

## Innspillsnotat til hovedstadsprosessen fra Ullevål Universitetssykehus (UUS)

### 1. Generelle aspekter

- a) UUS stiller seg bak de overordnede målsettinger for Hovedstadsprosessen, og støtter at løsningsforslagene må være langsiktige (2020) samtidig som kortsiktige tiltak må legges til rette for det langsiktige løsningsbildet.
- b) Det bærende prinsipp for fremtidig organisering må være behandlingskvalitet, pasienten og dennes behov for gode og hensiktsmessige pasientsløyfer. Både medisinske og ikke medisinske tjenester som IKT og eiendom må understøtte modellene og følge disse. Samkjøring av EPJ og god elektronisk samhandling er stikkord i denne sammenheng. I tillegg må det legges til rette for en videre styrking av forskningens muligheter til å konkurrere på internasjonalt nivå.
- c) Noen områder er ikke godt dekket i hovedstadsprosessen hittil. Dette dreier seg blant annet om voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, rus, beredskap, spesialisert rehabilitering med mer. Disse omtales noe mer senere i dette notatet. Det kunne også være ønskelig med en tydeligere omtale av grenseflatene mellom generalistperspektivet på lokalsykehus og mer avanserte funksjoner knyttet opp mot område-, regions- og universitetsfunksjoner. Dette gjelder særlig der samme enhet tenkes å håndtere flere/alle nivåer, for eksempel innen psykiatri, indremedisin og geriatri.
- d) Innspillsnotatet fra HSØ gir ingen klar beskrivelse av hvordan lokal-, område og regionsnivåene spesifikt er å forstå i område Sentrum, ei heller hvordan ansvarsforholdene og samhandlingen mellom disse nivåene faktisk skal være (f.eks sammenlignet med sentrum Øst). I den generelle tenkningen er det anført at lokalsykehus skal ha en regulær intensivavdeling. For område Sentrum med korte avstander bør dette forstås som overvåkningsavdeling med ventilasjonsstøtte, tilsvarende dagens Lovisenberg-modell. Lokalsykehusene må sikres anestesileger i vakt og ha tilgang på annen kompetanse ved behov. Dette tilsvarer det synet som det var konsensus om i dialogkonferansen. Dersom man i en fremtidig sykehusstruktur skulle beslutte kun å ha ett stort lokalsykehus i område Sentrum, vil dette ha konsekvenser for intensivstrukturen.
- e) Et bærende konsept er at hvert sykehusområde skal være 80-90% selvforsynt med spesialisthelsetjenester. Hva dette tallet er fundert på er uklart. Hovedstadsområdet

Sentrum v/UUS og RH håndterer pt en rekke områdefunksjoner for andre sykehusområder som enkeltvis mangler kompetanse for spesifikke oppgaver innen flere indremedisinske grenspesialiteter, kreftkirurgi, gastrokirurgi, øye og onkologi. Det bør også vurderes om pediatrien i Sentrum bør ha oppgaver som ikke kun følger prinsippet om sykehusområder. Et samlet fagmiljø for flere opptaksområdet vil medføre en styrking av pediatrien, mens en oppsplitting vil svekke både behandlingstilbud, forskning, fag- og kompetanseutvikling. Hensiktsmessigheten av å bygge opp i andre områder og ned i Sentrum kan absolutt diskuteres både ut fra tilgjengelig kompetanse og ressursutnyttelse.

Alternativet flerområde-funksjoner har foreløpig vært lite vektlagt i prosessen. Pasientrettighetsloven og konseptet om fritt sykehusvalg vil ha betydning for dette, og konsekvensene av disse er ikke i tilstrekkelig grad vurdert i prosessen så langt. Pasientmobilitet og kunnskapsutviklingen i befolkningen om kvalitetsmessige aspekter vil også påvirke denne forutsetningen.

