

Sykehuset Telemark Utviklingsplan 2030



-kortversjon



STHF utviklingsplan 2030 – kortfattet versjon

Sykehuset Telemark HF (STHF) har besluttet å utarbeide en utviklingsplan fram mot 2030. Våre bygningsmessige og logistiske utfordringer krever tiltak for at vi framover skal kunne realisere «pasientens helsetjeneste». Sykehusets eier krever at en slik langsiktig plan skal ligge til grunn for større investeringstiltak.

STHF utviklingsplan 2030 viderefører tidligere vedtatte utviklingsplan 2014-16 og strategiplan 2016-19, og planverket vårt baserer seg også på nasjonale føringer og eiers krav for å ivareta behandlingskvalitet og pasientsikkerhet i videre utvikling og drift av sykehuset.

Sykehuset Telemark skal være et attraktivt sykehus preget av faglig kvalitet, gode fasiliteter, effektivsamhandling med kommunene om desentraliserte tilbud, samt ha en sunn økonomi.

Styrets vedtak

Styret for STHF vedtok STHF utviklingsplanen 2030, versjon 1.0, i møte den 14. september 2016.

Mandat for planarbeidet

Arbeidet med STHF utviklingsplan 2030 (U 30) ble organisert som et prosjekt i perioden oktober 2015 til september 2016. Arbeidet hadde følgende mandat:

1. Prosjektet skal gi en kort beskrivelse og vurdering av STHF sin nåværende driftssituasjon, samt redegjøre for drivkrefter (befolknings- og aktivitetsutvikling, medisinske og teknologiske endringer) som påvirker behovet og forventningene til spesialisthelsetjenesten.
2. Med utgangspunkt i pkt. 1, og basert på aktivitetsframskrivning og det planarbeidet som allerede er gjennomført (Utviklingsplan 2014-2016 og Utviklings- og investeringsplaner i Telemark og Vestfold Sykehusområde), samt Nasjonal Helse- og sykehusplan, skal prosjektet utrede alternative modeller for hvordan STHF kan følge opp sine utfordringer og utvikle sykehusets virksomhetsmessige og bygningsmessige drift fram mot 2030. Modellene skal redegjøre for faglige og økonomiske konsekvenser, samt skissere mulig etappevis utvikling basert på økonomiske konsekvenser, investeringenes lønnsomhet og sykehusets økonomiske bæreevne. 0-alternativet (dagens situasjon med utnyttelse av Porsgrunn) skal være et av de scenario som utredes.
3. Basert på pkt. 1 og 2 skal det gis tilråding om valg av modell. Tilrådingen skal forankres i de vedtatte evalueringskriterier som ligger til grunn for sykehusets utviklingsplan 2014 -16.
4. Prosjektrapport skal avleveres fra prosjektledelsen innen juni 2016 (utsatt til primo september.)

Nåsituasjonen

Historisk sett har Telemark hatt et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester. I de senere år har liggetiden gått ned, og den ligger nå på nivå med gjennomsnittet i Helse Sør-Øst (HSØ). Antall liggedøgn ligger imidlertid høyt, noe som betyr at telemarkinger innlegges hyppigere i sykehus enn pasienter i øvrige fylker. Årsak til det høye forbruket knyttes til demografiske forhold med mange eldre, tidligere stor industriell virksomhet i fylket, samt noe lavere utdanningsnivå i befolkningen.

Generell befolkningsvekst, økende andel eldre i fylkets befolkning og økte forventninger til helsetjenestene gir sykehuset betydelige økonomiske utfordringer framover. Samtidig har vi bygningsmessige forhold som ikke tilfredsstillers dagens standard, samt et vedlikeholdsetterslep som krever investeringer. Dette betyr at vi framover må utvikle tjenestetilbudet slik at vi skaper mer helse for de pengene vi får bruke.

