

Møteprotokoll

Utvalg: Komite for helse og velferd
Møtested: Balsnes, Ørland Kultursenter
Dato: 08.05.2019
Tid: 08:00 - 09:00

Faste medlemmer som møtte:

Navn	Funksjon	Representerer
Hilde-Kristin Sandvik	Leder	OK-H
Irja Helen Hammern Døsvik	Nestleder	OK-AP
Asbjørn Hov	Medlem	OK-H
Ole Martin Grøntvedt	Medlem	OK-SP
Øyvind Næss	Medlem	OK-SV
Bente Eli Halsen Skaget	Medlem	OK-SP

Faste medlemmer som ikke møtte:

Navn	Funksjon	Representerer
Trond Amundsveen	MEDL	OK-H

Varamedlemmer som møtte:

Navn	Møtte for	Representerer
Vidar Venes	Trond Amundsveen	OK-SP

Fra administrasjonen møtte:

Navn	Stilling
Marit Ervik	Kommunalsjef Helse og Velferd

Merknader:

Innkalling og sakliste godkjent.

Saksnr	Innhold	Lukket

Orientering

- Nytt Helsebygg – forprosjekt



Framtidens helsebygg i nye Ørland kommune

OPPSUMMERING ETTER FØRSTE FASE AV KARTLEGGING OG UTREDNING

1.april 2019

Milda Lunde Stene prosjektleder

Innhold

1	<i>Innledning</i>	2
2	<i>Status fremdriftsplan pr. 31.mars 2019</i>	3
3	<i>Dagens tjenester</i>	4
3.1	Bjugn kommune	4
3.2	Ørland kommune	5
3.3	Fosen Helse IKS	6
4	<i>Fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester</i>	6
5	<i>Vurdering av dagens helsebygg i Ørland og Bjugn kommuner</i>	9
5.1	Vurdering av bygningenes tekniske tilstand	9
5.2	Vurdering av bygningenes egnethet for tjenestene	10
5.3	Konsekvenser av inngrep i eksisterende bygningsmasse	12
5.4	Tilleggs kommentarer fra prosjektgruppa	12
6	<i>Fremtidas helsebygg og deres omgivelser</i>	13
7	<i>Alternative forslag for innhold i helsehus og andre helsebygg</i>	14
8	<i>Helsehusets innhold – en foreløpig oppsummering</i>	17
9	<i>Videre arbeid</i>	20
10	<i>Vedlegg</i>	20

1 Innledning

Denne oppsummeringen er utarbeidet etter at prosjektet har nådd en viktig milepæl; gjennomføringen og oppsummeringen av det første stormøtet. Stormøtet ble gjennomført som en to-dagers workshop 7.-8.mars 2019. Formålet med dette møtet var å få en bred drøfting av innholdet i et nytt helsehus og vurdere dette opp mot behovene for andre helsebygg/ omsorgsboliger. Oppsummeringen presenterer resultater fra arbeid som er gjort i forkant av, i løpet av og i etterkant av stormøtet. Dermed er den første fasen i arbeidet med å kartlegge og utrede gjennomført. Resultatene fra denne fasen skal bearbeides videre i neste fase, og danner grunnlag for videre analyser, kartlegginger/ undersøkelser og faglige innledninger.

Prosjektets bakgrunn

Ørland og Bjugn kommuner skal slås sammen til en kommune fra 01.01.2020. «Nye» Ørland kommune har behov for en vurdering av fremtidens behov for helse og velferdstjenester i den nye kommunen. Kommunestyret i dagens Ørland kommune har med dette som utgangspunkt vedtatt å gjennomføre et forprosjekt for planprosessen av Nytt helsebygg og nye kommunale boliger i «Nye» Ørland kommune innenfor en kostnadsramme på kr 1.000.000. Det ble forutsatt at Bjugn kommune skal involveres og delta i denne prosessen på lik linje med Ørland kommune. Etter en forutgående konkurranse ble WSP valgt som ekstern prosjektleder for prosjektet. WSP har utarbeidet en prosjektplan og igangsatt en prosess med likeverdig deltakelse fra begge kommunene. Prosjektet startet opp i januar 2019

Prosjektets mål

Målet for prosjektet er å belyse fremtidig behov for helse og omsorgstjenester og organisering av disse i nye Ørland kommune. Det skal utarbeides en plan for nytt helsebygg og nye kommunale boliger tilknyttet helse og omsorg i Nye Ørland. Det skal utarbeides en sluttrapport med tilrådninger, og denne skal foreligge senest 30.09.2019. Følgende tema skal være behandlet i løpet av prosjektperioden.

- Framtidas behov for helse og omsorgstjenester i nye Ørland kommune
- Framtidas behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre
- Vurdering av driftskostnader knyttet til framtidas helse og omsorgstjenester
- Velferdsteknologi – utnyttelse og implementering i tjenestetilbudet
- Vurdering av egnethet og plassering av eksisterende bygningsmasse sett i forhold til fremtidig behov
- Behov for fremtidig ny bygningsmasse og plassering av denne sett i forhold til fremtidig behov
- Hvilke anskaffelsesprosedyrer anbefales ved kontrahering av nybygg

Prosjektets organisering

Styringsgruppe: • Marit Knutshaug Ervik, kommunalsjef helse og velferd Ørland (prosjektansvarlig) • Bente Kristiansen, helse- og omsorgssjef Bjugn • Jon Foss, leder eiendom Ørland • Leena Stenkløv, leder Fosen Helse IKS	Prosjektgruppe: • Ann Berit Nervik- HTV Ørland • Ole Sjørgård - driftsleder Ørland • Liz Raaken - enhetsleder Ørland/Bjugn • Karen Rasch Aune - enhetsleder Ørland/Bjugn • Kristine Grøtte Johansson - enhetsleder Bjugn • Runar Øksenvåg - tillitsvalgt for legene, Bjugn
Referansegruppe: Dette er definert som ledere, fagansvarlige, tillitsvalgte, repr. for brukere/pårørende og samarbeidspartnere. Alle disse inviteres inn i stormøtene/ workshop. Og noen kan bli invitert inn i arbeidsgrupper som skal behandle spesielle tema	WSPs prosjektlederteam: • Milda Lunde Stene (prosjektleder), Hedvig Hjertås Mauseth, Eva T. Olsen Teamet suppleres med flere fagressurser ved utredning av spesielle tema. Bl.a. har følgende har bidratt ved vurdering av dagens bygningsmasse: • Arve Dalseth og Lars Christian Koren Hauge

2 Status fremdriftsplan pr. 31.mars 2019

Det ble innledningsvis i prosjektet satt opp en fremdriftsplan som er inndelt i fire hovedfaser: 1) Planlegging, 2) Kartlegging og utredning og 3) Kvalitetssikring og 4) Beslutte. Fase 2 er den sentrale og har derfor også lang varighet i forhold til de andre.

