



Vedlegg 3

*Rapport fra arbeidsgruppe 3:
Spesialiserte funksjoner*

*Versjon: 1.0
Status: Godkjent
Dato: 26. september 2011*

Innhold

1	Innledning	1
2	Oversikt over spesialiserte områdefunksjoner	2
3	Vurderinger og anbefalinger	3
3.1	Revmatologi.....	3
3.2	Nevrologi.....	4
3.3	Kirurgiske fag.....	5
3.4	Kirurgisk behandling av kreft:.....	6
3.5	Ikke-kirurgisk kreftbehandling.....	8
3.6	Ortopedi.....	8
3.7	Fysikalsk medisin og rehabilitering.....	8
3.8	Gynekologi/obstetrikk.....	9
3.9	Øyesykdommer.....	9
3.10	Øre, nese og hals.....	9
3.11	Pediatri.....	10
3.12	Habilitering.....	10
3.13	Indremedisinske fag.....	10
3.14	Patologi.....	12
3.15	Medisinsk mikrobiologi.....	12
3.16	Medisinsk biokjemi.....	13
3.17	Immunologi og transfusjonsmedisin.....	13
3.18	Radiologi.....	13
3.19	Nukleærmedisin.....	14
3.20	Psykisk helse og rus.....	14

1 Innledning

Spesialiserte områdefunksjoner er behandlingstilbud som av faglige og/eller ressursmessige grunner bør ha et opptaksområde for pasienter svarende til et sykehusområde. I styresak for Helse Sør-Øst 108/2008 foreslås at spesialiserte områdefunksjoner som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde. Hensikten med etablering av sykehusområder og samling av spesialiserte områdefunksjoner er å skape mer robuste og faglig sterke miljøer, slik at tilbudet til pasientene blir så godt som mulig.

I føringer for strategiarbeidet ligger at Drammen sykehus fortsatt skal være områdesykehus for Vestre Viken. Det legges også til grunn av Bærum sykehus /Martina Hansens hospital skal ha områdefunksjoner for Vestre Viken, og det skal legges fram flere alternativer for dette. Innen psykisk helse og rus skal både Bærum og Blakstad utredes som alternntive suppleringssteder til Drammen for sykehusfunksjoner, og det skal sikres en rimelig fordeling mellom Bærum/Blakstad og Drammen.

Spesialiserte områdefunksjoner kan omfatte hele medisinske fagområder/avdelinger eller enkelte funksjoner med relativt lavt pasientvolum innen faget. Spesialiserte områdefunksjoner er i mange tilfeller avhengige av hverandre med behov for tverrfaglig kompetanse. Det må tas hensyn til slike faglige avhengigheter ved lokalisering. Det betyr imidlertid ikke at alle spesialiserte funksjoner må lokaliseres samme sted, heller ikke at spesialiserte funksjoner nødvendigvis bare må tilbys ett sted i sykehusområdet. Fagområder med mindre avhengigheter til andre fagfelt kan ligge flere steder. Den medisinske utvikling gjør at klassifisering av tilbudene i regionale, område og lokalbaserte funksjoner vil være dynamisk. Strategien må gi rom for det dynamiske aspektet i utviklingen av den medisinske behandling. Fordeling av områdefunksjoner kan gjøres etter faglige og kvalitetshensyn, organisatoriske og økonomiske hensyn. Grappa har sett det som sin hovedoppgave å fokusere på faglige hensyn og kvalitetshensyn. Det er i arbeidet lagt til grunn føringene i styresak 108/08 i Helse Sør Øst, hvor det påpekes at fragmentering av pasientforløp må begrenses i størst mulig grad, særlig innen akuttforløp. Videre er det fokus på å sentralisere de vi må, og desentralisere det vi kan. Det må også tas hensyn til hvordan man kan sikre faglig utvikling og kompetanseutvikling innen de ulike områder.

Det er på denne bakgrunn enighet i utvalget om at de områdefunksjoner som bør lokaliseres ved områdesykehuset er de som er sentrale innenfor tung akuttbehandling og tung kreftbehandling, og de som har sterke synergier til den kompetansen behandling av disse pasientene krever. På den måten unngås forflytninger pasienter som er alvorlig/kritisk syke, og Vestre Viken vil få mulighet til å tilby moderne kreftbehandling ved at de tverrfaglige kompetanser nødvendig for kurativ behandling er samlet. Dette er forenlig med at både akutt behandling og annen type kreftbehandling tilbys ved øvrige sykehus i Vestre Viken. Dette er i tråd med både nasjonale og internasjonale erfaringer. Det er samtidig viktig å utnytte og videreutvikle de enkelte fagmiljøer på tvers av sykehusene i Vestre Viken. Det kan gjøres ved at fagpersoner fra flere sykehus deltar i behandlingen ved det sykehuset hvor den foregår. Et samlet faglig miljø kan også utnytte behandlingsfaciliteter ved flere sykehus, dersom det er hensiktsmessig.

I det følgende legges det størst vekt på å beskrive de fagområder hvor det er flere alternativer for organsiering og lokalisering. I mandatet står det at kirurgisk kapasitet og bygningsmasse ved Martina Hansens Hospital (MHH) skal hensyntas i strategiplanen. I og med at MHH er en stiftelse med direkte avtale med Helse Sør-Øst, reiser en nærmere samordning spørsmål ikke bare av faglig art, men også av organisatorisk, økonomisk og juridisk art. Her er kun vurdert de faglige sidene. Det er viktig at de øvrige spørsmål knyttet til videre samarbeid med MHH avklares.

2 Oversikt over spesialiserte områdefunksjoner

Følgende fagfelt vurderes som spesialiserte områdefunksjoner i denne planen:

Somatikk: De større fagområdene utgjøres av pediatri (barnesykdommer), habilitering, fysikalsk medisin og spesialisert rehabilitering, øye, øre-nese-hals, nevrologi, revmatologi, karkirurgi, mamma/endokrin-kirurgi, kreftkirurgi innen nyre/urinveier, mage-tarm og mamma/endokrinfeltet. Innen indremedisinske grenspesialiteter vil noen funksjoner vurderes som spesialiserte områdefunksjoner, se nærmere om det nedenfor. Likeledes vil noen spesialtilbud innen en del andre fagområder være områdefunksjoner, f. eks. innen ortopedi, gynekologi og anesthesiologi.

Psykisk helse og rus: De psykiatriske sykehusfunksjonene for voksne er områdefunksjoner: Akutfunksjoner for pasienter med tyngre psykiske lidelser, sikkerhetsspsykiatri, alderspsykiatri og spesialavdelinger for psykosebehandling. Barne- og ungdomspsykiatri vil ha både område- og lokalbaserte tjenester. Rusbehandling vil også være dels lokalbasert, dels områdebasert.

Medisinske støttefag: Patologi og mikrobiologi er områdefunksjoner. For klinisk kjemi/farmakologi og radiologi vil en del funksjoner være områdefunksjoner.