For å sikre riktigere bruk av spesialisthelsetjenester i tråd med befolkningens reelle behov, ble det i 2013 -2014 utarbeidet en utviklingsplan for 2014-2016. Da utviklingsplanen 2014-2016 ble vedtatt i styret for STHF, ble også et endret tjenestetilbud vedtatt. Akuttfunksjonene på Rjukan og Kragerø sykehus ble avviklet og alle døgnengene ble lagt ned. Notodden sykehus ble rustet til å ivareta Tinns befolkning, og tilsvarende grep ble gjort i Skien for å ivareta behovet for akutt- og døgnbehandling for Kragerøs befolkning. STHF har en vedtatt strategiplan for 2016-19, hvor det er vedtatt tre særskilte strategiske områder; kreft, rus og avhengighet, samt akuttkjeden. Satsingen skal bidra til et løft innen kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen, med et spesielt fokus på behandlingslinjer og logistikk. God pasientbehandling krever godt koordinerte tjenester fra flere samarbeidende helsetjenesteaktører. Oppfølgingen av samhandlingsreformen står sentralt i videre utvikling av tjenestetilbudet, blant annet de sentralisering av poliklinikk og dagbehandling, vekt på ambuleringer tjenester og kompetanseutvikling i tett samarbeid med kommunene.



Framtidig kapasitetsbehov

Befolkningsutviklingen (demografisk framskriving) vil prege behovet for spesialisthelsetjenester, sammen med sykdomsutvikling, nye behandlingsmetoder og teknologi. Befolkningens forventninger til og forbruk av spesialisthelsetjenester vil også påvirke framtidig kapasitetsbehov. Likeledes vil samhandling med kommunene om diagnostikk, behandling og pleie ha betydning. Spesialisthelsetjenesten er i stadig endring, og omstilling fra døgn- til dagbehandling, bruk av observasjonsenheter og personell med høy kompetanse i akuttmottaket påvirker pasientstrømmene. Disse faktorene inngår i framskrivningsmodellen. Denne modellen er utarbeidet av Sykehusbygg HF, den nyttes i HSØ for øvrig, den er drøftet med fagmiljøene i sykehuset og kommunisert overfor kommunene.

Framskrivningen viser et nærmest uendret behov for antall senger, mens behovet for poliklinikkrom og operasjonsstuer øker. Med virksomhet lokalisert på flere sykehus og spredt rundt om i bygningsmassen, er det utfordrende å utnytte kapasiteten effektivt. Dagens bygg tilfredsstiller heller ikke framtidige behov og forventninger for sengeområdene. Mange flersengsrom og enheter med begrensede muligheter for å utnytte felles ressurser utgjør en driftsulempe og større fare for smittespredning enn sammenhengende enheter med ensengsrom.

Oppsummert aktivitetsendring i 2030 versus 2014 (somatikk) viser at

- Dagbehandling øker med 54 %
- Poliklinikk øker med 13 %
- Døgnopphold øker med 5 %
- Liggedager øker med 4 %

Dette viser at vi innen somatikken ikke har behov for flere senger enn det vi benytter i dag, men å omgjøre 4-sengsrom til ensengsrom er arealkrevende, og en slik omgjøring har vi ikke kapasitet til i dagens bygningskropp.

Oppsummert aktivitetsendring i 2030 versus 2014 (psykiatri) viser at

- Poliklinikk/ambulant virksomhet øker med 16 %
- Døgnopphold øker med 8 %
- Liggedager reduseres med 5 %

Figuren på neste side viser en følsomhetsskala for somatiske døgnplasser, der effekten av de omstillingsfaktorene som har størst effekt på kapasiteten er tatt med. Dersom omstillingene ikke skjer, viser figuren at det vil kunne bli behov for om lag 100 flere somatiske senger enn beregnet; - lagt til grunn basis utnyttelsesgrad tilsvarende 85 % gjennomsnittlig sengebelegg.

Følsomhet og effekt for de viktigste faktorene.

Kapasitetsbehov senger STHF
385

- 19 senger, effekt av økt utnyttelsesgrad 90 %

+ 35 senger
Effekt av oppgavedeling med Kommunene

+ 36 senger
Effekt av omstilling fra døgn til dag/poliklinikk

+ 28 senger Effekt av generell effektivisering

366	385	420	456	484
-----	-----	-----	-----	-----

Følsomhetsskala i f.t. behov for antall senger

Vi står overfor krevende omstillinger framover, der vi må lykkes med å oppnå forventet oppgavedeling med kommunene (jf. samhandlingsreformen), samt oppnå forventet omlegging internt i sykehuset fra døgnbehandling til dag- og poliklinisk aktivitet.



Målbildet

Målbildet for Sykehuset Telemark er et framtidig faglig sterkt sykehus med fokus på pasientens helsetjeneste. Pasientsikkerhet, helhetlig og sammenhengende akuttkjede, styrket kreftomsorg, samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene, samt samhandling mellom psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk er prioriterte områder.