Både i fase 2) Kartlegging og utredning og fase 3) Kvalitetssikring er det lagt inn noen sentrale møter, stormøter, som samler mange interessenter og sikrer bred deltakelse fra ledere, fagansvarlige, repr. for ansatte og repr. for brukere/pårørende. Stormøtene er lagt opp som workshop der det arbeides ut forslag til løsninger på bakgrunn av presentasjoner fra forutgående analyser, kartlegginger/ undersøkelser og faglige innledninger.

Tema som det er arbeidet mest med i denne fasen:

- Avklaring av dagens status for tjenesteprofil og tjenesteomfang i begge kommunene
 - Vurdering av dagens helsebygg i begge kommunene mht deres tekniske tilsand og deres egnethet for tjenestene.
 - Prinsipper for plassering av ulike funksjoner og tjenester i ulike typer helsebygg, med spesielt fokus på tjenesteinnholdet i et fremtidig helsehus.
- Lokalisering av byggene er ikke drøftet, og kan heller ikke blir drøftet før ytterligere utredninger av den nye kommunens tjenestetilbud og dimensjoneringen av dette gjort.

I perioden har WSP gjennomført følgende møter med ansatte i kommunene: 1 oppstartsmøte, 2 møter i styringsgruppa, 3 møter i prosjektgruppa, 1 befaring av bygg i Botngård, 1 befaring av bygg på Brekstad, 2 gruppeintervjuer i Botngård, 2 gruppeintervjuer på Brekstad, 1 stormøte over 2-dager med ca. 40 deltakere.

Uke		Aktivitet
Uke 1 – 4		Planlegge
Uke 3	16/1	Møte 1 styringsgruppa
Uke 4	25/1(8-10)	Møte 1 i prosjektgruppa
		Møter med referansegruppe ansatte/brukere
		Formelle møter
Uke 4 – 33		Kartlegge og utrede
Uke 7	15/2	Møte 2 i prosjektgruppa
Uke 10	7-8/3	Stormøte 1 / Workshop (1,5 dager)
Uke 11	15/3	Møte 3 i prosjektgruppa
		Møter med referansegruppe ansatte/ brukere
Uke 14		Studiebesøk
Uke 19	10/5	Møte 4 i prosjektgruppa
Uke 23	6-7/6	Stormøte 2/ Workshop (1,5 dager)
Uke 24	14/6	Møte 5 i prosjektgruppa
		Møte med referansegruppe ansatte/brukere
		Formelle møter
Uke 34 - 37		Kvalitetssikre
Uke 34	23/8	Møte 6 i prosjektgruppa
Uke 36	5/9	Stormøte 3/ Workshop (1 dag)
		Møte med referansegruppe ansatte/brukere
		Formelle møter
Uke 37 – 39		Beslutte
Uke 36	20/9	Møte 7 i prosjektgruppa
		Møte med referansegruppe ansatte/brukere
		Styringsgruppa
		Formelle møter
Uke 39		Overlevere rapport

3 Dagens tjenester

Med bakgrunn i plandokumenter fra både Ørland kommune, Bjugn kommune, Fosen Helse IKS samt opplysninger fra SSB oppsummeres i korthet et bilde av dagens tjenester.

Ørland og Bjugn kommuner er ganske like i folketall, men svært forskjellige i utstrekning. Tjenesteprofilen på helse og omsorgstjenester er også ganske forskjellig. Ørland har en klart større andel 80 år og eldre i sykehjem og bruker mindre på helse- og omsorgstjenester enn Bjugn både per innbygger og som andel av kommunebudsjettene. Siden 2010 har antall pasienter i spesialisthelsetjenesten hatt en forskjellig utvikling for de to kommunene. Begge benytter seg i all hovedsak av St. Olav. I 2010 var Ørland den største brukeren, målt i andel av befolkningen. I 2017 var Bjugn den største brukeren, målt i antall pasienter. Sammenlignet med kommunenes KOSTRA-grupper har begge kommuner en lav kostnad per innbygger og et lavt forbruk av sykehjem for personer over 80 år og eldre. I KS sin økonomigjennomgang (2018) kom det frem at Bjugn kommune bruker vesentlig mer på helse- og omsorgstjenestene enn Ørland kommune.

Dagens tjenesteprofil i kommunene trenger en grundig utredning for å se på årsaksforholdene for ulikheter og for å få et grunnlag for å planlegge det fremtidige tjenestetilbudet. Folkehelseperspektivet må avspeiles i denne utredningen. Omsorgstrappa skal utformes på nytt og den vil gi retning for hvilke typer helsebygg kommunen skal bygge, mens utviklingen av befolkningsmengde og demografi frem mot 2040 vil gi grunnlaget for å dimensjonere og planlegge fasene i utbyggingen.

3.1 Bjugn kommune

Følgende opplysninger er hentet fra «Kvalitetsmelding for helse og omsorg Bjugn kommune 2018»

- På bakgrunn av sentrale føringer og Eldreplanen fra 2008 valgte Bjugn kommune å avhjemle sykehjemsplasser til fordel for hjemmebasert omsorg. Brukere som har behov for langtidsplass får tilbud om omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjeneste
- Bjugn kommune har en større andel brukere med stort bistandsbehov sammenlignet med andre kommuner. Når hjemmesituasjonen vurderes som uforsvarlig, kan bruker søke på døgnbemannet omsorgsbolig. Tilbudet på sykehjemmet er korttidsplasser. Pr. dato er det 9 beboere som har langtidsplass der i påvente av heldøgns bemannet omsorgsbolig, da kommunen ikke har nok boliger tilgjengelig.
- Kommunens primærhelsetjenester er samorganisert og lokalisert på Helsesenteret i Dr. Sauers vei.
- Bjugn kommunes omsorgstrapp fremkommer ikke tydelig i beskrivelsene i Kvalitetsmeldingen, men slik WSP oppfatter det kan den formes slik:
- Trinn 1: Forebyggende hjemmebesøk hos eldre med formål å bevare funksjonsevne og helse, og utsette behovet for pleietjenester hjemme og i institusjon
- Trinn 2: Hverdagsmestring. Tverrfaglig team. Hjemmetjenester
- Trinn 3: Døgnbemannet omsorgsbolig. Når hjemmesituasjonen vurderes som uforsvarlig, kan bruker søke på om dette.