- f) Et annet eksempel på en flerområdefunksjon er innen kreftomsorgen, og tidligere utredninger og funksjonsfordelingsprosesser vektlegger utvidete opptaksområder. UUS noterer med tilfredshet at den tidligere vedtatte funksjonsfordelingen videreføres og at tilbudet ikke splittes opp for å tilpasses ny områdestruktur. UUS er helt enig i tilstedeværende multidisiplinær tilnærming må danne basis for krefttenkningen i Helse Sør-Øst.
- g) Savnet er stort av en på forhånd rigget og tilrettelagt datamodell som kunne beskrevet nå-situasjonen og understøttet scenariebyggingen med modellering av pasientstrømmer. Dette ville hjulpet i forhold til risikovurdering og vurdering av gjennomføringsevne, og kunne f. eks. kartlagt problematikken under punkt 1e).
- h) Innspilldokumentet beskriver en rekke befolkningsmessige fenomener som ulik alderssammensetning, ulik levealder og varierende innslag av ikke-vestlige innvandrere i de ulike deler av område sentrum. Det fremsettes imidlertid ingen konkrete tanker om hvordan dette evt. bør påvirke sykehusstruktur og oppgavefordeling. Organisering og samordning av fagområder er avgjørende for å kunne oppfylle mål for satsingsområder som Kvinnehelsestrategi 2013 (HOD). Barn med fremmedkulturell bakgrunn representerer en gruppe med behov for et økende behandlingstilbud i forhold til medfødte sykdommer, livsstilssykdommer og psykiske lidelser. Samling fremfor oppdeling og parallell oppbygging av spesialkompetente fagmiljøer, vil styrke denne befolkningsgruppens helsetjenester.
- i) UUS forventer forøvrig at prehospitaltjenester blir gjenstand for en egen og grundig vurdering. UUS vil hevde at det faglige ansvaret for prehospitaltjenester bør ligge på områdesykehusnivå og at denne tjenesten bør videreføres som en felles enhet for Oslo og Akershus.
- j) UUS ønsker at det legges til rette for en omfattende risikoanalyse parallelt med høringen av styresaken. Denne bør analysere de foreslåtte modellene i forhold til realisme for gjennomføring. I tillegg må analysene inneholde en risikobetraktning over interimfasen frem til en ny modell lar seg realisere. Slike analyser foreligger foreløpig ikke, og etterspørres i fagmiljøene.

## 2. Generelt om modellene

- a) Med utgangspunkt i somatikken mener UUS at alle relevante modeller for somatikk er identifisert, og vi er enige i resonnementene for at modellene 2, 5 og 6 er uaktuelle for videre vurdering.
- b) De gjenstående modellene 1, 3 og 4 har alle til felles at sykehusene som har region- og områdefunksjoner ikke har lokalsykehusfunksjoner. Modellbyggingen er i for stor grad utelukkende fokusert på regions- og områdeoppgaver. Den underliggende lokalsykehusfunksjonen må spesifikt rigges for å understøtte nivåene over, og felles for de tre gjenværende modellene er at de krever robuste lokalsykehus som kan håndtere alle indremedisinske grenspesialiteters basisfunksjoner. Dette er nødvendig hvis en skal kunne sikre at pasientflyten oppover ikke blir for stor. Område/regionsykehuset kan gjennom faglige nettverk understøtte kompetansen på lokalsykehus.
- c) UUS er tvilende til om alle lokalsykehus i område sentrum skal ha parallelle indremedisinske vaktlag, iallfall hvis hele 3-4 lokalsykehus opprettholdes. Dette både ut fra faglige og ressursutnyttelsesaspekter.
- d) Punkt 2b og 2c tilsier at område sentrum bør ha kun to lokalsykehus. Dette vil også legge forholdene til rette for mer robuste strukturer innen psykisk helsevern (se punkt 2 i). Det er imidlertid viktig å balansere grad av subspesialisering av lokalsykehus mot deres primæroppgave: utvikling av samhandlingen mot primærhelsetjenesten.
- e) UUS er enige i tenkningen rundt etableringen av en ny storbylegevakt. Denne bør gjøre generell triage innen indremedisin og kirurgi og ha tilstrekkelig observasjonskapasitet, slik at LEON-prinsippet kan videreføres og at unødige lokalsykehusinnleggelser unngås. Dette vil understøtte behovet for kun to lokalsykehus. Storbylegevakt-utredningen legger vekt på at den bør lokaliseres i tilslutning til områdesykehuset, og UUS støtter dette. Dette resonnementet aktualiserer betraktningene om lokalisering av et kombinert område/regionsykehus (punkt 1e).
- f) Tabellene over antatte dubleringer for hver modell er ikke riktige og må restruktureres. Eksistens av parallell aktivitet innen samme fag er ikke nødvendigvis dublering: komplett funksjonsfordeling innen et fag eller planlagt utnyttelse av operasjonsstuekapasitet på to lokasjoner kan være ”ønsket” dublering ut fra et ressursutnyttelsessynspunkt.
- g) UUS er i utgangspunktet enig i at akuttkirurgien bør samles og samlokaliseres med traumatologien. Vi vil imidlertid ikke utelukke at noe av den enklere akuttkirurgien kan foregå et annet sted forutsatt at sykehusområdet som helhet finner dette hensiktsmessig. Fortrinnsvis bør dette skje som kirurgi på dagtid (dagen etter - ”delayed emergency”), dette for å unngå dublering av døgnkontinuerlig vakt.
- h) I forhold til kvinne – og barn støttes modell 1. Det vises til felles uttalelse fra barneklippene ved Rh og UUS til HSØ, datert 08.05.08 For disse fagområdene er det langsiktige målet en fysisk samlokalisering med RH. På kort sikt kan en felles organisasjon med en felles ledelse sikre en samordning av fag- og forskningsmiljøene, med en samtidig utvikling av effektive arbeidsprosesser mht både pasienttilbud og ressursbruk.