Våre strategiske medisinske utviklingsområder omfatter

- en helhetlig og sammenhengende akuttkjede
- utvikling av kreftsenter inkludert enhet for strålebehandling
- et helhetlig og sammenhengende tilbud innen rus og avhengighet

For å ivareta behandlingskvalitet og pasientsikkerhet i videre utvikling av sykehuset, er valg av senario og risikovurdering av løsningsvurdert i forhold til følgende kriterier:

- God kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdig tilbud
- God tilgjengelighet
- Faglig og organisasjonsmessig styrke
- God kapasitetsutnyttelse
- Bærekraft, ressursutnyttelse og økonomi
- Bygningmessig tilstand, egnethet og kostnader for vedlikehold

Disse kriteriene er nærmere beskrevet i selve planen. De er forankret i nasjonale føringer og krav fra eier som er videreført i sykehusets strategiplan, og sammen med gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse danner kriteriene grunnlag for prioriteringer og valg av tiltak.

Telemark skal fortsatt ha en desentralisert sykehusstruktur med akutt sykehus både i Skien og på Notodden. Det skal være desentrale tjenester i distriktpsykiatriske sentre (DPS), samt desentrale somatiske poliklinikker og dagbehandling i nært samarbeid med kommunene. I utviklingsplanen er det utredet to ulike senarioer, der begge bygger på en videreføring av dagens akuttberedskap, og der polikliniske og ambulante dagtilbud videreutvikles desentralt og i et godt samarbeid med kommunene. Senarioene bygger på visjonen om å skape «Pasientens helsetjeneste», hvor kravet til faglig kvalitet, god kapasitetsutnyttelse og pasientsikkerhet er grunnleggende. Dette betyr at sykehuset framover vil utvikle sengeområder med fleksibel bruk, primært med ensengsrom og egne bad framfor dagens utstrakte bruk av flersengsrom. Dette krever investeringer i begge senarioer.

STHF skal ha et moderne og effektivt kreftsenter som gir kreftpasientene i Telemark et fullverdig og sikkert krefttilbud innen diagnostikk, behandling og smertelindring (palliasjon). Spesielt innen medisinsk genetikk forventes en betydelig utvikling innen kreftdiagnostikk, og sykehuset har svært gode forutsetninger, både når det gjelder kompetanse og utstyr, for utvikling på dette området.

Kreftsenteret skal nå utvikles med en ny enhet for stråleterapi som et tilbud til pasientene i Vestfold og Telemark. Målet er å kunne tilby kurativ behandling av de fleste indikasjonsområder hvor strålebehandling inngår som en del av behandlingen, bl.a. ved kreft i bryst, prostata, rektum, blære og hud, - og på sikt håper vi også å kunne tilby kurativ behandling av lunge- og hjernesvulster.

Ved oppbyggingen av dette tilbudet vil vi samarbeide med kreftavdelingene ved flere sykehus, særlig Sykehuset i Vestfold (SIV), for å sikre gode behandlingsløp, hensiktsmessig oppgavefordeling, samt sikre rekruttering og kompetanseutvikling.

Samhandling med kommunene

STHF vil tilrettelegge og organisere for systematiske behandlingsforløp i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Dette vil innebære tett samarbeid mellom pasienter og sykehusets poliklinikker, utvikling av kompetanse og prioritering av ressursbruk til oppfølging av hjemmeboende pasienter. Moderne teknologi og brukervennlige behandlingshjelpemidler åpner muligheter for at pasienter i større utstrekning kan behandles i eget hjem.

Fram mot 2030 må vi forvente at sykehus og kommuner har fått på plass felles elektronisk journal og felles pasientadministrative systemer. For de store kronikergruppene er det et mål å ha etablert felles pakkeforløp, slik at pasientene opplever et felles behandlings- og oppfølgingsforløp i kontakten med spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi skal ta i bruk moderne teknologi som understøtter og muliggjør dette.



Alternative senarioer for framtidig utvikling

I planleggingen av framtidig utvikling skal det alltid utredes et bygningsmessig 0-alternativ, dvs. virksomhet og bygningsutnyttelse som i dag (status quo), uten andre bygningsmessige tiltak enn de som er helt nødvendige for å tilfredsstilles lovkrav og ivaretar framtidig behandlingsskapitet. I sykehusets arbeid med ROS-analyse av senarioene, ble det fra klinisk hold knyttet aller størst bekymring til dette bygningsmessige 0-alternativet, også kalt «utsettelsesalternativet», idet våre sengeposter, dialyseaktivitet og sikkerhetspsykiatri ikke kan driftes innenfor aksepterte faglige krav. I tillegg er 0-alternativet det klart mest kostbare alternativet driftsmessig – og det svakeste mht. bærekraft. Dette er derfor ikke nærmere utredet som en realistisk framtidsløsning.