Boliger for pleie og omsorg pr. dato:

I Kvalitetsmeldingen foreligger oversikt over boliger tilknyttet helse- og omsorgstjenester. Pr. dato har kommunen 59 plasser/ boliger tilknyttet pleie og omsorgstjenester:

- 43 omsorgsboliger, fordelt slik:
- 15 Omsorgsboliger med heldøgns omsorg for mennesker med hukommelsessvikt
- 28 Omsorgsboliger m/ bemanning, hvorav 7 boliger er avstengt pr. dato
- 16 plasser i institusjon, fordelt slik
- 16 Sykehjemsplasser, korttids rehabilitering, avlastning, lindrende behandling.

3.2 Ørland kommune

Følgende opplysninger er hentet fra «Kommunedelplan helse og velferd 2017-2020».

- Tjenesteområdene innenfor pleie og omsorg har foretatt en dreining fra institusjonsbasert til hjemmebasert tjeneste siden 2012. Dreiningen har ført til færre sykehjemsplasser, bemanningsreduksjon, innsparing på kjøpte tjenester gjennom etablering av eget aktivitetstilbud, utstrakt samhandling i tjenesteområde, heldøgns omsorg som ny boform, ny sykehjemsavdeling, og tildeling av tjenester etter LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå). Det er også etablert et øket fokus på hverdagsmestring.
- Kommunens primærhelsetjenester er samorganisert og lokalisert på Ørland Medisinske Senter. Det er lagt til rette for at ulike fagprofesjoner i større grad kan samhandle, jobbe tverrfaglig og i team for å møte befolkningens behov.
- Ørland kommune har mål om befolkningsvekst på 35 % i perioden 2013-2026.
- Ørland kommunes omsorgstrapp er inndelt i 4 nivå, slik det er beskrevet i arbeidsdokumentet for nye helsebygg:
- Nivå 1: Tjenester i opprinnelig bolig (ulike former for bistand*) • Nivå 2: Tjenester i tilrettelagt bolig (omsorgsbolig, bofellesskap).
- Nivå 3: Tjenester i bolig med heldøgns omsorg (bofellesskap, ulike former for bistand*)

- Nivå 4: Tjenester i institusjon (medisinsk behandling, korttids- og avlastningsopphold, rehabilitering/ habilitering, heldøgns omsorg langtid)
- *) Ulike former for bistand: hjemmesykepleie, praktisk bistand/ miljøarbeid, rehabilitering/ habilitering, aktivitetstilbud, støttekontakt, trygghetsalarm, kjøp av klesvask, matombringning

Boliger for pleie og omsorg pr. dato.

I arbeidsdokumentet «Nytt helsebygg og nye kommunale boliger i Ørland kommune» foreligger en grov oversikt over kommunale boliger pr. 2017. Pr. dato har kommunen totalt 96 plasser/ boliger tilknyttet pleie og omsorgstjenester:

- 64 omsorgsboliger, fordelt slik:
- 23 Omsorgsboliger
- 20 Omsorgsboliger, Trygdepensjonatet
- 8 Omsorgsboliger med heldøgns omsorg, Bolett
- 10 Omsorgsboliger, Trygdeboliger
- 3 avlastning/ korttidsplasser, Trygdepensjonatet.
- 32 plasser i institusjon, fordelt slik
- 20 Sykehjemsplasser langtid
- 12 Sykehjemsplasser korttid

I kommunedelplanen heter det at det skal legges til rette for ulike botilbud som bofellesskap for seniorer med urbanitet og nærhet til handels- og servicefunksjoner.

3.3 Fosen Helse IKS

Følgende opplysninger er hentet fra «Diskusjonsgrunnlag for eierkommunenes gjennomgang av Fosen Helse IKS»:

- Fosen Helse er eid av de 6 kommunene Ørland, Bjugn, Åfjord, Rissa, Leksvik og Roan, som fra 01.01.2020 blir de sammenslåtte kommunene; Ørland, Åfjord og Indre Fosen. Fosen Helse drifter de tjenestene som eierkommunene eller helseforetaket ønsker å yte gjennom selskapet. Dette er tjenester som krever spesialisert kompetanse og som blir for krevende for kommunene å ivareta alene.
- Fosen Helse er også gitt en samfunnsutviklingsrolle som bl.a. handler om å utvikle kompetanse og tilrettelegge for forskning og utvikling knyttet til å sikre en langsiktig og helhetlig strategi for tjenesteutvikling i regionen
- En samlokalisering av ø-hjelp-sengepost, legevakt og ambulansetjenesten bidrar til at helheten blir et prehospitalt akuttmedisinsk senter

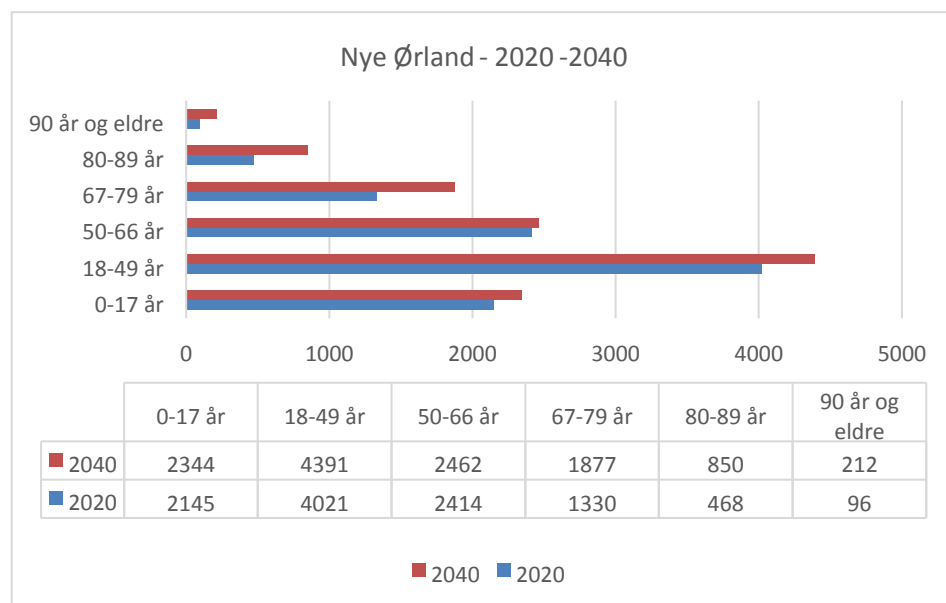
Følgende tjenester ytes av Fosen Helse på Ørland medisinske senter:

- 7 plasser for medisinsk etterbehandling. Driftes av Fosen DMS. Plassene disponeres av helseforetaket
- 3 plasser for øyeblikkelig hjelp. Driftes av Fosen DMS. Plassene disponeres av fastlegene og legevaktslegene
- Fosen legevaktsenter, samlokalisert med sengeposten i Fosen DMS
- Spesialistpoliklinikk (gynekologi, ØNH, audiograf, hudlege, lysterapi, gastroenterologi, barnelege, ortopedi, digital røntgen, kreftbehandling). Driftes av Fosen DMS. Spesialistene tilhøre helseforetaket. Ambulansetjenesten ligger tilknyttet legevakten og DMS.

Fosen Helse har et spesialisert kompetansemiljø, beliggende i ulike kommuner på Fosen. Dette omfatter Rask Psykisk Helse (RPH), interkommunal kommunepsykolog, kreftkoordinator, beredskaps- og følgetjeneste med jordmor, Folkehelse Fosen m/ miljøhygieniker og samfunnsmedisiner, Fosen Helse FOU.

4 Fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester

Nedenfor er nye Ørlands befolkningsmengde framskrevet mot 2040, ved at Bjugn og Ørland kommune er framskrevet hver for seg og så sammenslått etter hovedalternativet (MMMM). Tallene vil være retningsgivende for den fremtidige utviklingen av helse og omsorgstjenestene i nye Ørland kommune, da det er den demografiske utviklingen som isolert sett påvirker behovet for helse og omsorgstjenester mest.



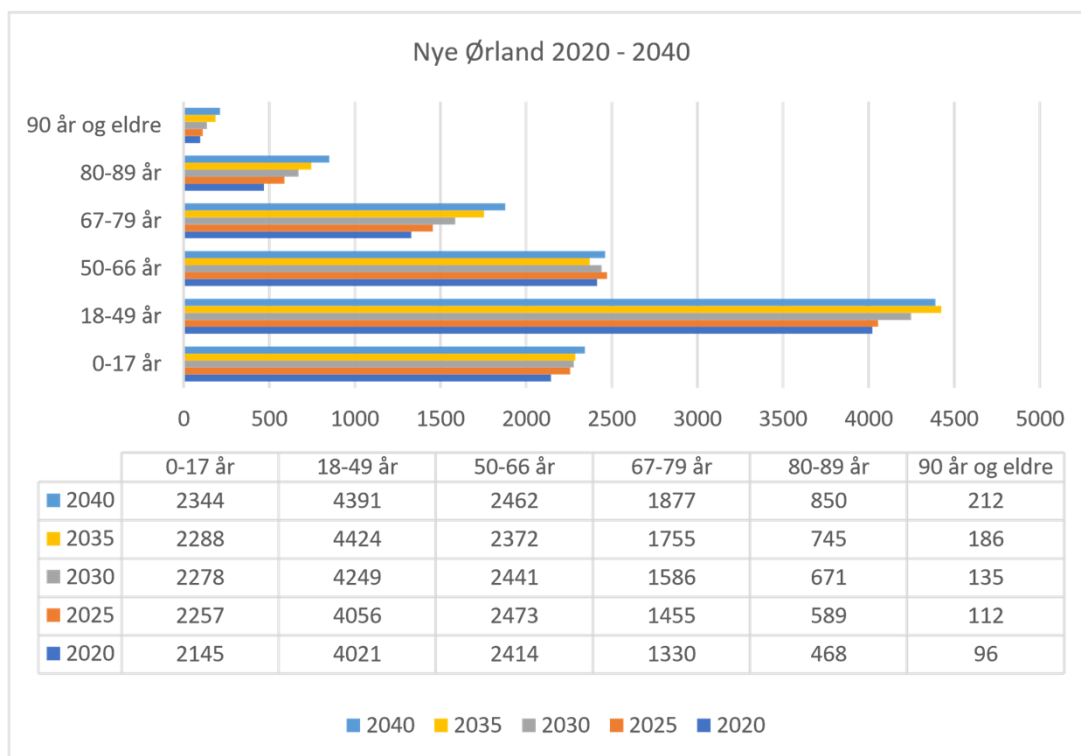
SSB: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter region, alder, statistikkvariabel og år. Hovedalternativet (MMMM)

28.03.2019

Ut fra dette anslås den samlede befolkningsøkningen i nye Ørland å bli 1662 i perioden, hvilket betyr en økning på ca. 16%

Nye Ørland	2020	2025	2030	2035	2040
Økning	10474	10942	11360	11770	12136

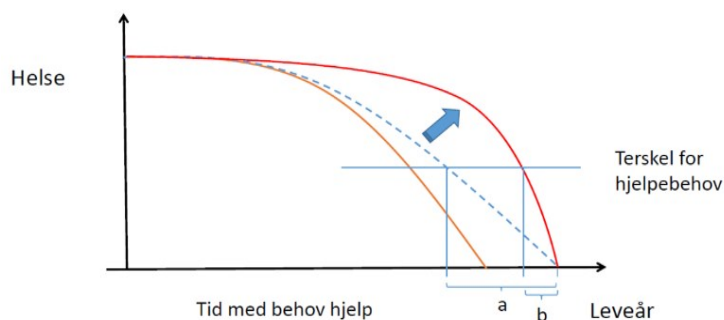
Tabellen nedenfor viser den årlige økningen innenfor de ulike aldersgruppene, der aldersgruppene indikerer de ulike livsfasene. Aldersgruppene fra 80 år og over er de som etterspør helse og omsorgstjenester mest, herunder demente med omfattende helse og omsorgsbehov. Økningen i aldersgruppen under 80 år vil også generere mer behov for helse og omsorgstjenester, herunder personer med nedsatt funksjonsevne, personer med psykisk helse utfordringer og rus. Gruppen 18 til 67 år er de yrkesaktive, og det er fra denne aldersgruppen nye helse og omsorgsarbeidere skal rekrutteres.