3 Vurderinger og anbefalinger

I det følgende omtales de ulike spesialiserte områdefunksjonene med anbefalinger om strategisk utvikling. Det er lagt størst vekt på de fagområder hvor det er flere alternativer for organisering og lokalisering.

3.1 Revmatologi

Dagens situasjon:

Revmatologi omfatter pasienter med inflammatoriske tilstander (betennelsestilstander i ledd og rygg som leddgikt, Bechterew mv), systemiske bindevevssykdommer, vaskulitter, krystallartritter, degenerative tilstander (alders- og slitasjetilstander), bløtdelsrevmatisme som fibromyalgi og osteoporose (benskjørhet, ulike fagområder deltar i behandlingen av denne pasientgruppen). De senere årene har det vært en betydelig kunnskapsutvikling og forbedring i behandlingstilbudet for mennesker med revmatiske sykdommer. Behandlingen har dreid fra innleggelser til dag- og poliklinisk behandling. Behov for rehabilitering og revmakirurgi har blitt betydelig redusert, men er fortsatt til stede. Det er behov for tverrfaglig tilnærming til pasientene, hvor flere yrkesgrupper som sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier deltar i tillegg til legespesialistene.

Revmatologien har avhengighet til andre medisinske spesialiteter. For de systemiske bindevevssykdommene er det viktig med samarbeid med indremedisinske spesialiteter innen de fagfelt der sykdommene manifesterer seg, særlig nefrologer, infeksjonsmedisinere, lungemedisinere og i noen grad andre spesialiteter. For de inflammatoriske leddsykdommene er samarbeid med revmakirurg fortsatt av betydning. Det er behov for lett tilgjengelighet til laboratorie- og radiologiske tjenester. Indremedisinske avdelinger etterspør regelmessig revmatologisk tilsyn, f. eks. er det ca. 8 tilsyn/uke fra revmatologisk avdeling i Drammen til de indremedisinske avdelingene.

Befolkningen i Vestre Viken får i dag sine revmatologiske tjenester ved to avdelinger. Det er revmatologisk avdeling i Drammen som dekker Buskerud, Sande, Svelvik og Jevnaker. Avdelingen driver i det alt vesentlige med poliklinikk og dagbehandling. Det er bare et fåtall innleggelser, men avdelingen disponerer 2 senger i nevrologisk sengepost (reduert fra 20 senger for 10 år siden). Ca. halvparten av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp. Avdelingen har vaktordning. Revmatologisk avdeling på Martina Hansens hospital betjener i dag hele Akershus fylke, og således befolkningen i Asker og Bærum innen Vestre Vikens opptaksområde. Avdelingen har 24 senger til utredning, revmakirurgi og rehabilitering. 4-6 senger er øremerket for rehabilitering av dårlige pasienter. Avdelingen har flere døgninnleggelser enn avdelingen i Drammen, men også her er det en dreining mot kortere liggetid og mer poliklinikk/dagbehandling. Det er nært samarbeid med revmakirurgene ved hospitalet. I tillegg til avdelingene er de to avtalespesialister innen revmatologi i Sandvika.

Hovedsakelig dekker avdelingene det samme tjenestespekteret, men har noe ulik profil. Ut fra forbruk av regionale tjenester synes det som om avdelingen i Drammen i større grad behandler systemiske bindevevssykdommene selv, mens befolkningen i Asker og Bærum i større grad henvises regionalt for denne behandlingen. Dette er en gruppe som utgjør kun en mindre del (15-20 %) av den totale pasientpopulasjonen, men er også de som trenger akuttbehandling og er de alvorligst syke. MHH har et mer omfattende rehabiliteringstilbud enn avdelingen i Drammen.

Videre utvikling av revmatologi i Vestre Viken:

Revmatologi er en spesialisert områdefunksjon som i dag er delt på to avdelinger. En samling av revmatologien i en avdeling vil gjøre tilbudet mer robust. Det synes også å kunne gi mindre behov

for bruk av tilbud utenfor vårt sykehusområde. I ethvert fall bør alle pasienter med systemiske bindevevssykdommer i vårt sykehusområde få behandling innen Vestre Viken der vi har slik kompetanse. Revmatologien har gjensidig avhengighet særlig mot indremedisinske spesialiteter, hvor noe av behovet også er akutt. Det krever god tilgang til laboratorietjenester og radiologiske tjenester. Det er noe avhengighet mot revmakirurgi, men det krever ikke akutt samhandling. Det forventes at det alt vesentlige av behandlingen av revmatologiske pasienter vil kunne skje som dagbehandling og poliklinikk, slik at sengebehovet er lavt. Døgnsenger vil ikke utgjøre en egen sengeenhet, og vil ha behov for samdrift med annet fagområde (indremedisin, nevrologi, ortopedi).

Det anbefales at behandlingstilbudet for revmatologi samles til én avdeling i Vestre Viken. Det vil gi et faglig miljø med stor bredde, som vil gi enda bedre faglige utviklingsmuligheter enn i dag. Samling til én avdeling krever en organisatorisk avklaring mellom MHH og Vestre Viken. Det må også klarlegges i hvilken grad MHH fortsatt skal ha funksjoner for Akershus sykehusområde eller om disse overtas av andre.

Ut fra avhengigheter til andre fagmiljøer, reisetid for pasienter mv. er dette en områdefunksjon som utvalget vurderer at kan ligge både ved Bærum sykehus/MHH og ved Drammen sykehus. De gjensidige avhengigheter som er mot andre fagområder vil kunne løses ved plassering begge steder. Dersom avdelingen skal etableres ved Bærum/MHH, må den kompetansen som kreves innen de aktuelle indremedisinske grensespesialitetene for samhandling med revmatologien, spesielt omkring pasienter med systemiske bindevevssykdommer, bygges opp. Lokalisering av en felles avdeling til MHH, krever at støttedokumentasjonen for innlagte pasienter er til stede året rundt, og at samhandlingen med avdelingene ved Bærum sykehus kan skje på en effektiv måte.

3.2 Nevrologi

Dagens situasjon:

Nevrologi er en områdefunksjon. Nevrologisk avdeling er bygget opp og ligger dag ved Drammen sykehus. Pasienter fra Asker og Bærum fikk tidligere sitt nevrologiske tilbud ved Rikshospitalet, men dette er i hovedstadsprosessen overtatt av avdelingen i Drammen. Nevrologifaget kan deles i to hovedområder: Slagbehandling (vaskulær nevrologi) og generell nevrologi.

- Vaskulær nevrologi. Slagbehandling inngår i akuttfunksjonene og er en basisfunksjon som mest sannsynlig skal være del av akutttilbudet ved alle sykehus med akuttfunksjon, jfr. gruppe for akuttfunksjoner og nedenfor.
- Generell nevrologi. Større pasientgrupper her er pasienter med demens, sykdommer som epilepsi, migrene, parkinsonisme, multippel sclerose, svulster i sentralnervesystemet, ryggsmertor mv. Omfatter døgn, dag og poliklinisk virksomhet, og nevrofysiologisk laboratorium (tester). Innebærer akuttfunksjon. Nevrologisk kompetanse utgjør en viktig supplerende kompetanse for en rekke andre funksjoner (synergier) i spesialisthelsetjenesten (tilsyn ved både akuttavdelinger og andre kliniske avdelinger).