Utviklingsplanen 2030 har landet på to aktuelle virksomhetssenarioer - for nærmere analyser av risiko, sårbarhet og mulighetsstudier. Begge senarioene forutsetter videreutviklet samarbeid med kommunene, inkl. styrking av ambulant virksomhet og desentralisering av dag- og poliklinisk aktivitet innen somatikk, rus og psykisk helsevern.

0. Dagens driftsmodell med tre somatiske sykehus:
Skien og Notodden som somatiske akutt sykehus (døgn og dag), samt Porsgrunn som elektivt sykehus (ikke døgnbehandling), i tillegg til dag- og poliklinisk aktivitet på Rjukan og i Kragerø.
1. To somatiske sykehus:
Skien og Notodden som somatiske akutt sykehus (døgn og dag), mens somatisk aktivitet i Porsgrunn avvikles og overflyttes til Skien, i tillegg til dag- og poliklinisk aktivitet på Rjukan og i Kragerø.

Utviklingen innenfor psykisk helsevern og rus (TSB) forutsettes videreutviklet i begge senarioene. Det faglige samarbeidet mellom somatikk, psykisk helsevern og rus forutsettes videre utviklet for å tilby helhetlig og sømløs behandling til pasientene våre. Dette kan initiere tiltak som vi ikke har konkretisert i denne planen, og slike kan komme i forbindelse med rullering av utviklingsplanen; - normalt vil aktuell rullering følge prosessen knyttet til økonomisk langtidsplan (ØLP).



Risikovurdering (ROS)

De to virksomhetsscenarioene for Sykehuset Telemark er vurdert i en ROS-analyse der representanter for fagmiljøene, tillitsvalgte og verneombud har vært representert, samt at analysen også er framlagt for kommunale samarbeidsparter for kvalitetssikring.

Samlet sett viser denne ROS-analysen at et alternativ uten virksomhetsendringer og kun med vedlikehold i forhold til forskriftskrav, kalt «utsettelsesalternativet», er det som kommer dårligst ut. Dernest følger scenario 0 med ombygginger for å øke kvalitet, mens scenario 1, hvor den somatiske aktiviteten i Porsgrunn flyttes til Skien, viser lavest risiko samlet sett.

Tabell 1 Oppsummert risikobilde 2030, fra ROS-analysen

		Hendelser/trusler som har lik score kan være gruppert sammen.	Risiko		
Område	#	Beskrivelse av uønsket hendelse/trussel	Utsettelse / nåsituasjon i 2030	Scenario 0	Scenario 1
Pasient-kvalitet	1	Svekket smittevern pga flersengsrom Svekket pasientopplevelse av kvalitet og trygghet i behandlingen Uønsket pasienttransport ved uforutsette hendelser Økt dialysebehov med stort ressursbruk uten ønsket kvalitetsnivå Manglende oppfylling/utsettelse av lovkrav pga av svak økonomi	12	9	4
	2	Samhandling somatikk og psykiatri.	4	4	4
Utdanning Rekruttering Arbeidsmiljø	3	Kortere utdanningsløp krever fortettet opplæringsaktivitet, noe som er krevende med flere lokasjoner. Kandidater ønsker ikke kontraktsfestet flere arbeidssteder.	12	9	3
	4	Organisasjonstretthet, slitasje, mistillit	15	9	3
Drift	5	Delt driftsmodell og manglende synergier. Tungvint, lite effektivt ved kjøring mellom lokasjoner.	10	10	3
	6	Omstilling døgn til dagkirurgi, kan ikke gjøre så mye inngrep i Porsgrunn vs. Skien.	15	12	3
	7	Forstyrrelse av elektiv virksomhet når denne flyttes inn i akuttsykehus. Krever skjerming.	3	3	9
Økonomi	8	Negativ økonomisk bæreevne. Fokus på drift/havari vs. investeringer. Kostbare mellomløsninger og reduksjon av tilbud.	20	15	6
Samfunn Miljø	9	Miljøbelastning pga transport av personell, varer og pasienter.	10	10	2
	10	Tap av arbeidsplasser i Porsgrunn kan kompenseres med ny aktivitet. Arbeidsplasser forblir i Grenland. Fraflytting av bygningsmasse i Porsgrunn kan kompenseres med ny aktivitet.	4	4	4
Omdømme	11	Utfordrende å foredle og utvikle nye tjenester i takt med befolkningens forventninger (pasientflukt).	12	9	6
	12	Fagmiljøer spredt over flere lokasjoner kan medføre svekket omdømme og hindre rekruttering.	20	12	9