SSB: Fremskrevet folkemengde 1. januar, etter region, alder, statistikkvariabel og år. Hovedalternativet (MMMM) 28.03.2019

Aldersgruppene fra 0 til 67 år har en svak økning og aldersgruppen fra 67 år og over har en sterk økning. Den demografiske utviklingen i nye Ørland vil preges av at det blir flere eldre. Spesielt ses en stor økning i aldersgruppen over 80 år - tilnærmet 100%. Aldersgruppene under 80 år vil imidlertid også generere behov for helse og omsorgstjenester. Oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten medfører at kommunen får et økende antall brukere med kompliserte og omfattende behov.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan helsetilstanden utvikler seg, samt når de største behovene for tjenester inntreffer. Levealderen i Norge øker som en følge av medisinsk utvikling og bedre levekårsforhold. Mange har bedre helse lengre, men det viser seg at helsetilstanden nå faller brattere de siste leveårene. Den røde streken i figuren indikerer et lengre liv med bedre helse, men med et bratt fall i helsetilstanden der blå pil står i diagrammet. I tidligere tider reduserte helsetilstanden seg gradvis med økende alder (oransje strek).



Andreas Grimsmo, professor i allmennmedisin, NTNU, En bedre helsetjeneste for kronisk syke.

Selv om de nevnte faktorer medfører flere friske år og et lengre liv for enkelte, vil antallet individer i den eldste aldersgruppen øke kraftig, og dermed vil også kommunenes ytelser overfor denne gruppen øke kraftig. Dette gjelder også for nye Ørland.

For å kunne utarbeide en plan for videre utbygging av helsebygg i nye Ørland kommune vil det være nødvendig å ha utarbeidet en helhetlig tjenesteprofil, som angir hvordan tjenestene skal ytes i den nye kommunen. Tjenesteprofilen bør utarbeides med bakgrunn i en mer grundig statistisk analyse av dagens aktivitet i både de kommunale tjenestene og bruken av spesialisthelsetjenester, samt hvilke utviklingstrekk og endringer i folkehelsen som kan forventes i et perspektiv frem mot 2040.

5 Vurdering av dagens helsebygg i Ørland og Bjugn kommuner

I Ørland kommune er alle helsebyggene lokalisert til Ørland Medisinske Senter i Hildas vei på Brekstad.

I Bjugn kommune er hoveddelen av helsebyggene lokalisert på Helsesenteret, i Dr. Sauers vei i Botngård.

Brekstad



Botngård



5.1 Vurdering av bygningenes tekniske tilstand

WSP har nå utført en tilstandsanalyse av eiendommer som pr. i dag klassifiseres som helsebygg i Ørland og

Bjugn kommuner. Befaring ble foretatt 13. februar 2019. Ole Arnold Sørgård, leder eiendomsavdelingen i

Ørland kommune og Øyvind M. Olsen, driftsleder på Botngård deltok sammen med WSP.

Ved befaringen

ble det ikke foretatt noen form for oppmålinger eller bildedokumentasjon. Tilstandsanalysen gjengir et grovt overordnet bilde av teknisk tilstand. Alle byggene er vurdert i forhold til både innvendig og utvendig tilstand. Graderingen er gjort med bakgrunn i følgende skala:

Tilstandsgrad – TG –	Symptoner	Betydning
0	Ingen symptoner	Funksjonell standard ok Teknisk standard ok Innemiljømessig standard ok
1	Svake symptoner	Funksjonell standard med noen svakheter Teknisk standard med svakheter, men ingen utbedringspålegg Innemiljømessige krav med visse svakheter
2	Middels kraftige symptoner	Funksjonell standard med betydelige svakheter Behov for viktige tekniske utbedringer Innemiljømessige krav med vesentlige svakheter
3	Kraftige symptoner	Betydelig manglende funksjonalitet Betydelige tekniske utbedringspålegg Innemiljømessige krav ikke tilfredsstillende

I dokument «*Overordnet vurdering av dagens helsebygg i Bjugn og Ørland kommuner*», finnes en oversikt over alle byggene og deres tilstandsgrad. Nedenfor oppsummeres kort vurderingen av den innvendige tilstanden.

Vedr byggene tilknyttet Ørland Medisinske senter, Brekstad

- 0 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 0
- 4 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 1 eller 1-2.
Dette gjelder: Sykehjem Gul og Blå, Sykehjem Indigo. BUP. Ambulansestasjon. Legevakt. Sykehjem mellombygg m/kjøkken.
- 7 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 2 Dette gjelder: Trygdeboliger.
Trygdepensjonat. Administrasjonsfløy ØMS. Legesenter • 0 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 3.
- 1 av byggene har fått spesiell anmerkning vedr. konstruksjonsmessige forhold, og ut fra dette gitt en tilstandsgrad på 3

Vedr. byggene tilknyttet Helsesenteret, Botngård

- 0 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 0
- 19 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 1 eller 1-2.
Dette gjelder: 9 omsorgsboliger. 2 omsorgsboliger m/fellesareal. 2 sykehjemsavdelinger. Kantine/ storkjøkken. Legekontor/lager
- 4 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 2 Dette gjelder: 2 omsorgsboliger. 1 omsorgsbolig m/fellesareal. Kontorer/ ergoterapi. Administrasjon.
- 0 bygg er gitt innvendig tilstandsgrad 3
- 4 av byggene har fått spesiell anmerkning vedr konstruksjonsmessige forhold, og ut fra dette gitt en tilstandsgrad på 2 eller 3

5.2 Vurdering av bygningenes egnethet for tjenestene

En bygnings tilstandsgrad sier lite om bygningens egnethet i forhold til formålet, eller om bygningen benyttes til det formål og i tråd med de forutsetninger den var planlagt for. Ved siden av å få et bilde av bygningens tekniske tilstand er det likeså viktig å få frem i hvilken grad bygningen er egnet og hensiktsmessig for det formål den skal brukes til, til hvilke brukergrupper, nå og fremover.