Slagbehandlingen legger beslag på ca 50% av arealene for døgndrift ved dagens nevrologiske avdeling, og en vesentlig del av den medisinsk-faglige og pleiefaglige kompetanse ved nevrologisk avdeling i Drammen i dag for å dekke denne funksjonen. Disse ressursene vil uansett lokalisering av nevrologisk avdeling forbli i Drammen, i en eller annen organisatorisk form.

Bærum sykehus har ikke hatt nevrologisk avdeling, men har hatt slagenhet i en årrekke, organisert under seksjon for geriatri, slag og rehabilitering. Ringerike og Kongberg sykehus har slagsenger organisert under de medisinske avdelinger.

Nevrologi har faglig avhengighet mot flere andre medisinske områder. Barneavdelingen bruker i underkant av 50 % av kapasiteten ved nevrofysiologisk enhet i Drammen. Nevrologisk avdeling

har også en nært samarbeid med habiliteringsavdelingen, både innen nevrofysiologi og innen voksenhabilitering. Det er også avhengigheter mot intensivavdelingene (tung intensivbehandling, herunder alvorlige skader inklusive hodeskader), indremedisinske avdelinger, karkirurgi (operasjoner på halspulsårer), geriatri, alderspsykiatri og øye. Nevrologien er storforbruker av radiologiske tjenester, ikke minst innen MR, men også innen CT.

Bærum sykehus har tilknyttet nevrologer til seksjon for geriatri, slag og rehabilitering (til sammen én stilling). Nevrofysiologiske tjenester for Asker og Bærums befolkning tilbys ved SSE og avtalespesialistene ved Sandvika nevrosenter

Videre utvikling av nevrologien i Vestre Viken:

Behandling av hjerneslag inngår i akutt-tilbudet. Det henvises derfor til omtale av dette under akuttfunksjoner. Slagenheter er fortsatt nødvendig både ved Bærum og Drammen sykehus. Den generelle nevrologi må tas hånd om av én avdeling, slik som i dag. Det vil imidlertid være behov for nevrologiske tjenester på dagtid i hvert fall på de to største sykehusene i Bærum og Drammen, for både å betjene slagenhetene og øvrige behov for nevrologiske vurderinger ved andre avdelinger. Nevrologisk avdeling ligger i dag i Drammen og rommer også slagenheten. Gruppen har vurdert fremtidig lokalisering både ved Bærum og Drammen. Ved fortsatt drift i Drammen videreføres et veletablert, godt fungerende miljø. Samhandlingen med spesielt barneavdeling, habiliteringsavdelingen, karkirurgisk seksjon, intensivavdelingen og MR-radiologien er viktige argumenter for å beholde avdelingen i Drammen. Arealbegrensningen i Drammen er en utfordring fram mot nytt sykehus.

Gruppen har vurdert flytting av nevrologisk avdeling til Bærum sykehus. En flytting vil styrke det generelle tilbudet på Bærum sykehus. Det vil også være lettere å "hente hjem" de nevrofysiologiske tjenestene som i dag gjøres ved SSE og Sandvika nevrosenter. En flytting vil imidlertid reise en del problemer, som må løses.. Barneavdelingen og habiliteringsavdelingen er storbruker av nevrofysiologi. Det kan vanskelig ses ane løsning enn dublering av disse tjenestene. Slagsengene som utgjør en betydelig del, må uansett føres videre. Nevrologisk avdeling har et stort forbruk av MR-tjenester. Flytting av nevrologisk avdeling vil kreve at det etableres ytterligere en MR-maskin ved Bærum sykehus. Det må også bygges opp nevrologisk kompetanse ved Bærum sykehus.

Gruppen vil anbefale at nevrologisk avdeling fortsatt ligger ved områdesykehuset i Drammen. Det er basert på de faglige avhengigheter. Spesielt behovene ved barneavdeling og de tyngre akuttfunksjonene er viktige. Det er viktig at behovet for nevrologisk kompetanse for virksomhetene på Bærum sykehus fylles ved tilstedeværelse av nevrologer på dagtid. Dette tilbudet bør derfor videreutvikles.

Aldersutviklingen i befolkningen vil gjøre at både slagbehandling og det generelle nevrologiske tjenestetilbudet, ikke minst innen demensområdet, vil bli etterspurt i økende grad i årene fremover.

3.3 Kirurgiske fag

De kirurgiske fag i Vestre Viken omfatter grenspesialitetene gastrokirurgi, urologi, karkirurgi og mamma/endokrin kirurgi. Thoraxkirurgi er flerområdefunksjon i Helse Sør-Øst og Vestre Viken har ikke denne funksjonen. Plastikk-kirurgi er i dag også vurdert som flerområdefunksjon og gjøres bare i begrenset grad i Vestre Viken. Det er døgnkontinuerlige grenspesialiserte vaktordninger innen gastrokirurgi (Bærum og Drammen), urologi (Bærum og Drammen) samt karkirurgi (Drammen). Ved Kongsberg og Ringerike er det generell kirurgisk vakt. Hovedtyngden av vaktarbeid er gastrokirurgi.

Karkirurgi

Karkirurgi er en områdefunksjon. Den er i henhold til tidligere utredning lagt til Drammen sykehus. Det foreslås ingen endring av dette og omtales ikke nærmere. Det gjøres enkel karkirurgi (åreknutekirurgi) ved alle sykehus, for en del av kirurger som ikke er grenspesialister i karkirurgi.

Urologi

Urologisk behandling kan for en del gjøres som lokalsykehusfunksjon hvis det er urolog tilknyttet sykehuset, dels er den en spesialisert områdefunksjon. Urologisk kreftkirurgi tilhører de spesialiserte områdefunksjoner, denne omtales nedenfor. Urologisk behandling gjøres i dag ved alle fire driftssteder. Den enklere urologien kan gjøres alle fire steder fortsatt, avhengig av tilgjengelig kompetanse og hensiktsmessighet. Kreftkirurgien er det imidlertid grunn til å samle mer, jfr. nedenfor. Det er i dag døgnkontinuerlig urologisk vakt to steder i Vestre Viken (Bærum og Drammen). Volumet av urologisk vaktarbeid er imidlertid begrenset. Det gjør at den døgnkontinuerlige vakten kan konsentreres til ett sted, med ellers en mer begrenset vakt i forhold til det behov den operative virksomheten krever. Etter gruppens mening bør vaktordninger innen grenspesialiserte kirurgiske fag med vakt bare ett sted ligge samlet på områdesykehuset i Drammen, slik at pasienter som trenger en samlet kompetanse får det ett sted. Det sikrer at pasienter med sammensatte problemstillinger kan behandles av et samlet kompetansemiljø døgnet rundt, og hindrer fragmentering av pasientforløp i akutsituasjoner.