- i) Det er uheldig at psykiatrien så langt i prosessen har hatt betydelig mindre fokus enn somatikken, slik at den har kommet på etterskudd og må tilpasse seg de somatiske scenarier heller enn å bidra til å fremskaffe den beste helhetlige løsningen. Det er et overordnet mål at psykiatrien skal samordnes med somatikken, og UUS støtter dette. Både voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien har behov for sammenhengende behandlingsskjeder, og UUS mener at modellen der BUP følger pediatrien bør videreføres. Det er videre avgjørende for BUP at dag- og døgntjenestene ikke splittes på flere enheter da det dreier seg om et lite antall plasser. For voksenpsykiatrien er det lagt til grunn at denne skal følge lokalsykehusstrukturen. Område- og regionsfunksjonene må da tillegges ett av lokalsykehusene dersom man skal sikre sammenhengende kjeder. En stor utfordring i dette vil være å videreføre UUS' nåværende sterke psykiatriske fagmiljøer i et nytt organisatorisk bilde, samt å videreføre og videreutvikle UUS' sterke forsknings- og universitetsmiljø innen fagområdet. Det lokalsykehuset som den nåværende Ullevål-psykiatrien eventuelt skal knyttes til, må defineres som psykiatriens regions- og områdesykehus og må sikres tilstrekkelig infrastruktur (se for øvrig avsnittet om lokalisering under punkt 4).
- j) Rusproblematikken er ikke nevnt spesielt, men må også sees i sammenheng både med voksenpsykiatri og BUP da dette er en økende samfunns- og storbyutfordring.
- k) Differensiering av nivåer innen geriatri er ikke tatt med i "Innspillnotatet – Område sentrum", og fagfeltet virker i sin helhet lagt til lokalsykehusfunksjonen. UUS ivaretar i dag viktige regionsfunksjoner innen akutt slagbehandling, avansert hukommelsesutredning og også innenfor forskning. Geriatriens betydning vil øke i årene som kommer, og det må gjøres en tydelig grensegang mot generalistperspektivet på lokalsykehus versus avanserte funksjoner knyttet opp mot område- og regionsfunksjonen.
- l) Spesialisert rehabilitering dekkes av en egen gruppe i hovedstadsprosessen. UUS vil likevel understreke den spesialiserte rehabiliterings betydning for akuttbehandling, og spesielt tidligrehabiliterings-aspektet. UUS mener at Sunnaas sykehus i en fremtidig sykehusstruktur bør ha organisatorisk tilknytning til område Sentrum og sees i sammenheng med modell 1.

### 3. Vurdering av de valgte modellene

Vi følger her oppsettet fra Helse Sør-Øst, og omtaler følgende modeller;

Modell 1- Ett region- og områdesykehus – felles lokalisering og ledelse

Modell 3- Ett regionsykehus- og ett områdesykehus- to lokalisasjoner og ulik ledelse

