante for vårt sykehusområde. Vi legger vekt på:

1. Samhandlingsreformen og endret oppgavefordeling mellom kommuner og sykehus
2. Utnytte medisinskfaglig og teknologisk utvikling
3. Ny bruk av informasjonsteknologi
4. Aktiv brukermedvirkning
5. Fokus på likeverdige helsetjenester
6. Turister og økende bruk av fritidsboliger
7. Fremtidens rekruttering og kompetanseutvikling

#### 3.1 Samhandlingsreformen

Med ny nasjonal helse- og omsorgsplan (Stortingsmelding 16, 2010-2011) ble føringene i samhandlingsreformen formelt vedtatt. Meldingen slår fast at helsetjenesten står overfor tre store utfordringer i årene som kommer:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Den demografiske utviklingen i samfunnet og endring av sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Fem hovedgrep pekes ut:

- Klarere pasientrolle
- Ny fremtidig kommunerolle
- Etablere økonomiske insentiver
- Utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Kommunene skal ha et større ansvar for helsetjenesten til blant annet eldre og kronisk syke med sammensatte sykdomsbilder. Det antydes i reformen at ca 10 % av behandlingen som i dag foregår på sykehusene skal overføres til kommunene. Små kommuner oppfordres til å gå sammen om å løse de nye oppgavene og opprette regionvise lokalmedisinske sentre. Kommunal medfinansiering og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter skal innføres fra 2012 for å understøtte dette ansvaret.

#### 3.2 Medisinskfaglig og teknologisk utvikling

##### Medisinske behandlingsprinsipper

Det skjer en omfattende endring av medisinske behandlingsformer som følge av forskning og klinisk erfaring. Kunnskapen deles raskt på tvers av landegrensene. I denne sammenheng er Norge et lite land, og driverne av utviklingen er både store akademiske sykehus, universiteter og næringsliv som for eksempel multinasjonale farmasøytiske selskaper. Vi ser blant annet følgende utviklingstrekk:

:

- Tilstander som tidligere krevde åpen kirurgi kan løses med medikamentell behandling eller minimalinvasive intervensjoner (eks kikkhullskirurgi, radiologisk intervensjon osv.)
- Kunnskapsbasert praksis setter krav til konsensusdannelse og gradvis standardisering
- Detaljert diagnostikk gir økt grad av "skreddersydd" behandling til den enkelte pasient

##### Teknologisk utvikling

Den teknologiske utviklingen som påvirker helsesektoren er svært omfattende. Mange typer utstyr blir utdatert før de er utslitt eller avskrevet. Utviklingen skjer langs flere linjer:

- Tung og kostbar infrastruktur som gir vesentlig forbedret diagnostikk og behandling (f. eks ny billedteknologi som PET, CT, MR, intervensjonslaboratorier, strålebehandling osv.)

- Miniaturisering og mobilitet. Mange utstyrstyper går fra å være store og stasjonære til å bli mindre, bærbare og personlige
- Økt bruk av sensorer, også på områder som tidligere forutsatte blodprøver
- Økende samspill mellom medisinsk teknisk utstyr og IKT-løsninger

#### Endringer i arbeidsform

- Økt bruk av dagtilbud, poliklinikk og andre arbeidsformer som ikke krever innleggelse
- Økte krav til desentralisering av tjenester med stort pleiebehov
- Økte krav til sentralisering av døgnbaserte tilbud som krever stor tverrfaglig innsats
- Mange behandlingsforløp består av et samspill mellom hjemmebasert omsorg, egeninnsats fra pasienten og tjenester fra sykehus og spesialister

### 3.3 Ny bruk av informasjonsteknologi

Utvikling innen informasjonsteknologi (IT) vil i stor grad prege utvikling av helsetjenester i framtiden. Nye anvendelsesområder hvor IT understøtter pasientbehandling omtales ofte som eHelse. Vi opplever at pasienter og brukere i økende grad stiller klare forventninger til hvordan vi som leverandør av helsetjenester tar i bruk moderne teknologi som gir bedre pasientservice, økt pasientinvolvering og bedre kvalitet og tilgjengelighet. Regjeringens samhandlingsreform formulerer utfordringsbildet på denne måten:

”Teknologien skal legge til rette for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov der hvor pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp. Pasienten skal være informert, og i den utstrekning det er mulig, være en aktiv deltager i behandlingen. Sekundært skal databehandlingen også være et hjelpemiddel for andre formål: administrasjon og styring av virksomheten, kvalitetsforbedringer, forskning og som aggregerte data gi grunnlag for styring av sektoren inklusive planlegging av ressurser mv.

Mer integrerte diagnostiserings-, behandlings- og pleieforløp på tvers av organisatoriske skillelinjer (statlige, kommunale og private), vil tvinge fram nye måter å utnytte understøttende IKT-løsninger på. Bruk av IKT til undersøkelse, måling/monitorering, behandling, administrasjon, kunnskapshåndtering og opplæring vil kunne føre til at brukerne ikke behøver å reise til sykehus og derved føre til besparelser i reisekostnader og reisetid. IKT kan også bidra til å utsette institusjonalisering av brukerne, gjøre dem mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt omsorgstilbud gjennom nettbaserte tjenester.”

### 3.4 Aktiv brukermedvirkning

Forholdet mellom de som yter helsetjenester og brukerne av dem, er i sterk endring. Dette stiller store krav til helsevesenet, men representerer også en betydelig ressurs for bedre samspill mellom helsearbeidere og pasienter/brukere. Følgende trender preger denne utviklingen (dette kapitlet er basert på Brukerutvalget innlegg på en av våre strategikonferanser våren 2010):

#### Økt velferd og økte forventninger

Vi har i Norge gjennom flere tiår opplevd en sterk økonomisk vekst og velstandsutvikling. Medisinskfaglig utvikling har også gjort det mulig å behandle stadig nye sykdommer og lidelser på en bedre måte. Dette har igjen skapt store forventninger i befolkningen om rask tilgang til behandling for alle typer av sykdommer og lidelser, når vi trenger det og der vi trenger det.

#### Økt levealder og mer sammensatte sykdomsbilder

Vi har opplevd at reell og forventet levealder har økt betydelig. Dette medfører også at pasienter og brukere ofte får to eller flere diagnoser som en må forholde seg til samtidig. På den ene siden er det en forventning om at spesialistene skjerper sin fagkunnskap på de spesielle lidelsene, samtidig som man forventer en generell kompetanse i å se helheten hos den enkelte pasient.