Mamma/endokrin kirurgi

Utredning og kirurgisk behandling av brystkreft er en viktig oppgave innen mamma/endokrin kirurgi, og omtales nedenfor. I dag gjøres endokrin kirurgi (omfatter hovedsakelig inngrep på skjoldbrusk- og biskjoldbruskkjertlene) både ved Bærum og Drammen sykehus da begge steder har endokrinkirurgisk kompetanse. Behandling av kreft innen endokrine organer behandles regionalt i alt vesentlig grad. På lengre sikt anbefales en samling av mamma- og endokrinkirurgisk virksomhet ved områdesykehuset i Drammen, da grenspesialister ved nyansettelser primært vil ønske seg å arbeide ved steder med hele spektret av pasienter. Det vil også være av betydning for utdannelsen av nye spesialister innen spesialiteten.

Gastrokirurgi (mage-tarm-kirurgi)

Lidelser i mage-tarm utgjør hovedparten av kirurgiske lidelser som trenger behandling som øyeblikkelig hjelp. Med den økende grad av grenspesialisering innen kirurgi blir gastrokirurgene de "generelle" kirurger. Basal gastrokirurgisk kompetanse er derfor nødvendig for leger i generell kirurgisk vakt. Områdefunksjoner innen gastrokirurgi er kirurgisk behandling av endetarmskreft, kirurgi ved sykkelig overvekt (flerområdefunksjon i dag) samt mer spesialiserte gastrokirurgiske prosedyrer. Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt gjøres i dag ved Bræum sykehus, og det bør videreføres der. Kreftkirurgi behandles nedenfor.

3.4 Kirurgisk behandling av kreft:

Generelt:

Aldersutviklingen i befolkningen medfører en økning i antall krefttilfeller i årene fremover, slik at behovet innen alle deler av kreftomsorgen vil øke.

Det er gjennomført flere regionale og nasjonale utredninger om kreftbehandling. Senest har Helse Sør-Øst gjennomført utredninger i 2010. Styret for Helse Sør-Øst gjorde i desember 2010 vedtak om funksjonsfordeling av kreftbehandling i regionen, særlig hva angår kreftkirurgi. Implementering ble forutsatt innen 01.07.11. Vedtaket legger føringer både for hvilke foretak som skal gjøre hva innenfor kreftkirurgi, men også for hvordan de enkelte foretak skal organisere kreftkirurgien. Det stilles krav til kvalitet/robusthet, inklusive krav til nedre grenser for behandlingsvolum innen kreftbehandlingen. Målsetningen er å øke kvaliteten av kreftbehandlingen. Et viktig ledd i kreftomsorgen er at multidisiplinære team skal gjøre

vrderinger og beslutninger i forhold til enkeltpasienters utredning og behandling. Slike team består av kirurg, onkolog, radiolog og patolog samt annet fagpersonell i enkelte tilfeller. De ulike kreftbehandlingsteam vil kunne dra nytte av hverandres kompetanse. Det gjør det strategisk riktig å samle det vesentlige av den tyngre kreftkirurgien til områdesykehuset. Det utelukker ikke at denne type kirurgi kan drives på flere steder, hvis volumet er stort nok til det. En modell er også at pasienter utredes og følges opp ved flere av Vestre Vikens sykehus, mens kirurgien gjøres av kirurger i fellesskap ett sted. Det må sikres enhetlig utredning og behandling av kreftpasientene. Det må utvikles et tett samarbeid mellom behandlere på tvers av sykehusene innen foretaket. Kirurgisk behandling av kreft i spiserør, magesekk, bukspyttkjertel, lever/galleveier, eggstokk, livmor og lunger er vedtatt sentralisert til Oslo universitetssykehus/Akershus universitetssykehus. De omtales ikke nærmere i denne strategiplanen. I det videre omtales kreftkirurgi som skal gjøres i Vestre Viken.

Brystkreft

Utredning og kirurgisk behandling er allerede samlet ved Brystdiagnostisk senter i Drammen etter vedtak i Helse Sør-Øst. I forbindelse med hovedstadsprosessen har Vestre Viken overtatt mammografiscreening for Asker og Bærums befolkning fra 01.07.11. Denne skjer ved Bærum sykehus, mens videre utredning og kirurgisk behandling skjer ved Brystdiagnostisk senter i Drammen. Oppfølging av pasienter skjer etter nasjonale retningslinjer, dels ved Brystdiagnostisk senter, dels ved kreftavdelingen ved Bærum og Drammen. Det legges til grunn at det ikke gjøres noen endringer i dette.

Kreft i tykk- og endetarm

I dag opereres tykktarmkreft ved Ringerike, Bærum og Drammen sykehus, mens endetarmskreft opereres ved Bærum og Drammen sykehus. Tykktarmkreft utgjør det største antallet. Føringer fra Helse Sør-Øst legger til grunn av kirurgisk behandling av tykktarmkreft videreføres ved alle tre driftssteder. Det legges det også opp til i denne strategiplanen. Når det gjelder endetarmskreft, legger de regionale føringer til grunn at virksomheten kan fortsette både ved Bærum og Drammen forutsatt at volum og robusthetskrav oppfylles. Strategigruppen mener at dette også er riktig i årene fremover. Den videre utvikling vil avgjøre om det på sikt er riktig med en ytterligere samling av virksomheten.

Urologisk kreft

Dette omfatter kreft i nyre, urinblære og prostata. Befolkningen i Asker og Bærum har i all hovedsak fått denne behandlingen ved Oslo universitetssykehus i henhold til tidligere funksjonsfordelingsvedtak i Helse Øst. Men det har de siste årene vært gjort slike inngrep også ved Bærum sykehus. Øvrige befolkning i Vestre Viken har hatt sitt tilbud ved Ringerike og Drammen sykehus. For nyre og prostatakreft er føringene etter vedtak i Helse Sør-Øst at virksomheten samles ved ett driftssted i Vestre Viken. Gruppen anbefaler derfor at denne virksomheten samles ved områdesykehuset i Drammen. Det er kompetente urologer ved både Bærum og Ringerike. De bør derfor kunne delta ved den operative virksomheten i Drammen. Pasientene kan utredes og følges ved de enkelte driftssteder, men opereres av et samlet urologisk miljø. Mange pasienter fra Asker og Bærum opereres ved Oslo universitetssykehus i henhold til funksjonsfordeling i tidligere Helse Øst. Målsetningen bør være at disse pasientene i økende grad behandles i Vestre Viken.

Operasjoner for kreft i urinblære er vedtatt samlet til Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og et felles senter for Vestfold og Telemark i Tønsberg. I føringene ligger videre at Vestre Viken skal samarbeide med Oslo universitetssykehus eller Sykehuset i Vestfold om disse pasientene, og eventuelt etablere en desentralisert satelittenhet. Et slikt samarbeid er innledet med Vestfold. På sikt kan en forvente at volumkravet kan oppfylles for Vestre Viken, slik at det kan bli aktuelt å operere innen eget foretak.