For detaljert risikovurdering og akseptkriterier, vises til Utviklingsplanen og vedlegg 10.

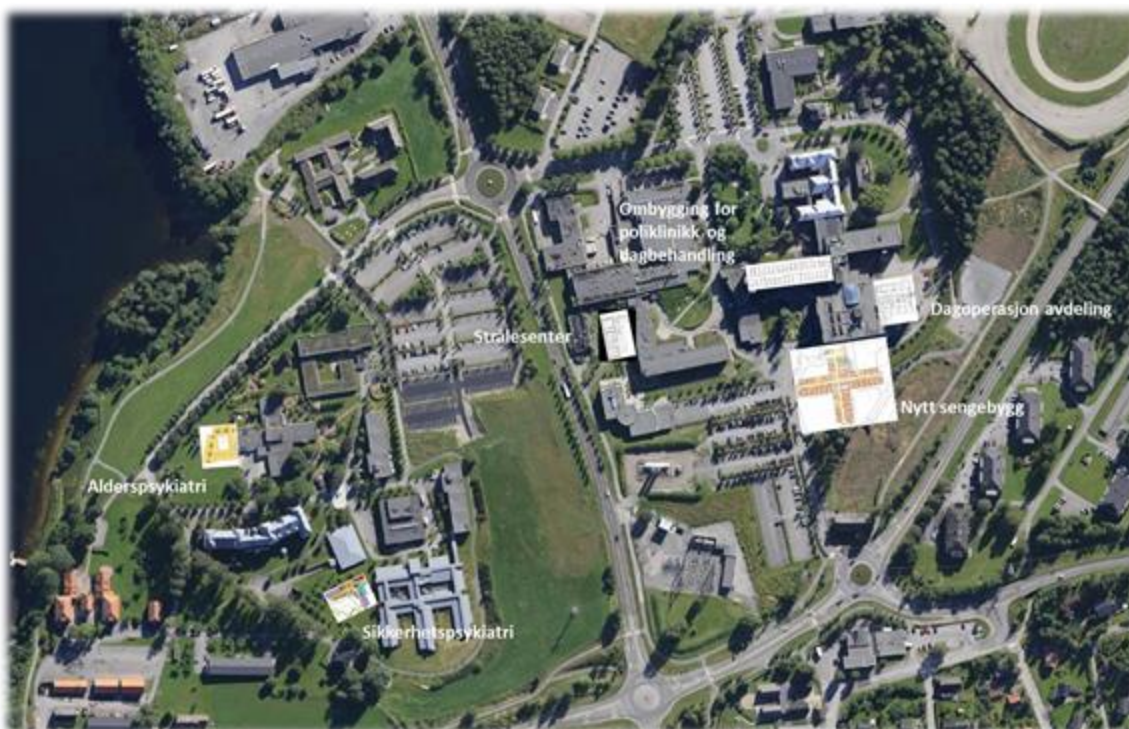
Bygningsmessige vurderinger

Både scenario 0 og 1 gir kapasitetsutfordringer i Skien. Spesielt gjelder dette ved oppfylling av kravet om utfasing av firesengsrommene og etablering av egne bad tilknyttet sengerommene. Det er også knyttet utfordringer til behovet for flere operasjonsstuer i Skien. Gjennomført mulighetsstudie viser at dette kan løses ved etablering av et nytt somatisk sengebygg i Skien, inneholdende ca. 180 ensengsrom, samt utvikling av eksisterende bygningsmasse i Skien og på Notodden.

I rapporten Bygningsmessig utviklingsplan (vedlegg 8) er det vist flere mulige løsninger for å løse kapasitetsbehovet. En videre utvikling av disse ideene vil skje i ide-/konseptfasen. Det er valgt noen løsninger for å illustrere grunnlaget for kalkyler for et investeringsbehov.