#### Høyt utdanningsnivå og endrede sosiale strukturer

Utdanningsnivået i samfunnet blir stadig høyere. Mange pasienter og brukere har god tilgang til oppdatert informasjon om egen helsetilstand. Det er mindre forskjeller i samfunnet og mindre makt knyttet til formell utdanning og posisjon. Brukerne av helsetjenester forventer at tjenesteyterne snakker til dem som likemenn og at brukernes kunnskap tas med som ressurs i behandlingen.



### **Digitalisering av samfunnet**

Vi opplever i dag hvordan område etter område i samfunnet og dagliglivet har blitt digitalisert og at digitaliseringen på mange områder har gitt fremgang i form av bedre informasjonstilgang og økt brukeropplevd service. Pasienter og brukere forventer at det samme skjer innenfor helsesektoren. Man forventer at de forskjellige tjenesteyterne finner frem til enhetlige løsninger som taler sammen slik at tjenesteyterne har alt nødvendig journalmateriale til å ta riktige beslutninger.

### **Økt krav til tilgjengelighet**

Pasienter og brukere har forventninger til at vi i framtiden har høyere tilgjengelighet på våre tjenester gjennom utvidede åpningstider, større medvirkning i planlegging, avtaler og logistikken knyttet til egen behandling. De forventer også at informasjon vi oppbevarer knyttet til dette blir mer åpent tilgjengelig for den enkelte pasient, evt. også de aktører pasienten selv ønsker å knytte til behandlingsforløpet.

### **Kvalitet på kompetanse og utstyr**

Pasienter og brukere forventer at vi benytter moderne utstyr av høy kvalitet og at de som brukere har tilgang på best mulig kompetanse inne de relevante fagområdene. Dette innebærer også en forventning om å møte høy kompetanse tidlig i forløpet, eksempelvis i mottak i akutte situasjoner.

### **Økt fokus på feilbehandling**

Vi opplever en økende åpenhet om feil og stor medieoppmerksomhet knyttet til reelle og påståtte feil som begås i samfunnet generelt og helsevesenet spesielt. For produkter og tjenester generelt i samfunnet har det skjedd en stor utvikling i retning av bedre kvalitet og økt fokus på kvalitetssikring. Pasienter og brukere forventer at også helsevesenet skal sikre at de ikke utsettes for feilbehandling.

### **Åpenhet for endringer**

Pasienter og brukere uttrykker til oss som tjenesteytere at de forventer at helsetjenestene utformes for å ta høyde for alle disse endringene. De sier samtidig at de forventer at vi ser på rollefordelingen mellom tjenesteyterne som strukturer som kan endres. De forutsetter at brukernes erfaringer tas med i utforming av alle helsetjenester, enten de skal utføres av spesialisthelsetjenesten, kommunene eller andre.

## **3.5 Økt fokus på likeverdige helsetjenester**

Helsetjenesten har et ansvar for å identifisere ulikheter i helse og forholde seg til mangfoldet i befolkningen. Vestre Viken har et ansvar for å yte likeverdige helsetjenester. Den enkelte pasient skal møtes som enkeltindivid med egne behov og forutsetninger. Tjenesten skal være tilgjengelig og innrettet etter brukernes behov. For helsetjenesten innebærer dette store utfordringer, både i planlegging og organisering av tjenester og i møtet med den enkelte pasient og pårørende. Gode og likeverdige helsetjenester handler først og fremst om kvalitetsarbeid. Det handler om å gripe fatt i dokumenterte forskjeller og adressere utfordringene.

Norge har tradisjonelt vært et homogent samfunn hvor en til to prosent av befolkningen har hatt innvandrerbakgrunn. Innvandrerne har først og fremst kommet fra våre naboland. De siste tiårene har dette endret seg radikalt. Ved inngangen til 2011 hadde 12 prosent av befolkningen (600.000 personer) innvandrerbakgrunn og andelen er voksende. 70 prosent av alle innvandrere i Norge bor i Helse Sør-Østs opptaksområde, med hovedvekt i Oslo og Drammen og i store bynære kommuner. En mer sammensatt befolkning når det gjelder kultur, etnisk bakgrunn og religion er en av utviklingene som påvirker helsetjenestene. Utfordringene retter seg først og fremst mot grupper som har et sykdomsbilde som skiller seg fra majoriteten i befolkningen, og for dem som av ulike grunner har mindre tilgang til tjenesten.

## **3.6 Turister og økende bruk av fritidsboliger**

Buskerud er et av de største reiselivsfylkene i Norge. Gjestegrunnlaget varierer med lokalisering og sesong. I følge Transportøkonomisk institutt (TØI 2005) hadde Buskerud 7,3 millioner gjestedøgn i private og kommersielle anlegg. Det er for øvrig vesentlig flere gjestedøgn i fritidsboliger enn i kommersielle anlegg. Tallet for gjestedøgn er sannsynligvis høyere da statistikk over materialet for selvhusholdninger og private fritidsboliger inneholder svakheter. Vi antar at det vil bli en betydelig økning i bruk av private hytter og leiligheter.

Pasienter som ikke tilhører vårt opptaksområde, men behandles ved et av sykehusene i Vestre Viken kategoriseres som gjestepasienter. Det gjelder også personer som er på gjennomreise eller befinner seg langs veiene og kommer til



sykehus for behandling etter en veitrafikkulykke. Asker og Bærum politidistrikt har flest trafikkulykker (180) og flest skadde (242) med et innbyggertall på ca 167.000. Nordre Buskerud politidistrikt har like mange ulykker (146) som Søndre Buskerud politidistrikt (141) på tross av at innbyggertallet utgjør halvparten av de to andre politidistriktenes innbyggertall.

### 3.7 Fremtidens rekruttering og kompetanseutvikling

Medisinsk faglig kompetanse og kunnskap påvirker utviklingen i helsevesenet på alle nivåer. Det er denne kompetansen som bestemmer hvilket tilbud et sykehus kan gi. Rekruttering av og satsning på rett kompetanse vil således være kritiske suksessfaktorer for helseforetaket i tiden vi går i møte. Kunnskap, ferdigheter og holdninger skapes gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøveren får gjennom veiledning, refleksjon i kollegiale fellesskap og i samspill med brukerne, pasientene og deres pårørende. Gode systemer, forutsigbarhet og langsiktig prioritering av forskning, utdanning og kompetanseutvikling opp mot foretakets strategiske mål er av stor betydning for å møte morgendagens behov for helsetjenester.