3.5 Ikke-kirurgisk kreftbehandling

Ikke-kirurgisk kreftbehandling omfatter medikamentell behandling (cellegift, hormonbehandling, palliativ behandling i form av smertelindring med mer samt annen medikamentell behandling) og strålebehandling. Antall tilfeller av kreft øker. Pasienter behandles i økende grad med cellegift og strålebehandling som adjuvant behandling til kirurgi i kurativt øyemed. Pasienter som ikke kan kureres, lever ofte betydelig lengre med sin kreftsykdom enn tidligere på grunn av mer effektiv behandling. Det er økende behov for palliativ strålebehandling. Det er således et økende behov for ikke-kirurgisk kreftbehandling. Dette området må styrkes i årene fremover. Medikamentell behandling er og skal være desentralisert i stor grad. Strålebehandling er i dag sentralisert til Oslo universitetssykehus for vår befolkning. I løpet av noen år vil det være nødvendig med økning i antall stråleterapienheter. Det er grunn til å vurdere desentralisering av strålebehandling, særlig i palliativt øyemed, på lengre sikt (2015-2020). Vestre Viken har så stort befolkningsgrunnlag at det er grunnlag for en egen stråleterapienhet. Det er vist at det er et underforbruk av palliativ strålebehandling. Logistikk mot en sentral enhet er et viktig problemområde, slik at en egen stråleenhet innen foretaket vil gjøre tilgjengeligheten enklere.

3.6 Ortopedi

Ortopedisk kirurgi omfatter både akutt skadekirurgi og planlagt kirurgi. Den akutte kirurgien utgjør dels poliklinisk skadebehandling, operative inngrep som kan gjøres dagkirurgisk og inngrep som krever innleggelse. Operativ behandling av akutte ortopediske tilstander kan for en stor del gjøres på dagtid, relativt få inngrep kan ikke vente og må opereres helt akutt.

Den planlagte kirurgien utgjør et betydelig volum, både som dagkirurgi og som inneliggende kirurgi. I dag er det akuttfunksjon og planlagt kirurgi både på Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike. Martina Hansens hospital har en betydelig ortopedisk planlagt virksomhet, både for Vestre Vikens befolkning og for befolkning som sokner til Akershus universitetssykehus og til Oslo universitetssykehus. MHH gjør også revmakirurgi. Både Drammen sykehus og MHH er gruppe 1 institusjoner i spesialistutdanningen i ortopedi.

Et utvalg innen Helse Sør-Øst leverte høsten 2010 en innstilling om funksjonsfordeling innen ortopedi, revmakirurgi og revmatologi. Her ble områdefunksjoner innen ortopedi definert. Områdefunksjoner omfatter både akuttfunksjoner og planlagt kirurgi. I dag gjøres inngrep innen det som defineres som områdefunksjoner både ved Bærum og Drammen sykehus og ved MHH, avhengig av tilgjengelig kompetanse og pasienttilfang. Volumet av en del områdefunksjoner er så stort at det kan gjøres flere steder.

Det samlede ortopediske miljø i Vestre Viken /MHH er stort med betydelig samlet kompetanse. Styrket samarbeid mellom avdelingene vil kunne gi synergieffekter til videre utvikling av tilbudet. Arbeidsgruppen anbefaler at områdefunksjonene videreføres som i dag forutsatt tilstedeværelse av tilstrekkelig kompetanse til at dette er faglig robust. Arbeidsgruppen anbefaler videre at det foretas en gjennomgang av hele det ortopediske tilbudet, både det lokalbaserte og områdefunksjonene, i Vestre Viken med tanke på en best mulig utnyttelse av kapasitet og kompetanse. MHHs fremtidige stilling i forhold til Vestre Viken må avklares, både faglig og organisatorisk.

3.7 Fysikalsk medisin og rehabilitering

Det er et begrenset tilbud innen fysikalsk medisin ved Drammen sykehus i dag. Gruppen har ikke vurdert rehabilitering nærmere, da et eget arbeid med en rehabiliteringsplan for sykehusområdet er under etablering. Det bør i det videre arbeid med rehabilitering klargjøres hva som er kommunalt ansvar, hva som skal gjøres i spesialisthelsetjenesten og hvilken rolle private

opptreningsinstitusjoner skal ha. Det pågår et arbeid i Hesledirektoratet som vil gi føringer for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens roller innen rehabilitering.

3.8 Gynekologi/obstetrikk

De fleste behandlinger innen gynekologi er enten basalfunksjoner eller regional funksjoner (f. eks. er det meste av gynekologisk kreftbehandling regionalisert). Viktigste områdefunksjoner er mer komplisert utredning og behandling av urininkontinens. Det krever spesialkompetanse og spesialutstyr. I dag finnes dette ved Bærum sykehus og det anbefales videreført. Etter nasjonale retningslinjer skal gravide diabetikere føde der det er barneavdeling.

3.9 Øyesykdommer

Sykehusbehandling av øyesykdommer er en områdefunksjon. I tillegg brukes i stor grad avtalespesialister innen øyefaget. I dag behandles Buskeruds befolkning ved øyeavdelingen i Drammen, mens Asker og Bærums befolkning behandles ved øyeavdelingen ved Oslo Universitetssykehus. Øyeavdelingen i Vestre Viken skal etter planen utvides og overta denne funksjonen i løpet av 2012.

I dag er det i Buskerud, særlig i nedre del, relativt få avtalespesialister i forhold til befolkningen mens Asker og Bærum relativt sett har flere. Øyeavdelingen ved Drammen sykehus leverer derfor mer øyelegetjenester til Buskeruds befolkning enn Oslo Univesitetssykehus gjør til befolkningen i Asker og Bærum. Det aller meste av tjenestene ved øyeavdelingene skjer ved poliklinikk og dagkirurgi, svært få pasienter trenger innleggelse.

De viktigste avhengigheter mellom øyeavdelingen og andre avdelinger er mot nevrologisk avdeling, barneavdeling og ØNH-avdeling. Øyeavdelingen har årlig ca. 500 tilsyn på andre avdelinger ved sykehuset i Drammen i dag, hovedsakelig ved nevrologisk, indremedisinsk og pediatrik avdeling.

Gruppen vurderer det som mulig å ha øyeavdelingen både ved Drammen og ved Bærum sykehus. Det er imidlertid ingen faglige grunner til å flytte den. Det er faglige fordeler ved å ha øyeavdelingen sammen med spesialavdelingene innen nevrologi, ØNH og barnesykdommer. Samhandlingen med disse avdelingene blir mer tungvin hvis de ikke er samlokalisert, men det vurderes som mulig å finne løsninger for dette. Dersom øyeavdelingen flyttes til Bærum, vil det være riktig å legge den del av øyeaktivitet som kan foretas på avtalespesialistnivå enten til avtalespesialister ved å øke antall av disse i nedre Buskerud eller ved en øyepoliklinikk ved Drammen sykehus. Tilsyn ved andre avdelinger må også sikres.