Modell 4 – To spesialiserte sentre

#### *Kvaliteten i de lovpålagte oppgaver*

Pasientbehandling: Ivaretas etter UUS' mening best i modell 1 fordi pasientenes tilhørighet er tydeligst og de avanserte fagmiljøene er samlet med tilstrekkelig pasientvolum. Kliniske støttefunksjoner vil styrkes. Manglende bredde i pasientpopulasjonen vil imidlertid kunne svekke fagenes bærekraft, noe som også går utover forskningen ("de spisse blir spissere og resten blir generalister"). En samling av alle regions- og områdefunksjoner i en felles struktur vil kreve en sterk ledelse og god organisering for å sikre gode og effektive strukturer og pasientforløp. Modell 1 nødvendiggjør underliggende robuste lokalsykehusstrukturer for at den tydelige tilhørigheten og det faglige nivået skal bli gjennomført ("kvaliteten på lokalsykehusfunksjonene skal ikke stå tilbake for kvaliteten på nivåene over"). En samling av område- og regionsfunksjonene i ett HF kan innebære drift på en eller to lokasjoner, det sistnevnte vil uansett måtte være det første trinn.

Samhandlingsmønsteret mellom fagmiljøene i en slik struktur kan tenkes på flere måter. En modell kan være oppgavefordeling mellom to lokasjoner etter en elektiv-akutt akse, en annen kan være å ta utgangspunkt i diagnosegrupper og helhetlige pasientforløp, med samlokalisasjon av de samarbeidende fagelemiljøer. Ulike modeller for samhandling kan være aktuelle for ulike fagfelt og pasientoppgaver, og dette strukturarbeidet i relasjon til kortsiktig og langsiktig løsning vil være en svært sentral del av implementeringsarbeidet.

Modell 3 vil medføre en del parallelle fagmiljøer som svekker fordelene som er påpekt det ovenstående, blant annet ved splittede fagområder og større dublering av funksjoner. Modell 4 krever mye dublering og virker lite funksjonell i en by på Oslos størrelse. Modell 4 vil på mange områder være en "sementering" av dagens modell og lite egnet ved gevinstuttak.

Utdanning: Kan ivaretas i alle tre modeller. Modell 3 og 4 krever mer rotasjon for å dekke alle aspekter. Alle modellene krever i tillegg undervisningssamarbeid med lokalsykehusnivået. Ved å konsentrere område- og regionsfunksjoner ett sted, vil dette medføre stor belastning mht undervisningsvolum innen alle deler av helsefag. De ulike utdanningsløpene er ikke tilpasset en ny sykehusstruktur, og må i stor grad omformes for å tilpasses ny struktur.

Forskning: Ivaretas best i modell 1. Denne modellen vil fremme integrering og styrking av den totale forskningsinnsats, vil berede grunnen for utvikling av en felles forskningskultur og vil styrke flere forskningsmiljøer. Vil danne "Universitetssykehuset i Oslo". Det minnes om at tidligere eksternt evaluering av de medisinske forskningsmiljøene i Oslo etterlyste mer samordning og samarbeid. Det understrekes at et av Norges sterkeste forskningsfortrinn er muligheten til å gjøre store nok populasjonsbaserte studier. Dette kan innen gitte fag ha betydning for organisering i flerområde- heller enn adskilte områdefunksjoner i hovedstadsområdet. En samling av ressursene slik det ligger i modell 1 vil kunne styrke translasjonsforskningen, men vil gi en utfordring i forhold til forskning på vanlige høyvolum-

sykdommer. I relasjon til slik forskning har en stor institusjon med alle nivåer et fortrinn, eksemplifisert ved dagens UUS. Innen en struktur som modell 1 vil dette aspektet måtte ivaretas ved utbredt nettverkssamarbeid mot lokalsykehusene. Alternativt må forskningssamarbeidet områdene imellom prioriteres spesielt. Dersom man velger å legge område- og regionsfunksjonene innen psykiatri til et ”forsterket” lokalsykehus innen psykiatri, må det komme tydelig frem at dette sykehuset må gjøres i stand til å ivareta og videreutvikle psykiatriens universitets- og forskningsfunksjoner.

Pasientopplæring: Kan ivaretas godt i alle modeller, men blir best integrert og samordnet i modell 1.