Brukere av helsetjenester er i økende grad kunnskapssterke, bevisst sine rettigheter og tar i økende grad ansvar for egen helse. Det stiller nye krav til helsearbeideren både mht evne til dialog og kommunikasjon og til å vise ydmykhet og respekt.



## 4 Mål, visjon og verdigrunnlag for Vestre Viken

Hovedmål for Vestre Viken frem mot 2025 er:



### Visjon og verdigrunnlag

Visjon kan defineres som et bilde av en ønsket tilstand, eller en fremtidsdrøm. Det er visjonen vi skal strekke oss etter, både på kort og lang sikt. Visjonen for Helse Sør-Øst RHF er:

Visjon:
<b>Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.</b>

Helsetjenestenes kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Det er etablert tre felles, nasjonale verdier for helsetjenesten:

Verdier:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kvalitet</b></li> <li>• <b>Trygghet</b></li> <li>• <b>Respekt</b></li> </ul>

Visjonen skal sammen med verdiene være retningsgivende for alle våre medarbeidere og for hvordan vi driver vår virksomhet i Vestre Viken. Slagordet "I trygge hender" er i mange år blitt benyttet av enkelte enheter innenfor Vestre Viken. Dette slagordet, som også i den senere tid er blitt slagord for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, uttrykker mye om hva Vestre Viken ønsker å stå for:

Slagord:
<b>"I trygge hender"</b>

Med dette mener vi:

- Vi skal møte pasienter, brukere og pårørende på en måte som bidrar til å skape en trygg behandlingssituasjon
- Alle pasienter skal oppleve behandling og oppfølging som tilfredsstillende de kvalitetskrav som er satt
- Våre medarbeidere skal oppleve trygghet i arbeidssituasjonen. Våre medarbeidere skal sikres riktig kompetanse i forhold til de oppgaver de er satt til å løse
- Vestre Viken skal preges av en kultur som er opptatt av og jobber systematisk med utvikling og forbedring av våre tjenester

## 5 Hovedstrategier, anbefalinger og alternativer til høring

Vår strategi baserer seg på følgende 8 hovedstrategier:

1. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
2. Styrke lokalbaserte tjenester
3. Etablere forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten
4. Styrke og samle akuttfunksjoner og fødetilbud
5. Definere og samle spesialiserte funksjoner
6. Styrke og samle tilbudet innen kreftbehandling
7. Integrere somatikk og psykisk helse
8. Strategisk eiendomsutvikling

### 5.1 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Vi har etablert en egen Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet som er vedtatt av styret i Vestre Viken. Denne definerer 6 målområder og konkrete tiltak som støtter opp under målene i nasjonal kvalitetsstrategi. Tiltakene er detaljert beskrevet i vår kvalitets- og pasientsikkerhetsstrategi. Hovedpunktene er:

1. Målområde 1: Virkningsfulle tjenester
  - Sikre oppdatert kunnskapsgrunnlag
  - Gjennomføre fagrevisjoner
  - Dokumentere kliniske resultater
2. Målområde 2: Trygge og sikre tjenester
  - Implementere sjekklister for trygg kirurgi
  - Innføre ALERT system for identifisering av kritisk syke pasienter
  - Overvåke uønskede hendelser
  - Systematisk forbedringsarbeid basert på uønskede hendelser
  - Sikre systematisk smittevern
  - Styrke foretaksledelsens og styrets involvering i pasientsikkerhetsarbeidet
3. Målområde 3: Brukerfokuserede tjenester
  - Aktiv oppfølging og systematisering av brukererfaringer
  - Forbedring av pasientinformasjon
4. Målområde 4: God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
  - Etablere behandlingslinjer
  - Sikre ensartet bruk av prioriteringsveiledere
  - Etablere kontroller og samspill med primærlege
5. Målområde 5: God ressursutnyttelse
  - Implementere LEAN metodikk for prosessforbedring
  - Harmonisere og implementere beste praksis
6. Målområde 6: God tilgjengelighet og rettferdig fordeling av tjenestene
  - Se kap 5.2 – 5.7 i dette dokumentet

### 5.2 Styrke lokalbaserte tjenester

Fremtidens lokalsykehus skal ha et enda bredere tilbud og romme generalister. Geriatri og indremedisin vil være satsningsområder. Det skal være et bredt tilbud av poliklinikkvirksomhet og dagbehandling knyttet til lokalsykehusene og/eller de lokalmedisinske sentrene. Spesialisthelsetjenesten vil også ha en viktig oppgave i å veilede og bidra med

spesialistkompetanse overfor kommunene. Samtidig understrekes det at kompetanseutveksling skal være gjensidig og bygge på at Vestre Viken og kommunene er likeverdige samarbeidspartnere.

#### Vedtatt strategi:

##### Somatikk

- Opprettholde beredskap for indremedisinsk spesialitet på samtlige lokalsykehus
- Etablere akuttgeriatriske enheter/senger og poliklinikktilbud på alle lokalsykehusene
- Etablere ortopedisk geriatrisk tilbud på alle lokalsykehusene
- Videreutvikle enheten med ansvar for utredning og oppstart av behandling av personer under 65 år med demens ved Bærum sykehus til å dekke hele Vestre Viken
- Utarbeide felles rekrutteringsplan med vekt på fagfeltet geriatri
- Styrke poliklinisk og dagtilbud på lokalsykehusene. Dette skal utredes innen juni 2012
- Vurdere etablering av mobile røntgentjenester i samarbeid med kommunene
- Vurdere etablering av ambulant bioingeniør i kombinasjon med mobile røntgentjenester
- Prøve ut modellen "Svangerskapsomsorg på tvers" - et ressurscenter for gravide på Kongsberg
- I samarbeid med kommunene gradvis overføre minimum 10 % av akuttinnleggelsene i sykehus til kommunehelsetjenesten innen 2016
- I samarbeid med kommunene gradvis overføre minimum 10 % av de polikliniske konsultasjoner til fastlegene innen 2015