3.10 Øre, nese og hals

Behandling av øre-,nese-,hals sykdommer er en områdefunksjon. Det er avdeling ved Drammen sykehus, mens befolkningen i Asker og Bærum har fått denne tjenesten ved tilsvarende avdeling ved Rikshospitalet. Den overføres til Vestre Viken fra 01.09.11 ved utvidelse av ØNH-avdelingen i Drammen. Øre-,nese-,hals-avdelingen har gjensidig faglige avhengigheter til kirurgisk og ortopedisk avdeling, inklusive behandling av skader. Det er også avhengighet mot barneavdelingen. I noen grad er det avhengighet også mot øyeavdelingen. De faglige avhengigheter gjør at avdelingen anbefales videreført ved områdesykehuset i Drammen.

3.11 Pediatri

Barneavdelingen ligger i dag ved Drammen sykehus. Den har overtatt en del funksjoner for Asker og Bærums befolkning fra OUS, og denne overtakelsen skal fullføres ved overtakelse av nyfødtintensiv i 2012. Barneavdelingen med nyfødtintensiv må ligge på områdepsykehuset. Riskofødsler skjer ved avdeling med nyfødtintensiv. Det er samhandling med flere andre avdelinger. Det omtales derfor ikke nærmere. Det bør vurderes om det i større grad bør etableres desentralisert poliklinisk tilbud innen pediatri ved de andre sykehusene i foretaket.

3.12 Habilitering

Habiliteringsavdelingen er en spesialisert områdefunksjon lokalisert i tilknytning til Drammen sykehus. Behandler barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet nevrologisk funksjonsnedsettelse med betydelige og sammensatte vansker. Gjør utredning med diagnostisering, funksjonskartlegging og prognostisering. Følger opp pasienter i faser hvor feilutvikling erfaringsmessig kan forekomme. Har program for intensiv trening for barn med lettere grad av cerebral parese og førskolebarn med autisme. Kompetanseoverføring til kommunene gjennom opplæring og veiledning er viktige oppgaver.

Har først og fremst nær faglig avhengighet til barneavdelingen, men også nevrologisk avdeling og barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Voksenhabiliteringen har faglig avhengighet særlig mot nevrologi og psykiatri.

Habiliteringsavdelingen hører lokaliseringmessig til i nærheten av barneavdelingen, og anbefales videreført i Drammen.

3.13 Indremedisinske fag

Indremedisin dekker ca. 50% av alle akuttinnleggelser i sykehus. Alle sykehus vil derfor ha indremedisin som kjernevirksomhet. Indremedisinen er delt inn i en rekke grenspesialiteter. De aller fleste indremedisinske pasienter som legges inn i sykehus, innlegges som øyeblikkelig hjelp. Akutfunksjonene er således en betydelig del av virksomheten. I tillegg er oppgaver utredning av pasienter med sykdommer innen de enkelte fagområder, og oppfølging og behandling av kronisk syke pasienter.

Indremedisin er således i hovedsak et fag som tilhører basalfunksjonen. Ved de fleste avdelinger driftes indremedisin gjennom et integrert fagnettverk av grenspesialister som har mye av den akutte indremedisinen felles mens utredning og behandling innenfor grenene (hjerne, lunge mv) dekkes av de respektive grenspesialiteter. Hvilke funksjoner en indremedisinsk avdeling bør ha, avhenger av størrelsen på den befolkning den betjener. Større avdelinger bør ha flere funksjoner. De indremedisinske avdelingene ved de to store sykehusene i Bærum og Drammen vil derfor ha de fleste funksjoner. Noen spesialfunksjoner er områdefunksjoner. Det utgjør totalt sett en liten del av pasientvolumet. Omtale av de enkelte grenspesialiteter med tanke på områdefunksjoner følger nedenfor. Forholdene vil i det alt vesentlige være de samme både i kort og langt perspektiv. Tendensen til økende spesialisering innen medisinen kan over år være ytterligere drivkraft for sentralisering i forhold til det vi ser i dag. Utviklingen krever en dynamisk vurdering av hvilke funksjoner som bør gjøres hvor. Et tett samarbeid mellom de ulike fagmiljøene på tvers av sykehusene er viktig for å utnytte den samlede kompetanse i Vestre Viken.

Infeksjonsmedisin

Det alt vesentlige innen infeksjonsmedisin dekkes ved sykehus som har infeksjonsmedisinere. Tuberkulosekontroll og komplisert behandling av tuberkulose og HIV er spesialoppgaver som i dag etablert ved Drammen sykehus, og anbefales videreført der.

Hjertesykdommer

Implantasjon av pacemakere er en områdefunksjon. Volumet er imidlertid så stort at det kan vurderes drevet ved større avdelinger, avhengig av kompetanse. Skjer i dag ved Bærum og Drammen sykehus. Dette anbefales videreført.

Implantasjon av hjertestartere (ICD) har til nå vært en flerområdefunksjon. Vestre Viken har fått dette tilbudet ved Oslo universitetssykehus. Det er imidlertid vedtatt en desentralisering av denne virksomheten. Det anbefales at den legges ved områdesykehuset ut fra en vurdering av at komplekse tilstander som kan ha behov for flere fagområder legges der. Samarbeid med karkirurg er nødvendig i noen tilfeller, spesielt hvis oppstår komplikasjoner. Det er viktig at man har robust fagmiljø med tildtrekkelige implantører. Det kan eventuelt sikres ved at kardiologer fra flere sykehus deltar i virksomheten. Drammen sykehus har egen dedikert operasjonsstue til implantasjoner, noe som sikrer en god logistikk. Implantasjon av spesielle pacemakere ved hjertesvikt (CRT) er fortsatt flerområdefunksjon, men forventes desentralisert etter hvert. Ansvar for behandling med CRT og ICD bør ligge samme sted.

Nye funksjoner innen kardiologi som CT angiografi og MR av hjerte bør utvikles ved områdesykehuset.

Gastroenterologi

De fleste gastroenterologiske funksjoner er basasfunksjoner. Spesialfunksjonen ERCP (endoskopisk retrograd cholangiopancreaticografi) er en spesialfunksjon som bør samles. ERCP er teknisk krevende, forutsetter assortert teknisk utstyr, og innebærer risiko. Det har derfor i økende grad blitt stillet krav til undersøkelsesvolum for sentra som skal utføre undersøkelsen. Volum er nødvendig både for trygg logistikk, opplæring av kompetende assistenter ved laboratoriene og for vedlikehold av kompetanse og opplæring av nye endoskopører. ERCP er i hovedsak en elektiv undersøkelse, men områdesykehuset må ha mulighet til å utføre akutt ERCP hos instabile pasienter med cholangitt og ved behandlingstrengende icterus. Faglige grunner taler derfor for å samle ERCP som områdefunksjon ved områdesykehuset. Erfarne ERCP endoskopører ved andre sykehus i VV bør trekkes inn i denne virksomheten.