I forbindelse med befaringen vedr tilstandsanalyse 13.februar 2019 ble derfor også helsebyggenes egnethet for tjenesten vurdert. Dagen etter befaringen ble det gjennomført 4 intervjuer med grupper bestående av ledere og fagansvarlige innen helse og omsorg i begge kommunene. WSPs vurdering av egnethet er gjennomført med bakgrunn i følgende grunnlag:

- Husbanken: «Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem», «Veiviser - bolig for velferd», «Veileder for søknadsprosess og bruk av investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger»
- Arbeidstilsynets veiledning: «Arbeidsmiljø i helseinstitusjoner».

En bygnings kvaliteter kan ifølge Husbanken grovt sett deles inn i tre typer:

- Brukskvalitet, som handler om hvordan bygningen er tilrettelagt for ønskede aktiviteter.

- Tekniske kvaliteter, som handler om bygningen som klimaskjerm, selve byggverket, veggens isolasjonsevne og luftkvaliteten som produseres.
- Etiske kvaliteter, som i et bygg er det vi opplever med sansene våre, eksempelvis: er rommene inviterende og har en god atmosfære eller virker de kalde og ekskluderende?

For å få et godt resultat må ambisjoner for alle disse kvalitetene drøftes. Husbankens krav til helse- og omsorgsbygg ansees som gode kvalitetskrav for de som skal bo der og angir viktige prinsipper for en normalisering av tilværelsen.

Både institusjons- og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt i tråd med regjeringens plan for omsorgsfeltet «Omsorg 2020» og «Demensplan 2020». Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og med tilgang til tilpasset uteareal. Videre skal prinsippene om normalisering og integrering være tatt hensyn til ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, og bør bli plassert i ordinære og gode bomiljøer og med tilgang til hverdagslige aktiviteter, det være seg butikker, kulturtilbud og/eller nærhet til aktiviteter som tilsier at det er «liv og røre» nært boligen. Det er vesentlig at stedet der man bor oppleves å være brukerens hjem, og også oppleves slik av de som kommer på besøk. Det er en videre en forutsetning at ulike brukergrupper ikke blir samlokalisert på en uheldig måte.

På bakgrunn av intervjuene med ledere og fagansvarlige og befaringene har WSP gjort en egnethetsvurdering av helsebyggene i Botngård og på Brekstad. Egnethetsvurderingen ble gjennomgått i stormøtet, der deltakerne verifiserte og bekreftet WSP sine konklusjoner om byggenes egnethet.

Graderingen er gjort med bakgrunn i følgende skala:

Symptom	Egnethet for tjenestefunksjonen	Kommentar
Ingen symptomer	0	Godt egnet for tjenesten og dens brukere.
Svake symptomer	1	Stort sett egnet for tjenestens brukere. Noe lang avstand til andre funksjoner som inngår i driften
Middels kraftige symptomer	2	Lite egnet for tjenestens brukere Nødvendig å noen tilpasninger for å tilfredsstille krav Redusert mulighet for å etablere en effektiv drift.
Kraftige symptomer	3	Uegnet for tjenestens brukere Trenger omfattende ombygging for å tilfredsstille krav Svært liten mulighet for å etablere en effektiv drift.

I dokumentet «*Overordnet vurdering av dagens helsebygg i Bjugn og Ørland kommuner*» finnes en oversikt over alle byggene og hvilken gradering de er gitt mht egnethet for tjenestene. Her oppsummeres dette kort:

Vedr. bygninger tilknyttet Ørland Medisinske senter, Brekstad

- 4 bygg er gitt en karakter 0 eller 0-1. Dette gjelder: Trygdeboliger. Trygdepensjonat omsorgsboliger. Sykehjem mellombygg m/kjøkken. Sykehjem Indigo
- 2 bygg er gitt karakter 1. Dette gjelder: Sykehjemsavdelingene Gul og Blå
- 1 bygg er gitt karakter 2 eller 2-3. Dette gjelder: Legesenter og poliklinikker

- 3 bygg er gitt karakter 3. Dette gjelder: Trygdepensjonat og aktivitetsavdeling. Administrasjonsfløy ØMS. Bolett, avdeling Grønn.
- Ambulansestasjon, Legevakt er ikke vurdert, men disse byggene er forholdsvis nye.

Vedr. bygninger tilknyttet Helsesenteret, Botngård

- 13 bygg er gitt en karakter 0 eller 0-1. Dette gjelder: 8 omsorgsboliger. 3 omsorgsboliger HDO. Legekontor. Vaskeri og garderober
- 2 bygg er gitt karakter 1. Dette gjelder: Kantine/ Storkjøkken. 1 omsorgsbolig HDO.
- 3 bygg er gitt karakter 2 eller 2-3. Dette gjelder: 1 omsorgsbolig. Administrasjon. Kontorer/ Ergoterapi.
- 4 bygg er gitt karakter 3. Dette gjelder: 2 omsorgsboliger. Korttid/rehabilitering/ avlastning/lindrende. Barnebolig

Oppsummert synes det å være riktig å si at en del av de bygningene som i dag benyttes for helse- og omsorgstjenestene, både i Botngård og på Brekstad, ikke er egnet for dette formålet i et fremtidsperspektiv.

5.3 Konsekvenser av inngrep i eksisterende bygningsmasse

Bygningsmassen er identifisert i forhold til de primære oppgavene som skjer i byggene. Merknadene til den eksisterende bygningsmassen som kommer fra tjenesten selv er registrert, og supplert med merknader fra bygningsdrift og WSPs rådgivere. Dette gir et bilde av hvorvidt det vil være lønnsomt å gjøre tiltak eller ikke.

Større inngrep i denne kategori bygningsmasse innebærer alltid en risiko for følgekostnader i anlegget. Spesielt hvis forhold som er omfattet av gjeldende byggeforskrifter berøres.

Vurdering av konsekvenser for bygningsmassen er nærmere beskrevet i dokumentet *«Overordnet vurdering av dagens bygningsmasse i Bjugn og Ørland kommuner»*.