##### Psykisk helsevern DPS voksne

- Økt desentralisering – Distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne, veien ut og inn av psykisk helsevern skal gå via DPS. Fra 50/50 til 60/40 innen 2015
- Det er et mål at alle pasienthenvisninger om akutt hjelp bør gå til DPS innen utgangen av 2013. Noen pasienter med tilstander som møter kriteriene i "Forskrift om ø-hjelp" vil fortsatt måtte innlegges direkte til sykehusets akuttavdeling. (DPS veilederen skiller mellom øyeblikkelig hjelps plikt og Akuttberedskap. Se vedlegg 2 for utfyllende definisjon av begrepene)
- Alle DPS i Vestre Viken har akutt – og krisetjenester. Fra 2013 bør disse ha åpningstid 24/7
- DPS'ene har etablert ambulante akutteam. Disse bør samkjøres, og det bør sees på tilpasninger med lokalt samarbeid
- Omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester
- Økt dimensjonering av DPS'ene vil kreve en utbygging av lokaliteter
- Vurdere om deler av de lokalbaserte tjenestene innenfor somatikk og psykisk helsevern kan integreres
- Utarbeide felles kompetanse- og rekrutteringsplan med vekt på fagfeltet psykiatri

##### Lærings- og mestringscenter (LMS)

LMS er et viktig satsningsområde for Vestre Viken. Samtidig er dette et område for utstrakt samarbeid med kommunene.

Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge for:

- Tilbud for nydiagnostiserte som blir utredet ved foretaket hvor opplæringstilbudet skal være en del av behandlingsforløpet
- Diagnoserettede tilbud hvor det er behov for diagnosespesifikk kunnskap
- Helsepedagogisk ressurscenter som kommunene kan dra veksler på i utviklingen av LMS- tilbud i kommunene

### 5.3 Etablere forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen gir klare føringer for ny arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Nasjonal helseplan legger føringer for at kommunene skal ha et større ansvar for helsetjenesten til blant annet eldre og kronisk syke med sammensatte sykdomsbilder. Det legges til grunn at den forventede veksten i behov for helsetjenester i størst mulig grad skal dekkes av kommunene, og veksten i bruk av spesialisthelsetjener skal dempes. Et førende prinsipp for omstillingen i spesialisthelsetjenesten er å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må. Vi har i samarbeid med våre kommunale samarbeidspartnere fulgt opp dette gjennom utforming av konkrete samarbeidsavtaler og en rekke strategiske tiltak.

**Vedtatt strategi:****Samarbeidsavtaler og arenaer**

- Bidra aktivt i videreutvikling av dagens etablerte samarbeidsstruktur gjennom kommunehelsesamarbeidet med overordnet og lokale samarbeidsutvalg og dialogkonferanser
- Etablere faglige møteplasser på tvers av nivåene i tilknytning til de lokalmedisinske sentraene. Utrede innen juni 2012
- Utvikle og formalisere faglige nettverk som samarbeidsform

**Praksiskonsulentordningen (PKO)**

- Styrke samarbeidet med fastlegene gjennom praksiskonsulentordningen
- Vurdere å utvide ordningen ytterligere innen 2013
- Videreutvikle møteplassen mellom PKO, legespesialister og fastleger
- Etablere PKO portal ut mot fastlegene – informasjon på nett

**Tverrfaglige og tverretatlige samhandlingsteam**

Ivareta den faglige veiledningsplikten gjennom forpliktende kompetanseoverføringsplaner, ambulerende og tverrfaglige team, herunder videreutvikle og etablere tverrfaglige team under veiledning fra spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder:

- Diabetesteam
- KOLS- team
- Geriatrieteam og alderspsykiatrieteam
- Ambulerende rehabiliteringsteam
- Akutt ambulante team innenfor psykisk helse voksne
- Ambulant behandling for personer med rusproblematikk og sammensatte problemer, voksne (eksempel ACT - modellen)
- Videreutvikle ambulant tverrfaglig innsats for ungdom med psykiske lidelser og rusproblemer

**IKT og telemedisin**

**Bidra til å utvikle gode systemer for elektronisk informasjonsoverføring mellom forvaltningsnivåene og utvikle bruken av telemedisinske løsninger når det gjelder diagnostikk, veiledning og undervisning:**

- Elektroniske meldinger videreutvikles og settes i system (Meldingsløftet). Målet er å sørge for at alle henvisninger, epikriser og utskrivningsnotat sendes elektronisk
- Tilrettelegge for samarbeidsarenaer som setter fokus på sikker meldingsutveksling
- Etablere tydelige samarbeidsavtaler som beskriver ansvarsforhold mellom foretaket og kommunene
- Sikre at journalsystemene i foretaket og kommunene kan kommunisere med hverandre
- Innføre felles RIS/PACS (digitale røntgenbilder) system som muliggjør at bilder kan tas lokalt og tolkes sentralt
- Innføre ett felles labdatasystem som muliggjør elektronisk rekvirering og svar mellom sykehus og fastleger i regionen
- Utrede utvikling og organisering av telemedisinske tjenester i samarbeid med kommunene innen utgangen av 2012
- Følge opp nasjonal satsning på kjernejournal

## 5.4 Styrke og samle akuttfunksjoner og fødetilbud

Medisinskfaglig utvikling og spesialisering gjør at vi kan øke kvaliteten på det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen ved å styrke prehospitaltjenester og samle akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner i færre og større enheter. Nasjonal helse- og omsorgsplan åpner for at vi skal gjøre følgende vurderinger innen dette feltet:

- Akutt- og fødetilbud skal tilpasses befolkningsstørrelsen i opptaksområdet, samt avstander og kommunikasjoner
- Lokalsykehus med akuttfunksjon må som minimum ha indremedisinsk akuttfunksjon
- Kommuner og helseforetak må se sykehusenes akuttfunksjoner, lokalisering av ambulansetjenesten og den kommunale legevakt i sammenheng for å sikre god tilgjengelighet til akutte tjenester

Vi har i våre vurderinger av framtidig organisering av akutttilbud, valgt å legge følgende kriterier til grunn:

- Sykdom/skade hvor reisetiden har betydning for utfall av behandling
- Krav til andre ledd i den akuttmedisinske tjenesten (legevakt, ambulansetjeneste, kompetanse)
- Fagmiljø som i dag er sårbare fordi pasientvolum allerede er lavt og forventes å bli det fremover
- Fagmiljø som har problem med å rekruttere, og hvor utviklingen blir sterkere fremover
- Behandlingstilbud som er så kostbare å opprettholde at det går ut over kvaliteten på det samlede tilbudet til befolkningen i Vestre Viken, eller hvor ressursene kan utnyttes bedre ved at ressurser flyttes fra (hvilende) akuttberedskap til aktiv pasientbehandling (planlagt virksomhet)
- Reiseavstand til behandlingssted
- Flytting av funksjoner må om nødvendig kompenseres med krav til transport og kapasitet der aktivitet flyttes

#### Vedtatt strategi akuttfunksjoner:

- Tilbudet til slagpasienter styrkes gjennom spesialiserte slagenheter. Det er behov for en opptrapping av antall senger i spesialisert slagenhet frem mot 2025 for å møte både krav til kvalitet i behandlingen og befolkningsvekst. Den konkrete gjennomføringen må avklares gjennom rullering av strategiplanen og budsjett. Organisering og dimensjonering av behandling av hjerneslag blir et strategisk satsingsområde i Vestre Viken
- Traumestatus videreføres for sykehusene i Drammen og Ringerike. Pasientvolum og reiseavstand til spesialisert traumesenter ved OUS tilsier at Bærum sykehus ikke skal være traumesykehus for alvorlig skadde pasienter. Det forutsettes at Bærum fortsatt tar i mot akutt skadde pasienter på dagens nivå og opprettholder gode systemer og kompetanse på akuttbehandling ved regelmessig kurs og teamtrening
- Styrking av kapasitet og kompetanse i prehospitaltjenester. Det er viktig å se på hele den akuttmedisinske behandlingsskjeden som omfatter fastlege, kommunal legevakt, AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral), ambulansberedskap og akuttmottak. Hvis behandlingstilbudet flyttes/centraliseres kan dette ikke sees uavhengig av reisetid. Dette får betydning for antall ambulanser, kompetansen i ambulansen og behov for spesialambulans. Medisinskfaglig utvikling åpner for at stadig mer komplisert behandling kan gjøres prehospitalt, og dette krever kompetanse i alle ledd og utstyr ved eventuell spesialtransport
- Prehospitaltjenester videreutvikles i samarbeid med kommunene
- Kirurgisk akutttilbud (generell kirurgi, bløtdelskirurgi) samles i Drammen for Drammen og Kongsberg. Planlagt operativ virksomhet fortsetter begge steder. Utviklingen i det kirurgiske faget vil gjøre det enda mer krevende å rekruttere spesialister i generell kirurgi i årene som kommer. Drammen sykehus vil ha robuste vaktordninger innen mage/tarm, urologi og karkirurgi. Dette vil igjen gjøre det mulig å ha stabil legebemanninger hvor en del har arbeidssted både på Drammen og på Kongsberg sykehus. Den økte reiseavstanden for pasientene det gjelder og økningen i transportbehov er håndterbart
- Poliklinisk virksomhet opprettholdes og videreutvikles på Kongsberg sykehus
- Akuttfunksjoner innen kirurgi videreføres som i dag ved Bærum og Ringerike sykehus
- Det videre tilbudet innen ortopedi skal utredes. Det vises til omtale under punkt 5.5

#### Vedtatt strategi fødetilbud:

- Fødetilbudet ved Bærum, Ringerike og Drammen sykehus videreføres som i dag
- Fødetilbudet ved Kongsberg sykehus utredes videre. Det legges til grunn at det skal være et fødetilbud ved Kongsberg sykehus, enten som fødeavdeling eller som jordmorstyrt fødestue. I henhold til vedtak i styremøte 27. april sak 028/2012 skal utredningen gjennomføres som en del av Plan for utvikling av sykehustilbudet i Vestre Viken HF

## 5.5 Definere og samle spesialiserte funksjoner

Som eget sykehusområde skal vi dekke 80-90 % av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester innen eget foretak. Spesialiserte funksjoner skal styrkes og gjøres mer robuste ved å samle dem på færre steder. Hensikten er å oppnå sterkere fagmiljøer, bedre kvaliteten på pasientbehandlingen og sikre kostnadseffektiv drift. Førende prinsipp skal være å sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan. Noen spesialiserte funksjoner bør tilbys flere steder da det omfatter større pasientgrupper.

Mandatet for strategiarbeidet angir at Drammen sykehus fortsatt skal være områdesykehuset i Vestre Viken. Det legges også til grunn av Bærum sykehus/Martina Hansens hospital skal ha områdefunksjoner for Vestre Viken, og at det skal legges fram flere alternativer for dette. Virksomheten ved Martina Hansens hospital (MHH) skal hensyntas i strategiplanen. MHH er en stiftelse med direkte avtale med Helse Sør-Øst, og som har tilbud innen revmatologi og ortopedisk kirurgi. Vestre Viken har ingen direkte innflytelse på virksomheten ved MHH, eller omvendt. En nærmere samordning krever at faglige, økonomiske og styringsmessige forhold avklares. Resultatet av dette vil påvirke valg av strategi. For en del områder, særlig innenfor kreftbehandling, er det gjort regionale vedtak vedrørende funksjonsfordeling av behandling som legger føringer for strategien.

Vi ser også på samarbeidet med privatpraktiserende spesialister som en viktig del av tilbudet til befolkningen i vårt område. En stor del av disse har direkte avtale med Helse Sør Øst og utgjør et viktig supplement til tilbud i egen regi.

Spesialiserte funksjoner kan omfatte hele medisinske fagområder eller behandling av enkelte pasientgrupper. De spesialiserte funksjoner som bør lokaliseres ved områdesykehuset, er særlig de som er sentrale innenfor spesialisert akuttbehandling og spesialisert kreftbehandling, og områder som har sterke avhengigheter til disse. Dette sikrer gode pasientforløp for alvorlig syke pasienter. Det skal også påpekes at vurdering av hva som er spesialiserte funksjoner er dynamisk.