Ved akutte mage-tarmblødninger er det ikke noen formalisert vaktordning for akutt endoskopi i dag, men ulike beredskapsordninger. Ved alvorlige gastrointestinale blødninger bør det være tilgang til akutt endoskopi, intervensjonsradiologi og gastroenterologisk kirurgi ved samme sykehus. Som tung tverrfaglig akuttbehandling anbefales en endoskopisk vaktordning som områdefunksjon lokalisert til områdesykehuset. Den aktuelle type intervensjonsradiologi er sterkt knyttet opp mot karkirurgien og vil derfor være ved områdesykehuset. Kompetente gastroenterologer og gastrokirurger ved alle driftsteder bør delta i en slik vakt, noe som vil gi en robust vaktordning.

Nefrologi

Dialysebehandling er en viktig funksjon innen nefrologi. Kronisk hemodialyse skal gjøres desentralisert ved alle avdelinger, slik det gjøres i dag. Akutt hemodialyse er sporadisk påkrevet, men behovet vil opptre regelmessig i et så stort sykehusområde som Vestre Viken. I dag dekkes dette av ulike beredskapsordninger. Det er behov for en type felles nefrologisk vaktordning for hele Vestre Viken som gir mulighet for akutt hemodialyse. Nefrologer fra alle avdelinger bør delta i denne vaktordningen.

Plasmaferese er områdefunksjon som gjøres ved områdesykehuset. Dette anbefales videreført.

Endokrinologi

Endokrinologi rommer funksjoner som er basisfunksjon via områdefunksjon til regionale funksjoner.

Gravide diabetikere skal etter nasjonale retningslinjer føde ved sykehus med barneavdelig. De skal bli kjent med endokrinologisk og føde/pediatriisk kompetanse der de skal føde. Imidlertid kan den løpende kontroll hos endokrinolog gjennom graviditeten skje i samarbeid mellom avdelinger. I Vestre Viken er det solid endokrinologisk kompetanse ved Bærum sykehus. Den løpende kontroll av gravide diabetikere som tilhører Bærum sykehus vil derfor kunne skje faglig trygt og hensiktsmessig ved dette sykehuset mens man samarbeider med Drammen om fødselen.. Bærum sykehus har til nå hatt en slik ordning mot Rikshospitalet. Med felles journalsystem vil alle avdelinger i Vestre Viken løpende ha den nødvendige tilgang til pasientopplysningene under svangerskapet.

Hematologi

Den spesialiserte hematologien er områdefunksjon ved områdesykehus med intensiv og hematologisk kompetanse medisinsk og pleiefaglig. Som ledd i hovedstadsprosessen er disse funksjonene under overføring fra Oslo universitetssykehus til Drammen sykehus. Dette anbefales videreført.

Lungemedisin

Det aller meste av lungemedisinske problemstillinger løses ved de sykehus som har lungemedisinsk kompetanse. Spesialfunksjon som endoskopisk bronkial ultralyd bør etableres ved områdesykehuset.

Geriatrici

Geriatricien er en indremedisinsk grenspesialitet som har tette synergier mot de øvrige grenspesialiteter i faget. Spesielt håndteringen av akuttinnlagte multisyke eldre med funksjonssvikt krever akuttgeriatricisk kompetanse i en tett indremedisinsk kontekst. I dag er det spesialister i geriatrici ved Bærum og Drammen sykehus. I Helse Sør-Øst er geriatrici definert som en basisfunksjon. Det er definert region, men ikke områdefunksjoner innen faget. Bærum har imidlertid en geriatricisk seksjon med faglig spisskompetanse og forskning. Blant annet er det spisskompetanse på utredning og initiering av behandling pasienter under 65 år med demensutvikling. Geriatrici, nevrologi og alderspsykiatri er viktige fagområder som samarbeider om behandling av eldre pasienter med sammensatt funksjonssvikt.

Geriatricisk akutttilbud bør bygges opp ved alle steder med akuttfunksjon innen indremedisin. Det henvises til vurderinger av dette i arbeidsgruppe 1 og 2.

Utvikling av geriatricisk spisskompetanse ved Bærum sykehus bør styrkes og videreutvikles til å dekke hele Vestre Viken. Samhandlingen mellom geriatrici, nevrologi og alderspsykiatri bør styrkes.

3.14 Patologi

Patologi er en områdefunksjon som er samlet ved Drammen sykehus. Dette videreføres. Patolog er viktig deltaker i de multidisiplinære team ved kreftbehandling. Ved behov kan desentraliserte tjenester skje fra hovedavdelingen (f. eks. thyreoideadiagnostikk ved Bærum sykehus i dag). Konferanse kan skje ved oppmøte eller ved telemedisinske møter.

3.15 Medisinsk mikrobiologi

Er en områdefunksjon. Drives i dag ved Bærum og Drammen sykehus. Som fag er ikke medisinsk mikrobiologi avhengig av samling av alle funksjoner. Spesialundersøkelser som ikke er storvolum rutineprøver eller som krever spesielt utstyr eller kompetanse samles. Dette er laboratorieundersøkelser hvor prøver sendes mellom driftstedene, slik at analysene er lite

stedbundet. Tilgjengeligheten til den medisinske kompetanse mikrobiologene har, kan skje via telefon mv.

3.16 Medisinsk biokjemi

Grunnleggende laboratoriediagnostikk innen medisinsk biokjemi er nært knyttet til akutfunksjonen. Spesialanalyser samles slik at utstyr og kompetanse utnyttet optimalt. Faggruppene allergi og klinisk farmakologi er eksempler på det.

3.17 Immunologi og transfusjonsmedisin

Blodbanker er basalfunksjon ved alle driftssteder. Den spesialiserte immunologien med tilhørende analyserepertoar er samlet og videreføres slik.

3.18 Radiologi

Den radiologiske funksjonsfordelingen må følge den kliniske. Ved endring av kliniske funksjoner og endring av pasientforløp, må det tas hensyn til behovet for radiologisk kompetanse og sikre at den er til stede. Radiologi er en teknologi- og investeringstung spesialitet som krever oppdatert utstyr og tilstrekkelige arealer. Dette må det tas hensyn til dersom funksjoner skal flyttes. Radiologen er også en viktig del av tverrfaglige team i kreftbehandlingen.

Områdesykehusfunksjoner innen radiologien må tilpasses de kliniske behov, men omfatter gjerne spesialiserte funksjoner som mammadiagnostikk, barneradiologi, donorutredning og transplantasjonsutredning samt avansert intervensjon.

I VVHF er mammadiagnostikk allerede sentralisert til Brystdiagnostisk senter i Drammen mens mammografiscreening gjøres ved Bærum og Drammen sykehus. Barneradiologien foregår også hovedsakelig i Drammen der barneavdelingen ligger, unntatt er enkel skjelettdiagnostikk og rgt. thorax som gjøres ved alle sykehusene. Dette fortsetter som nå. Donor- og transplantasjonsutredning anbefales også beholdt i Drammen.