De største oppgraderingsprosjektene i scenario 1 er opplistet:

- Nytt strålesenter
- Oppgradering somatiske sengepost Notodden
- Oppgradering/utvidelse sengebygg Skien (inkl. andel felles konseptfase)
- Ombygging for poliklinikk og dagbehandling (m/dialyse) i Nordfløy
- Ny dagoperasjonsavdeling/flytting barsel
- Oppgradering av sikkerhetssegepost
- Oppgradering og utvidelse av alderspsykiatrisk avdeling



Økonomiske vurderinger og bærekraft

På grunn av relativt små endringer mellom de to scenarioene, vil ikke forskjellen i driftskostnadene mellom dem være store. Konsulentfirmaet PwC har i samarbeid med Sykehuset Telemark HF vurdert driftsmessige og økonomiske besparelser ved samlokalisering av Skien og Porsgrunn. Ved å gå fra scenario 0 til 1 er det en beregnet en ren driftsmessig besparelse i størrelsesorden 38 MNOK.

Investeringsmessige behov i planperioden 2017 – 2030 er som følger:

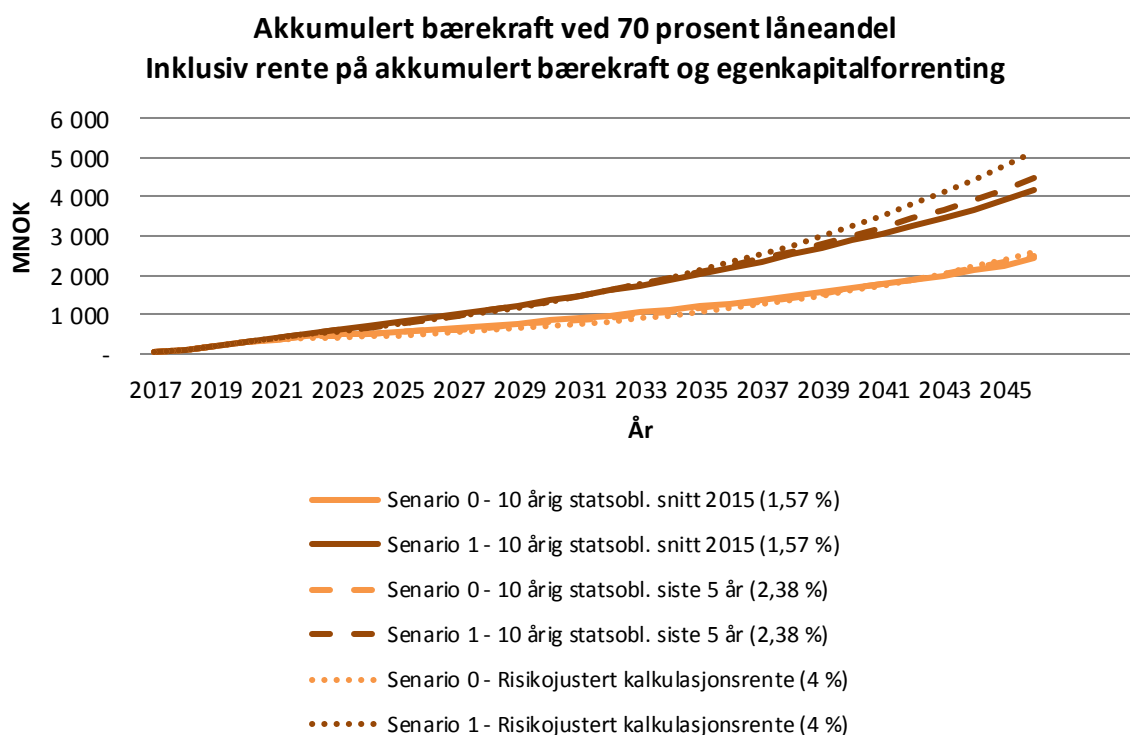
Investeringsbehov	Scenario 0 (MNOK)	Scenario 1 (MNOK)
Reinvesteringer i planperioden	339	300
Oppfølging av vedlikeholdsetterslep*	152	88
Oppgradering alderspsykiatrisk bygg Skien	60	60
Oppgradering sikkerhetspsykiatrisk sengepost	50	50
Sengepost A bygg Notodden	40	40
Sum lokalt finansierte prosjekter	641	538
Nytt sengebygg med 180 senger	530	530
Oppgradering Porsgrunn somatikk	363	0
Strålesenter (bygg)	110	110
Ombygging for poliklinikk og dagbehandling (inkl. dialyse) i Nordfløya	0	210
Nye operasjonsstuer Skien B58	70	70
MTU (inkl. utstyr til strålesenteret)**	244	253
Flytting av barsel til nytt sengebygg	60	60
Flytte dialyse til sørfløy og rive bygg 73	18	0
Felles ide og konseptfase Utbygging Somatikk Skien	20	20
Utvidelse radiologisk avd. Skien	0	4
Salg Porsgrunn	0	-80
Sum regionalt finansierte prosjekter	1 415	1 177
Totalt investeringsbehov i planperioden	2 056	1 715
Herav bygg	1 812	1 462