### Vedtatt strategi:

- Drammen sykehus og Bærum sykehus skal ha lokal- og områdefunksjoner. Tyngdepunktet av områdefunksjoner skal ligge ved Drammen sykehus.. De fleste av disse funksjonene ligger allerede på Drammen sykehus
- Døgnkontinuerlig urologisk vakt konsentreres til Drammen sykehus med mer begrensede vaktordninger avhengig av behov ved de andre sykehusene
- Områdefunksjoner innen fedmekirurgi, spesialisert geriatri og spesialiserte funksjoner innen gynekologi (komplisert urininkontinens) videreføres på Bærum sykehus. Fagfeltet geriatri styrkes med tanke på å etablere et kompetansesenter innen geriatri ved Bærum sykehus
- Noen spesialiserte funksjoner har et volum som tilsier at det bør gjøres flere steder. Det gjelder særlig innen indremedisin, men også innen nevrologi, enkelte kirurgiske tilbud og innen ortopedi
- Innen ortopedi videreføres inntil videre de spesialiserte funksjoner både ved Bærum og Drammen sykehus og MHH. Den videre utvikling av det samlede ortopeditilbudet innen Vestre Viken skal utredes. Dette omfatter både akuttbehandling og elektiv ortopedisk kirurgi, og både lokalbaserte funksjoner og områdefunksjoner. Føringer for en slik utredning skal være vridning fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling og sikring av effektive pasientforløp innen elektiv kirurgi
- Det utarbeides en egen plan for videre samhandling med MHH. Målet for en slik samhandling må være å sikre et helhetlig tilbud og effektiv utnyttelse av våre samlede ressurser
- Døgnkontinuerlig beredskap for akutt endoskopi, intervensjonsradiologi og akutt dialyse videreutvikles ved Drammen sykehus. Kompetente leger fra flere av sykehusene bør inngå i beredskapen
- Nukleærmedisin samles ved Drammen sykehus. I løpet av få år bør Vestre Viken anskaffe PET-CT



**Vedtatt strategi forts.:**

- **Revmatologi**  
Det er i dag to revmatologiske avdelinger for Vestre Vikens befolkning, én ved Drammen sykehus og én ved MHH. Avdelingen ved MHH dekker i dag også resten av Akershus fylke.  
Revmatologi videreføres ved Drammen sykehus. Vestre Viken vil søke å inngå et samarbeid med MHH som en del av det samlede revmatologiske tilbudet for Vestre Vikens befolkning. Det vil således være to avdelinger innen revmatologi for Vestre Vikens befolkning.
- **Nevrologi**  
Nevrologifaget kan deles i to hovedområder: Slagbehandling (vaskulær nevrologi) og øvrig nevrologi. Slagbehandling inngår i akuttfunksjoner, jfr. tidligere omtale under dette. Generell nevrologi omfatter øvrige lidelser innen sentralnervesystemet. Nevrofysiologisk laboratorium inngår i tjenestene.  
Nevrologi har særlig gjensidig faglig avhengighet mot barneavdeling, habilitering, karkirurgi, geriatri, alderspsykiatri, indremedisin og intensivmedisin. Nevrologien er storforbruker av radiologiske tjenester, både innen MR og CT. Nevrologisk avdeling ligger i dag ved Drammen sykehus mens Bærum sykehus har noen nevrologiske tjenester.

Det nevrologiske tilbudet ved Drammen sykehus videreføres samtidig som det etableres et hensiktsmessig nevrologisk tilbud ved Bærum sykehus. Denne løsningen sikrer samhandling med barneavdeling, karkirurgi og radiologisk avdeling (nevroradiologi) og tverrfaglig vurdering av større hodeskader (traumefunksjon). Et veletablert, godt fungerende miljø som også omfatter behandlingen av hjerneslag ved Drammen sykehus videreføres.

Bærum sykehus skal videreutvikle nevrologisk tjeneste på dagtid for aktuelle pasientgrupper.

## 5.6 Styrke tilbudet innen kreftbehandling

Kreft er en av de store folkesykdommer. Hyppigheten øker sterkt med alder. Økning i antall eldre i befolkningen medfører derfor en økning i antall pasienter med kreftsykdom. Mer effektive behandlingsmetoder gjør at flere pasienter kan helbredes for sin kreftsykdom. Der det ikke er mulig å helbrede vil moderne behandling ofte gi forlenget levetid og bedret livskvalitet sammenliknet med tidligere. Flere pasienter lever derfor lengre med kreft. Kreftbehandling omfatter både kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling, ofte i kombinasjon. Formålet med behandlingen kan være både kurativ og palliativ. Selv om den høyspesialiserte behandling kan være avgjørende for behandlingsresultatet, utgjør den ofte en begrenset del av et samlet behandlingsforløp. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er viktig med vektlegging av lindrende behandling og rehabilitering.

Kreftbehandlingen har vært gjenstand for en rekke nasjonale og regionale utredninger de siste årene. Det er laget nasjonale handlingsprogrammer og retningslinjer innen en rekke kreftområder. I desember 2010 behandlet styret i Helse Sør-Øst Fagråd for kreft sin anbefaling vedrørende funksjonsfordeling av kreftbehandling i regionen, særlig hva angår kreftkirurgi. Vedtaket legger føringer for hvor ulike kreftformer skal behandles, og også for hvordan behandlingen skal organiseres innen foretakene. Det stilles krav til kvalitet/robusthet, inklusive krav til nedre grenser for behandlingsvolum innen kreftomsorgen. De nasjonale og regionale føringene er lagt til grunn i strategiplanen.

I den videre utvikling av behandlingstilbudet for kreftsykdommer er det viktig å arbeide med økt kvalitet i behandlingen, kortere ventetider, forbedret logistikk knyttet til diagnostisering, utredning og oppstart av behandling. Et viktig ledd i kreftomsorgen er multidisiplinære team som gjør vurderinger og beslutninger i forhold til enkeltpasienters utredning og behandling. Multidisiplinære team består av kirurg, onkolog, radiolog og patolog samt annet fagpersonell i en del tilfeller. Det er viktig at de ulike kreftbehandlingsteam kan dra nytte av hverandres kompetanse. Det er derfor riktig å samle den tyngre kreftkirurgien ved ett sted. Det utelukker ikke at denne type kirurgi kan utføres ved flere steder dersom volumet er stort nok. Fagmiljøene ved de ulike sykehusene må ha et tett samarbeid om utredning og behandling av kreftpasienter.