Radiologien har viktige funksjoner innen diagnostisk og terapeutisk intervensjon:

- En stor del av den spesielle terapeutiske intervensjon er knyttet til inngrep på blodårer (vaskulær intervensjon). Denne intervensjonen må skje der det er karkirurgi, og således ved områdesykehuset. I dag er det ingen formell intervensjonsradiologisk døgnvakt. Dette bør etableres en intervensjonsradiologisk døgnvakt ved Drammen sykehus som kan behandle traumer, eksempelvis miltskader, samt gastrointestinale og gynekologiske akutte blødninger, jfr. også over om akutt endoskopivakt innen gastroenterologi.
- Ultralydveiledede biopsier gjøres både på Drammen, Bærum og Ringerike sykehus og anbefales kontinuert alle tre steder.
- CT-veiledede biopsier gjøres i dag både på Bærum og Drammen sykehus og anbefales fortsatt ved begge sykehus.
- Ikke-vaskulære intervensjon som abscessdrenasjer og nefrostomier gjøres ved alle sykehusene, men i liten grad på Kongsberg. Disse prosedyrene må kunne utføres ved alle sykehus så lenge akuttberedskapen opprettholdes. Mer avansert intervensjon som PTC og stentinnleggelser bør gjøres ved områdesykehuset.

Radiologen er en viktig del av de multidisiplinære kreftteam. Fagrådet for kreft legger stor vekt på at slike team etableres ved helseforetak som gir kreftbehandling. Men den bildediagnostiske utredningen kan foregå ved et annet sykehus enn der pasienten skal opereres, så lenge radiologen

deltar i teamet. Spesialiserte preoperative kreftutredninger som MR av endetarm og MR prostata bør holdes på relativt få og dedikerte hender.

3.19 Nukleærmedisin

Nukleærmedisin er en spesialisert områdefunksjon. I all hovedsak gjøres undersøkelsene som planlagte og polikliniske. Det er således mulig å samle dette. Det har vært nukleærmedisinsk virksomhet både ved Bærum og Drammen sykehus. Rekruttering av nukleærmedisinere er imidlertid vanskelig. Virksomheten er således av kompetansemessige grunner for tiden begrenset til Drammen. Nukleærmedisin krever kostbart utstyr. Det er også en begrunnelse for å samle virksomheten. Gruppen foreslår at virksomheten samles ved områdesykehuset i Drammen. Samling av funksjonen ett sted i Vestre Viken er i tråd med føringer fra anbefalinger fra fagråd i Helse Sør-Øst. En intern arbeidsgruppe i Vestre Viken anbefaler at virksomheten samles i Drammen.

PET-CT har fått økende betydning innen kreftutredning og VVHF bør anskaffe PET-CT i løpet av den første perioden 2012-2019. Ellers blir det på sikt vanskelig å opprettholde nukleærmedisin som fagfelt i foretaket.

3.20 Psykisk helse og rus

Voksenpsykiatri

Områdefunksjoner innen voksenpsykiatri omfatter:

- Akuttinnleggelser av pasienter med alvorlige psykiske lidelser
- Sikkerhetspsykiatri
- Alderspsykiatri
- Spesialavdelinger for psykosebehandling

Områdefunksjoner er i dag dublerede funksjoner ved Blakstad og Lier. Det er både døgnbehandling og polikliniske tilbud. Akuttavdelingene har til sammen 77 døgnenger og sikkerhetsavdelingene 15 døgnenger. Det er 34 døgnenger innen psykosebehandling og 26 døgnenger innen alderspsykiatri. I tillegg kommer 3 døgnenger ved regionalt senter for psykisk utviklingshemmede med psykisk sykdom ved Lier. Til sammen er det 74 døgnenger ved Blakstad og 81 døgnenger ved Lier.

Det ligger i nasjonale føringer og er allmenn enighet om at utviklingen går mot en ytterligere styrking av DPS-ene og ytterligere oppgaveoverføring fra sykehuspsykiatrien til DPS-ene. Dermed vil områdefunksjonene ytterligere spisses. Det beregnes at dagens innleggelser på Blakstad/Lier i løpet av de nærmeste 3-4 årene skal reduseres med 25-30% etter oppbygging av det lokale tilbudene ved DPS-ene.

I dag ligger områdefunksjonene i voksenpsykiatri på egne lokasjoner ved Blakstad og Lier. Gruppen anbefaler at psykiatriske avdelinger samlokaliseres med somatiske driftsteder. Det vil legge forholdene bedre til rette for samspill mellom fagfolk med ulike spesialiteter og kompetanse. Alderspsykiatri er et eksempel hvor samhandling mellom psykiatri, nevrologi og geriatri er viktig. Det er somatisk oversykkelighet hos flere grupper av pasienter med psykisk lidelse. En god del av pasienter med somatiske lidelser har også en behandlingskrevende psykisk lidelse.

Gruppen har vurdert to alternativer for områdefunksjonene:

1. Fortsatt splitting av områdefunksjonene på to steder, da lagt til nytt sykehus i Buskerud og til Gjøttum
2. Samling av områdefunksjonene for hele Vestre Viken ett sted

Gruppen vurderer at begge alternativene er mulige. Men utvalget anbefaler å samle områdefunksjonene ett sted. Det vil gi de mest robuste miljøene. Den forventede reduksjon i områdefunksjoner ved overføring av oppgaver til DPS-ene støtter en slik anbefaling. Med hensyn til lokalisering mener gruppen at områdefunksjonene innen voksenpsykiatri både kan ligge ved nytt sykehus i Buskerud og på Gjøttum. En samling vil kreve nybygde arealer. Gruppen anbefaler ikke en mellomløsning med samling før en endelig lokalisering med tilhørende lokaliteter er ferdigstilt. Det vil kreve en arealmessig opprustning som ikke er kostnadseffektiv. Fokus må heller være å ferdigstille endelige lokaliteter for områdefunksjonene så snart som mulig.

Barne- og ungdomspsykiatri

Tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri gis dels som del av tilbudet til DPS, dels som spesialisert områdetilbud. I dag er det spredt, men samles i økende grad. Områdefunksjonene bør ha nær samhandling med barneavdelingen og således lokaliseres til Drammen

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I dag gis det øyeblikkelig hjelp-tilbud ved de fire lokalsykehusene innen somatikk ved intoksikasjoner. Det gir ø hjelps psykiatrisk tilbud fra akuttavdelingene ved Blakstad og Lier. Avgiftning/utredning gis ved Bærum og i Drammen, mens det er døgnbehandling ved Åsterud, Frognerlia og Tyrifjord. I tillegg kommer mange private døgnplasser. Det er oppfølging knyttet til LAR.

Mange pasienter har en kombinasjon av rus og psykisk lidelse. Uviklingen går mot en mindre skille av behandlingstilbudet i enten rustilbud eller psykiatri-tilbud, og mer mot en integrering av det samlede tilbudet. Områdefunksjonene innen rusbehandling anbefales derfor samlokalisert med det øvrige voksenpsykiatriske områdetilbudet.