*STHF har et beregnet vedlikeholdsetterslep våren 2016 på 1.000 MNOK. Dette forventes redusert til 600 MNOK i 2030 basert på oppgraderinger, nybygg og spesifikk oppfølging vedlikeholdsetterslep.

**I tillegg ligger årlige reinvesteringer i MTU, ambulanser og annet utstyr innarbeidet i ØLP, dvs. at disse ikke øker investeringsbehovet utover det som framgår av tabellen.

Som rapporten fra PwC viser (vedlegg 9 til STHF utviklingsplan 2030), har vi et betydelig utfordringsbilde fram mot 2030. Utfordringen er i størrelsesorden 3-5 % effektivisering fram mot 2030. Begge scenarier krever at vi tar tak i utfordringsbildet raskt for å nå våre resultatmål. Scenario 1 vil kreve mindre investeringer enn scenario 0, samtidig som dette vil kunne driftes rimeligere, slik at rent økonomisk framstår scenario 1 som bedre enn scenario 0. Scenario 1 framstår i tillegg kvalitetsmessig bedre og er mer framtidsretta enn scenario 0. Begge driftsmodeller viser et betydelig investeringsbehov, og begge vil kreve delvis regional finansiering, samt bruk av konserninterne fordringer. Vi legger til grunn at vi skal klare utfordringene, og vår økonomiske langtidsplanlegging (ØLP) vil videreføre dette. Oppfølgingen vil bety et positivt resultat i 2030 lik 70 MNOK, hensyn tatt til avskrivninger og andre finanskostnader. Dette forutsetter videre at vi oppnår de årlige resultater som ØLP legger opp til.

Bærekraftanalysen er gjennomført for perioden 2017-2046 og er basert på nominelle 2016-verdier. Det er antatt en lånefinansieringsgrad på 70 prosent. I bærekraftanalysen inngår renter og avdrag på den lånefinansierte delen av investeringen. Lån er satt som serielån over 25 år. Figuren nedenfor viser hvorledes beregnet kontantstrøm av identifiserte drivere og estimert resultat bidrar til å dekke finansieringskostnad, avdrag og egenkapitalforrentning som følger av investering i det enkelte scenario. Det er lagt til grunn at utfordringsbildet i henhold til ØLP 2017-2020 er løst.



Valg av senario og plan for tiltak

STHF vil også i 2030 ha en viktig rolle som allsidig akuttstusykehus i HSØ, hvor kravene til tilgjengelig kompetanse i alle aktuelle fagområder vil skjerpes; spesielt innen kirurgi, hvor den faglige utviklingen går i retning av ytterligere sub-spesialisering.