*Forutsetninger skal til for å realisere modellene*

Modell 1 krever betydelige investeringer for fysisk samlokalisasjon, og krever betydelig grad av arbeid med kulturforskjeller. RH har ingen generell ”akutt-kultur”, men konsentrerer seg om elektive høyspesialiserte tjenester (akutt-virksomheten blir avgrenset til få felt eller utgjør høyere hastegrad innen høyspesialiserte funksjoner). Akutt-kulturen gjennomsyrrer UUS. Modellen kan realiseres i to trinn: først samordnet drift på to lokasjoner med fusjonerte foretak og felles ledelse både på institusjons- og avdelingsnivå, samt en evt funksjonsfordeling etter en elektiv-akutt akse innen aktuelle fag. Deretter bør samlokalisering vurderes, gitt tilstrekkelige investeringsmidler. En slik evt. samlokalisering bør omfatte alle regionfunksjoner, inkludert de som i dag er lokalisert utenfor RH og UUS. Erfaringer vunnet i fase 1 vil kunne redusere de organisatoriske utfordringene ved gjennomføringen av en eventuell fase 2 (se avsnitt om lokalisering nedenfor).

Modell 3 vil enklest la seg gjennomføre ved dublering av regionsfunksjoner som f. eks. thoraxkirurgi, nevrokirurgi og intervensjon Modell 4 vil ha mange av de samme utfordringene som modell 3, men i større grad.

*Pasientflyt*

Se punkt om kvalitet i lovpålagte oppgaver. Krever robuste lokalsykehus og gode prehospitaltjenester.

*Hvilke steg må til på kort og lang sikt?*

Modell 1 krever to steg dersom aktiviteten skal samles geografisk. Første steg er samling i ett HF (se om forutsetninger ovenfor).

Modell 3 kan realiseres raskere i ett trinn men vil være mer krevende kultur- og dubleringsmessig.

Modell 4 er uklart mht til hva slags bygningsmessig tilpasning som evt skal til, likeledes er det uklart hvordan den nåværende kapasiteten er tilpasset en slik todeling av de avanserte oppgavene. Det understrekes også at enkelte fagfelt som kreft har moderne spesialtilpasset bygningsmasse på begge lokasjoner. Disse er tilpasset Helse Sør-Østs totalbehov, og det ligger i forutsetningene at disse skal utnyttes optimalt. De blir derfor feil å betegne RH som ”kreftsykehuset” i denne modellen – dette feltet må uansett modell i praksis integreres mellom UUS, RH Montebello og RH Gaustad.

Selv om Modell 4 skulle være gjennomførbar på kort sikt bygningsmessig vil den kreve en lang og krevende prosess mht fagmiljøene.

*Ressursutnyttelse*

Vil være klart best i Modell 1, også i en fase 1 dersom sykehusene har felles ledelse. Det vil gi mulighet for sammenslåing av avdelinger og skalere dem i forhold til en koordinert drift.

Blant annet kan det gi mulighet for færre vaktlag, redusert konkurranse, reduksjon av investeringskostnader, enklere logistikk og klarere ansvarsforhold. Modell 3 og 4 vil kreve varierende grad av dublering for å fungere i praksis, men trolig ha reduserte utfordringer innen kultur og infrastruktur. Modell 4 vil på kort sikt medføre reduserte investeringsbehov, og vil opprettholde en viss konkurranse mellom sykehusene.

#### **4. Ansatte og utvikling av et godt arbeidsmiljø**

Alle modeller vil gi utfordringer i forhold til ansatte og endringer i arbeidsmiljø. Det er derfor avgjørende at det finnes nødvendig endringskompetanse på alle nivåer i organisasjonene når valgt modell skal gjennomføres. Det er viktig å ivareta gode kulturer, å sikre ansattes rett til medbestemmelse og medvirkning, samt å skape gode og forutsigbare prosesser. Modell 3 kan se ut til å gi minst endringer, og dermed færrest arbeidsmiljø-/kulturutfordringer.

Dersom man velger en senterorganisering rundt pasientgrupper og deres behov (se punkt 3), vil dette være momenter som vil vinne gehør i fagmiljøene, vil kunne virke positivt inn i arbeidsmiljø og vil kunne bidra til å skape gode og langsiktige løsninger.

#### **Konklusjon om modellene**

Av de aktuelle modeller vil UUS anbefale Helse Sør-Øst å gå videre med modell 1, men å planlegge implementeringen av denne i to trinn der man initialt drifter to lokasjoner med felles ledelse og omforent funksjonsdeling. Erfaringene fra trinn 1 brukes så opp mot planleggingen av et evt. trinn 2 (se punkt om forutsetninger).