For flere av byggene på Brekstad og i Botngård er sannsynligheten for at ombygging, rehabilitering eller påbygg vil være økonomisk uklokt, vurdert til å være stor. Dette gjelder for byggene 8-10, 12 og 14-16 i Botngård og byggene C-D, E-F-G samt K-J på Brekstad.

5.4 Tilleggs kommentarer fra prosjektgruppa

WSPs vurderinger av byggene ble presentert i Stormøtet 7.-8.mars og gjennomgått på nytt i møte med prosjektgruppa 15.mars.

Både driftspersonell og ledere i begge kommunene har gitt uttrykk for at WSPs vurdering av tilstanden er riktig, både når det gjelder de bygningstekniske forhold og byggenes egnethet for tjenesten. De mener at denne gjennomgangen tydelig viser at man i nye Ørland kommune ikke kan fortsette å «klatte» på gamle bygg, eller bygge nytt påkoblet de eksisterende byggene. Det bør imidlertid gjøres en vurdering av om noen av byggene med god tilstandsgrad kan brukes til noe annet enn helse- og omsorgstjenester på senere.

Spesielle kommentarer som er fremkommet:

- Bygg C og D på Brekstad ○ Disse har en dårlig teknisk tilstand. Byggene er ikke godt egnet for noen brukergrupper. Det bør derfor vurderes å plassere begge byggene en rød ring.
- Bygg 8 og 10 i Botngård:
 - Disse er lagt innenfor gul sirkel i WSP sine vurderinger. Men når en ser byggene i sammenheng, knyttet opp mot logistikk, må det vurderes nøye om det på sikt vil være særlig lønnsomt å renovere disse områdene.
- Bygg 18, 20 og 22 i Botngård ○ I bygg 18 og 20 er det flotte boligrom, men byggene er ikke hensiktsmessige med tanke på å oppnå en effektiv drift. Bygg 22 er under renovering, da dette er veldig nedslitt i dag. Gjennomgangstrafikken i disse boligene bidrar også sterkt til at løsningen ikke er god i et fremtidsperspektiv. Selv om det gjøres noen tiltak nå, er ikke boligene «liv laga».
- Boligene for barn og unge i Kamhaugveien 1 er vurdert, men de fremkommer ikke på WSPs bildeutsnitt.
- Aktivitetssentrene på Stranda og i Fjæraveien burde også vært tatt med i denne vurderingen av bygg.

6 Fremtidas helsebygg og deres omgivelser

På stormøtet 7.-8.mars holdt WSP et foredrag om fremtidas helsebygg. Foredraget var basert på føringer som er gitt gjennom ulike overordnede myndighetsdokumenter. Nedenfor gjengis noe av dette grunnlaget i kort trekk.

Målet med Samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte, med økt fokus på forebygging og tidlig innsats. Innbyggerne skal i størst mulig grad få hjelp der de bor, det vil si gjennom tjenester i primærhelsetjenesten, mens de spesialiserte tjenester skal brukes når det ikke er andre alternativer.

Endringer i helsetjenestene krever nye måter å arbeide på. Mer arbeid skal skje i gjennom tverrfaglige innsats og det forutsettes mer samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene. Helsetjenestene skal søke å skape pasientens helsetjeneste, dvs. sikre, trygge og likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uansett hvor man bor.

De demografiske endringene vil i årene fremover preges av at det blir flere eldre, og det vil bli mange flere i aldersgruppen over 80 år. Kommunesektoren generelt har også de siste årene opplevd en sterk vekst i behov for tjenester til aldersgruppen under 67 år; dette er brukere med ulike funksjonshemming, rus- og psykiske lidelser, personer med utviklingshemming og andre. De fleste av disse vil ha behov for tjenester livet ut. Endringen i etterspørsel av helse- og omsorgstjenester skjer samtidig som det blir færre i yrkesaktiv alder. Man vil oppleve en mangel på helsepersonell.

Det er kjent at de aller fleste av oss ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, også de med behov for helse- og omsorgstjenester. Mange sørger for ombygging av egen bolig slik at de kan bo hjemme, men for enkelte kan hjelpebehovet eller økonomien være så utfordrende at dette ikke er mulig. I noen deler av landet oppleves en urbanisering gjennom at flere søker seg inn mot sentrale strøk. Det er derfor viktig å ta nye og fremtidsrettede grep, både når det gjelder utforming av boliger, teknologiske løsninger og boligstruktur. Tett samarbeid med private utbyggere om bygging av boliger hvor man kan bo livet ut, også ved behov for pleie, vil være avgjørende for kommunene.

Fremtidens bygg tilknyttet helse- og omsorg må utformes ut fra hva som er morgendagens behov for de ulike brukergrupper, og brukerne finnes i alle aldersgrupper. Noen trenger et korttidsopphold for rehabilitering og opptrening, noen skal leve et langt liv med bistand fra helse- og omsorgstjenestene og andre trenger et sted et sted med pleie hele døgnet når behovet er blitt så omfattende at det ikke lenger kan skje i hjemmet Dette krever et mangfold av boformer som er moderne utstyrt for effektiv drift og gode bomiljøer for de som skal leve sitt liv der.

I bl.a. stortingsmeldingene Morgensdagens omsorg og Leve hele livet gis det en retning for hvordan kommunene det skal legge til rette for at både omsorgsboliger og institusjoner blir gode steder å leve, ikke bare med tanke på å gi riktige helsetjenester, men også med tanke på et dette skal være et sted man bor, har tilhørighet og føler seg hjemme. Husbanken gir gode veiledninger for mulige valg som kan gjøres.