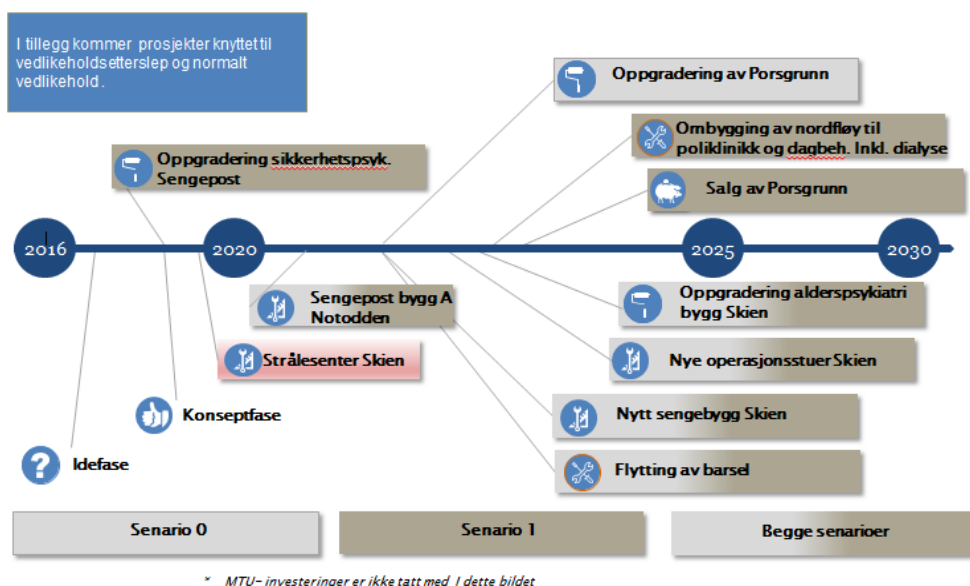
En samling av den kirurgiske aktiviteten i Grenland vil bety forbedret beredskap, bedre utnyttelse av fagpersonell / utstyr/areal, samt bedre samarbeidet, noe som betyr styrket robusthet for alle kirurgiske fagområder. Derfor bør dagens kirurgiske aktivitet i Porsgrunn overflyttes til Skien. Ved samlokalisering i Skien skal akutt og elektiv aktivitet likevel driftes adskilt, slik at effektiv logistikk i de elektive pasientforløpene sikrer rask og forsvarlig håndtering av akutte tilfeller.

Ved å flytte somatisk dagaktivitet fra Porsgrunn til Skien fører det til at bygningsmassen i Porsgrunn kan avhendes og fagmiljøet samles og blir styrket i Skien. Dette gir betydelige innsparinger bygningsmessig og for bruk av personell, utstyr og romressurser. Samtidig gir det økt press på kapasiteten i Skien, slik at det er behov for utbygging av kapasiteten. Utlifredsstillende sengeposter (flersengsrom og felles bad/toalett) vil bli betydelig forbedret ved at vi bygger nybygg for sengeområder både i Skien og Notodden, prioriterer ensengsrom inkl. bad, samt benytter dagens sengeområder i Skien til poliklinikk og operasjonsområder.

Utredningene som er gjort i planarbeidet, også støttet av gjennomført risikovurdering, leder fram til anbefaling av virksomhetssenario 1 som retningsgivende for videre utvikling av foretaket.

Tidsplan for bygningsmessige tiltak:

Når det gjelder tidsplan for de bygningsmessige investeringer, planlegges disse i hovedsak gjennomført i tidsperioden 2020 til 2022, gitt forutsetning om oppstart av idefase i 2017. Utviklingsplanen vil følges opp med en søknad overfører HSØ om å få anledning til å starte idefase for utbyggingstiltakene.



Prosjektprogram for bygningsmessige utviklingstiltak

I det anbefalte scenarioet er det satt opp en rekke bygningsmessige tiltak som krever gjennomføring i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging. Disse prosjektene er i uprioritert rekkefølge:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Oppgradering somatiske sengepost Notodden | 40 mill. |
| 2. Oppgradering psykiatrisk sikkerhetssengepost | 50 mill. |
| 3. Oppgradering og utvidelse av alderspsykiatrisk | 60 mill. |
| 4. Nytt strålesenter (bygg) | 110 mill. |
| 5. Ny dagoperasjonsavdeling/flytting barsel | 130 mill. |
| 6. Ombygging for polikl. og dagbeh (m dialyse) i Nordfløy | 210 mill. |
| 7. Oppgradering/utvidelse sengebygg Skien
(inkl. andel felles konseptfase) | 540 mill. |

Prosjektene har i varierende grad innvirkning på hverandre med hensyn på tid og løsning. Det er derfor naturlig at noen av prosjektene samles i program i de tidlige fasene (ide- og konsept). Det anbefales at prosjektene 4, 5, 6 og 7 samles i et felles program – utbygging somatikk Skien, og at det gjennomføres en felles idefase for dette programmet. I idefasen vil det bli vurdert hvilke av prosjektene som det skal gjennomføres en felles konseptfase for. Her vil det legges spesielt vekt på gjennomføringshastighet for å sikre det medisinske tilbudet.

De andre prosjektene kjøres som egne prosjekter gjennom alle fasene.



Du finner den fullstendige versjonen av Utviklingsplanen 2030 på nettsidene våre under “Mål og strategier”. (www.sthf.no/om-oss/mål-og-strategier)