#### **Om lokalisering og arealbehov**

UUS er av den oppfatning at modellenes fordeler og ulemper i denne fase bør sees uavhengig av geografisk plassering og arealbehov- og at det sistnevnte er momenter som bør tas inn i etterkant av den initiale vurderingen. Da vi vet at lokaliseringsspørsmålet likevel diskuteres i disse dager, tillater vi oss å komme med følgende innspill:

Modell 1 innebærer felles lokalisering ett sted. I HSØ' s notat tas det for gitt at dette stedet er Gaustad på grunn av bygningsmessige forhold. Så vidt UUS er kjent med, har ikke samlokalisasjon på UUS' område vært vurdert. Det finnes argumenter for en slik løsning, blant annet kan en slik utbygging muliggjøre samlokalisering av akutt/ område- / regionsykehuset med enstorbylegevakt. Dette alternativet bør også vurderes ut fra et kost/ nytte perspektiv der det legges vekt på å benytte egnet bygningsmasse på UUS' område (KIS, barnesenteret, kvinnesenteret, sentralblokken), samt sentral lokalisering, tilgjengelighet og tomteareal for videre utvikling.

Dersom samlokalisering på Gaustad er begrunnet av gammel og vedlikeholdskrevende bygningsmasse på UUS, bør også en eventuell fortsatt bruk av den gamle bygningsmassen på AUS og Montebello vurderes etter samme tenkning. Dersom man etter et lignende resonnement ønsker å avvikle drift i den gamle bygningsmassen både på UUS, Montebello og AUS, vil dette nødvendigvis bygging av et nytt, kompakt og robust lokalsykehus i Oslo. Dersom et slikt lokalsykehus legges til UUS' nåværende område i Kirkeveien, er det også mulig å legge til rette for en ny, samlet psykiatrienhet. Det foreligger skisser for utbygging både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Et nybygg og samling av viktige deler av psykiatrien muliggjør avhending av Gaustad, Dikemark og Sogn.

Dersom man velger å lokalisere et modell 1-sykehus til Gaustad, vil man allikevel måtte hensynta nye bygg ved dagens UUS som inneholder både lands, regionale og områdefunksjoner som eksempelvis KIS-bygget og barnesenteret. Også innenfor øyeavdelingen er det gjort store investeringer.

Modell 1 innbefatter langsiktig oppbygging av ett sykehus (mot 2020), med gradvis flytting av funksjoner som i dag er ivaretatt på UUS. En del avdelinger vil følgelig "sitte på oppsigelse" ved UUS i disse årene, og de dyktigste fagfolkene vil kunne forsvinne ut av avdelingene. Den faglige og organisatoriske utviklingen av avdelingen vil stoppe opp på en avdeling som er "raflyttingstruet". Dersom det lages en avdeling med drift på to steder i denne oppbyggingsfasen/nyetableringsfasen, vil man ved en sterk ledelse kunne modifisere noe av denne negative effekten.

### **Tiltak på kort sikt**

Modell 1 anbefales innført i to trinn, det første med sammenslåing av UUS og RH under felles ledelse og felles avdelingsstruktur, og med drift på to lokasjoner med funksjonsfordeling og bedret ressursutnyttelse. En slik sammenslåing av avdelinger vil umiddelbart kunne gi effektiviseringsgevinster og reduserte utgifter. Vaktjenester kan samordnes og en lang rekke stordriftsfordeler kan hentes ut.

De kortsiktige tiltakene nevnt over vanskeliggjøres ved at nye Ahus ikke er i stand til å betjene Follo før 01.01.2011. En sammenslåing UUS-RH vil være vanskelig å håndtere så lenge den inkluderer dagens lokalsykehusfunksjon ved UUS (til sammen en for stor og heterogen enhet). Dersom en sammenslåing skal realiseres før 2011 må en derfor vurdere å samordne lokalsykehusfunksjonene ved UUS og AUS fra et tidligere tidspunkt, for eksempel ved at de arealer som frigjøres ved Aker ved at regionoppgaver overføres til UUS/RH, benyttes til lokalsykehuspasienter for bydeler UUS i dag har ansvaret for, i tillegg til de pasienter A-hus skal overta.. Et annet kortsiktig tiltak vil kunne være sammenslåing av LDS og Diakonhjemmet slik at ressurser frigjøres og de sammen danner en mer robust lokalsykehusenhet.

UUS avventer imidlertid en nærmere risiko- og konsekvensanalyse av aktuelle tiltak før kortsiktige løsninger iverksettes.

27.05.2008

Tove Strand  
Administrerende direktør