**Vedtatt strategi:**

- Kirurgisk behandling av tykktarmskreft videreføres ved Ringerike, Bærum og Drammen sykehus
- Kirurgisk behandling av endetarmskreft videreføres ved Bærum og Drammen sykehus
- Urologisk kreftkirurgi samles og videreutvikles ved Drammen sykehus. Utredning og oppfølging av pasientene gjøres av urologer ved de ulike sykehus. Urologer fra de ulike sykehus deltar i operativ virksomhet
- Alle sykehus skal ha onkologisk og palliativ (lindrende) kompetanse
- I lengre tidsperspektiv bør Vestre Viken etablere en stråleterapienhet. Det er behov for å øke antall stråleterapienheter i regionen før 2015-2020. En stråleterapienhet i Vestre Viken vil bedre tilbudet innen strålebehandling

## 5.7 Integre somatikk og psykisk helse

Internasjonal forskning viser at en betydelig del av somatiske pasienter også har en behandlingstrengende psykisk lidelse med eller uten rusproblematikk. Det er somatisk oversykkelighet hos flere grupper av pasienter med psykisk lidelser og rusproblem.

Blant fagområder med stort samarbeidsbehov vil vi trekke fram:

- Medisin og psykiatri: Forvirringstilstander, forgiftninger, selvmordsforsøk, spiseforstyrrelser osv.
- Kirurgi/ortopedi og psykiatri
- Nevrologi og psykiatri
- Kvinneklubben og BUPA (Barne- og ungdomspsykiatri) - Rus og psykiatri
- Geriatri og alderspsykiatri
- Radiologi/laboratorietjenester og psykiatri
- Voksenhabilitering og psykiatri
- Barnehabilitering og barne- og ungdomspsykiatri
- Pediatri og barne- og ungdomspsykiatri
- Rus (Tverrfaglig spesialisert behandling - TSB) og medisin
- Rus (TSB) og psykiatri
- Rus (TSB) og nevrologi
- Prehospitaltjenester

**Vedtatt strategi:**

- DPS akuttfunksjon styrkes for å redusere behov for sykehusinnleggelser
- Områdefunksjoner innen psykisk helsevern for voksne omfatter akuttfunksjon, psykosebehandling, sikkerhetspsykiatri og alderspsykiatri. Akutt- og alderspsykiatri for Vestre Viken samlokaliseres med Drammen sykehus. Øvrige områdefunksjoner innenfor psykisk helse legges til Blakstad sykehus
- Det skal legges til rette for at kommunene Sande, Svelvik og Jevnaker kan tilbys tjenester fra Vestre Viken HF innen psykisk helse og rusbehandling. Vestre Viken har i dag sykehusfunksjoner innen somatikk for disse kommunene. Disse kommunene har gitt uttrykk for at det vil være ønskelig å få et samlet tilbud både innen somatikk og psykisk helse i Vestre Viken

## 5.8 Strategisk eiendomsutvikling

Den viktigste strategiske saken innen eiendomsområdet er oppfølging av nytt mandat om utvikling av sykehustilbudet i Vestre Viken HF. Mandatet gis på bakgrunn av mulighetsstudien for nytt sykehus i Drammen som ble utarbeidet i 2011 og senere er behandlet av Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet. Det skal i 2012 utarbeides en utviklingsplan hvor eiendom er en vesentlig del. Styret i HSØ RHF behandler saken i styremøte 15. mars 2012. Mandatet gis deretter Vestre Viken HF i foretaksmøte i mars 2012. I Vestre Viken HF's styrebehandling av Strategi 2025 er følgende lagt til grunn:

### Vedtatt strategi:

- Akutt- og alderspsykiatri for Vestre Viken samlokaliseres med Drammen sykehus. Øvrige områdefunksjoner innenfor psykisk helse legges til Blakstad sykehus
- Tidligere Lier sykehus avvikles og forberedes lagt ut for salg med muligheter for midlertidig tilbakeleie av arealer
- Det utarbeides en utviklingsplan for helseforetakets samlede eiendoms- og bygningsmasse i løpet av 2012 (Plan for utvikling av sykehustilbudet i Vestre Viken HF)



## 6 Framtidig utvikling per sykehus

I dette kapitlet ønsker vi å tydeliggjøre endringer innen pasienttilbudet for hvert av våre sykehus i årene fram til 2025 og hva som blir styrker og fokusområder for hvert enkelt sykehus.

Vi viser også mer detaljert hvilke fagområder som tilbys per lokasjon og har gruppert dette iht. noen hovedområder. Vi gjør oppmerksom på at en slik forenklet framstilling ikke fanger opp nyanser i kapasitet og bredde innen de ulike fagområdene.

### 6.1 Drammen sykehus

#### Områdesykehus med lokalsykehusfunksjoner for Drammen og omegn

Hovedtyngden av spesialiserte funksjoner som bare skal tilbys ett sted, legges til Drammen sykehus. Drammen sykehus skal i tillegg til dette ha et bredt lokalsykehusstilbud til befolkningen i sitt opptaksområde. Akutt- og alderspsykiatri for Vestre Viken samlokaliseres med Drammen sykehus.

Tilbud i dag	Drammen sykehus Tilbud i framtiden	Endringer i tilbudet
<b>Medisin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med alle subspecialiteter</li> <li>• Revmatologi</li> <li>• Nevrologi</li> </ul>	<b>Medisin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med alle subspecialiteter</li> <li>• Revmatologi</li> <li>• Nevrologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrking av lokalbaserte tjenester og overføring av oppgaver til kommunene jfr. kap 5.2 og tabell 1 i vedlegg 1</li> </ul>
<b>Kirurgi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi herunder; Gastrokirurgi, Urologi, Karkirurgi, Mamma/endokrin</li> <li>• Øye</li> <li>• Øre, nese og hals</li> </ul>	<b>Kirurgi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi herunder; Gastrokirurgi, Urologi, Karkirurgi, Mamma/endokrin</li> <li>• Øye</li> <li>• Øre, nese og hals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urologisk kreftbehandling samles ved Drammen sykehus</li> </ul>
<b>Kvinne og Barn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynekologi</li> <li>• Føde/barsel</li> <li>• Pediatri</li> </ul>	<b>Kvinne og Barn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynekologi</li> <li>• Føde/barsel</li> <li>• Pediatri</li> </ul>	
<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Medisinsk biokjemi</li> <li>• Mikrobiologi</li> <li>• Patologi</li> <li>• Nukleærmedisin</li> <li>• Blodbank</li> </ul>	<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Medisinsk biokjemi</li> <li>• Mikrobiologi</li> <li>• Patologi</li> <li>• Nukleærmedisin</li> <li>• Blodbank</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nukleærmedisin for Bærum og Drammen samles i Drammen</li> </ul>
<b>Psykisk helse</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutt- og alderspsykiatri for Vestre Viken samlokaliseres med Drammen sykehus</li> </ul>

## 6.2 Bærum sykehus

### Stort lokalsykehus med en rekke spesialfunksjoner

Bærum sykehus skal ha et bredt og faglig solid lokalsykehusstilbud til befolkningen i sitt opptaksområde. Spesialisert kompetanse ut over lokalsykehusnivå som er bygget opp ved sykehuset i dag skal videreføres. Sykehuset skal videreutvikle dagtilbudet innen nevrologi og styrke fagfeltet geriatri med sikte på å etablere et kompetansesenter innen fagfeltet ved sykehuset.

Tilbud i dag	Bærum sykehus Tilbud i framtiden	Endringer i tilbudet
<b>Medisin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med alle subspecialiteter</li> <li>• Nevrologi – dag</li> </ul>	<b>Medisin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med alle subspecialiteter</li> <li>• Nevrologi – utvidet dag</li> <li>• Kompetansesenter i geriatri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrking av lokalbaserte tjenester og overføring av oppgaver til kommunene jfr. kap 5.2 og tabell 1 i vedlegg 1</li> <li>• Utvidet dagtilbud innen nevrologi</li> <li>• Etablering av kompetansesenter i geriatri</li> </ul>
<b>Kirurgi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi herunder; Gastrokirurgi, Urologi, Endokrin</li> </ul>	<b>Kirurgi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi herunder; Gastrokirurgi, Urologi, Endokrin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urologisk kreftkirurgi samles i Drammen. Utredning og oppfølging av pasientene fortsatt ved de enkelte sykehus, urologer deltar i operativ behandling i Drammen. Øvrig urologisk virksomhet kontinueres.</li> </ul>
<b>Kvinne og Barn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynekologi</li> <li>• Føde/barsel</li> </ul>	<b>Kvinne og Barn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynekologi</li> <li>• Føde/barsel</li> </ul>	
<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Medisinsk biokjemi</li> <li>• Mikrobiologi</li> <li>• Nukleærmedisin</li> <li>• Blodbank</li> </ul>	<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Medisinsk biokjemi</li> <li>• Mikrobiologi</li> <li>• Blodbank</li> </ul>	

- Dialyse og nefrologi er etablert som eget tilbud i 2010
- Brystkreftscreening er etablert som eget tilbud ved Bærum sykehus i 2011

## 6.3 Ringerike sykehus

### Lokalsykehus med brede akutfunksjoner

Ringerike sykehus skal videreutvikles som et godt lokalsykehus med et bredt lokalsykehusstilbud. Akutfunksjoner innen kirurgi og medisin samt fødeavdeling videreføres. Et bredt poliklinisk tilbud videreføres både på Ringerike sykehus og på Hallingdal sjukestugu. Sykehuset skal videreføre sitt gode samarbeid med kommunal legevakt som er lokalisert sammen med sykehuset. Omfanget av sengeavdeling på Hallingdal sjukestugu avklares gjennom prosjektet "Hallingdal lokalmedisinske senter".

	Ringerike sykehus	
Tilbud i dag	Tilbud i framtiden	Endringer i tilbudet
<b>Medisin</b> • Indremedisin	<b>Medisin</b> • Indremedisin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrking av lokalbaserte tjenester og overføring av oppgaver til kommunene jfr. kap 5.2 og tabell 1 i vedlegg 1.</li> </ul>
<b>Kirurgi</b> • Ortopedi • Kirurgi herunder; Gastrokirurgi, Urologi	<b>Kirurgi</b> • Ortopedi • Kirurgi herunder; Gastrokirurgi, Urologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urologisk kreftkirurgi samles ved Drammen sykehus. Utredning og behandling av pasientene skjer ved de enkelte sykehus, urolog deltar i operativ virksomhet ved Drammen sykehus. Øvrig urologitilbud kontinueres</li> </ul>
<b>Kvinne og Barn</b> • Gynekologi • Føde/barsel • Pediatri	<b>Kvinne og Barn</b> • Gynekologi • Føde/barsel • Pediatri	
<b>Medisinsk diagnostikk</b> • Radiologi • Medisinsk biokjemi • Blodbank	<b>Medisinsk diagnostikk</b> • Radiologi • Medisinsk biokjemi • Blodbank	

## 6.4 Kongsberg sykehus

### Lokalsykehus med indremedisinsk akuttfunksjon, elektiv kirurgi og brede polikliniske tilbud

Kongsberg sykehus skal videreutvikles som et godt lokalsykehus og tilby indremedisinsk akuttfunksjon, elektiv kirurgi og et bredt poliklinisk tilbud. Det vil være viktig å utvikle et nært samarbeid med det kommunale tjenestetilbud og samarbeid med kommunene om etablering av et moderne lokalmedisinsk senter.

	Kongsberg sykehus	
Tilbud i dag	Tilbud i framtiden	Endringer i tilbudet
<b>Medisin</b> • Indremedisin	<b>Medisin</b> • Indremedisin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrking av lokalbaserte tjenester og overføring av oppgaver til kommunene jfr. kap 5.2 og tabell 1 i vedlegg 1</li> </ul>
<b>Kirurgi</b> • Ortopedi • Generell kirurgi	<b>Kirurgi</b> • Ortopedi • Planlagt generell kirurgi, ikke øyeblikkelig hjelp	<ul style="list-style-type: none"> <li>Øyeblikkelig hjelp innen bløtdelskirurgi samles i Drammen</li> </ul>
<b>Kvinne og Barn</b> • Føde/barsel	<b>Kvinne og Barn</b> Føde/barsel vurderes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fødetilbudet under vurdering, styrebehandling i juni 2012</li> </ul>
<b>Medisinsk diagnostikk</b> • Radiologi • Medisinsk biokjemi • Blodbank	<b>Medisinsk diagnostikk</b> • Radiologi • Medisinsk biokjemi • Blodbank	