Bildene er eksempler hentet fra andre kommuner

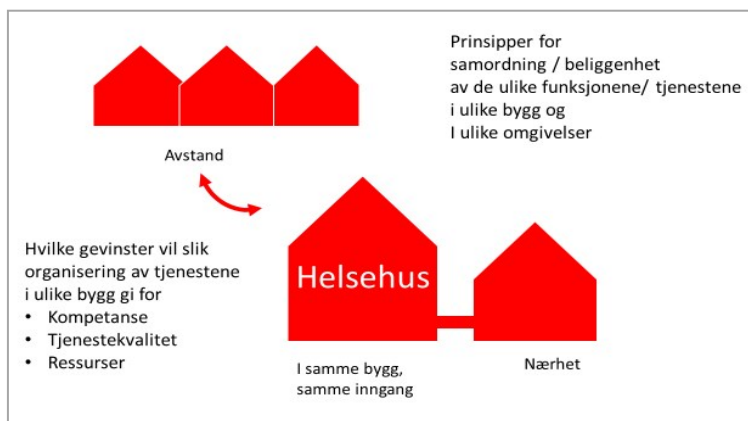
De fysiske omgivelsene danner rammene rundt vårt hverdagsliv. Disse skal i ulik grad innby til god folkehelse gjennom aktiviteter, gi vakre opplevelser og gjøre det mulig å møte andre mennesker. Dette har betydning for opplevelse av livskvalitet. Hyggelig og trygg atmosfære og det å kunne bevege seg utendørs i tilrettelagte omgivelser er viktig for et godt og meningsfullt liv.

Også når helsehus, med en større grad av medisinske tjenester, planlegges skal omgivelsene vurderes med utgangspunkt i de samme tankene, selv om brukerne er der kun i en kortere tid eller i store deler av tiden ikke greier å bevege seg ut på egen hånd. Kravene til beliggenhet og behov for nærhet til andre samfunnsfunksjoner vil imidlertid kunne være noe ulikt for et helsehus og en omsorgsbolig.

7 Alternative forslag for innhold i helsehus og andre helsebygg

I stormøtet som ble gjennomført 7.-8 mars 2019 arbeidet ca. 45 ledere, repr. for ansatte og repr. for brukere/pårørende bl.a. med å utforme prinsipper for samordning/ beliggenhet av de ulike funksjonene/ tjenestene i ulike bygg og i ulike omgivelser.

En oppgave var å angi hvilke funksjoner som skal/kan tilhøre et helsehus, hvilke som bør ligge nært tilknyttet helsehuset og hvilke som like gjerne bør ligge i avstand fra helsehuset. Plassering av bygg på en lokasjon var ikke et tema i oppgaven, da det først og fremst var viktig å få etablert noen prinsipper for plassering av funksjoner i ulike typer bygg.



Gruppene drøftet, tegnet og beskrev forslag til en modell for samhørighet mellom helsehus og andre typer helsebygg. Siden gruppene arbeidet på noe ulik måte, er deres resultater dokumentert gjennom bilder. Disse bildene er samlet i dokumentet «*Gruppenes svar – Helsehus*».

Nedenfor er gruppenes beskrivelse vedr sin modell gjengitt i sin helhet. I tillegg har WSP gitt noen kommentarer til hvordan vi oppfatter hav som er særpreget ved modellen.

Vi har videre forsøkt å systematisere dette ved å sette funksjonene inn i en tabell for dermed bedre kunne sammenligne de ulike modellene. Denne oversikten finnes i dokumentet «*Gruppenes plassering av funksjoner – Helsehus*».

Gruppe	Gruppenes beskrivelse av gevinstene med sin modell (stikkord fra gruppearbeidet)
1	<u>Helsehus</u>: Samle helsetjenester som jobber relativt "likt" i samme hus. Korttidsopphold, ikke bolig. Fysisk nærhet til (Familiens hus og) polikliniske tjenester for utnyttelse av utstyr, ressurser og kompetanse. Effektiv utnyttelse av rom, (eks. møterom, samtalerom, videokonf.rom, venterom/resepsjon, laboratorium. Lokalisering av helsehuset: lett tilgjengelig v/hovedvei og gode parkeringsmuligheter. Samlokalisering av ambulanse, legevakt og DMS viktig for å utnytte utstyr, ressurser, faglig utveksling. <u>Familiens hus</u>: Relativt like tjenester til barn og familie. Samler de tjenestene som jobber med samme brukere. PPT + barnevern; det er fornuftig å samle disse under samme tak. Gunstig med fysisk nærhet til helsehuset, men ikke nødvendig. Fordel med nærhet er felles treffpunkt vil kunne gi lavere terskel for samarbeid/kontakt. <u>Livsgledehjem</u>: For demente. Lokalisering sentralt (for liv og røre), park/natur, nært skole/ barnehage. Fysisk nærhet til Frivillighetssentral/ folkehelsekoordinator/ flyktningehelsetjenesten/ aktivitetssenter. Mange gode krefter kan samles og bidra til gode tjenester for/ sammen med de demente. Fysisk nærhet til bofellesskap (gangavstand). Disse beboerne kan bidra i kantinedrift/ hjelpe til/ delta på Aktivitetssenteret. <u>Barnebolig</u>: Både avlastning og fastboende. Lokalisering i boligfelt, flotte uteområder som innbyr til lek og fysisk aktivitet. Ikke avhengig av fysisk nærhet til andre tjenester. <u>Rådhus/ Administrasjon</u>: Koordinering av tjenestetilbud. Tjenestekontor/ forvaltning <u>Trivselshus</u>: Ressurstjenesten (rus og psykisk helse) kan også bidra med ressurser til Aktivitetssenteret. WSPs kommentar: Gruppen har plassert funksjonene i ulike "hus" og beskrevet hvilke "hus" som må ha nærhet til hverandre. Her ligger også forslag om "hus" som bør ha nærhet, men som samtidig kan ha avstand til helsehuset. Det er uklart om gruppen har tenkt at poliklinikkene skal være en del av helsehuset, eller være et anneks til dette.

Gruppe	Gruppens beskrivelse av gevinstene med sin modell (stikkord fra gruppearbeidet)
2	• Samme bygg. • Nærhet til sentrum, lett tilgjengelighet for brukere/ beboere. Nærhet til alle fasiliteter. • Kompetanseutveksling. Tverrfaglig jobbing. • Samhandling i de tjenester som er naturlig. • Korte avstander. • En felles inngang m/informasjon. • Felles møteplass på tvers av generasjoner. WSPs kommentar: Gruppen ser for seg at alle typer tjenester legges sentralt og mest mulig nært hverandre i parklignende omgivelser. Unntaket her er adm. tjenester tilknyttet folkehelse samt tjenestetilbud tilknyttet rus/psyk og barneboliger; det er vurdert slik at alle disse funksjonene skal ligge et annet sted. Familiens hus skal ligge i samme område som Helsehuset, men trenger ikke å være fysisk tilknyttet helsehuset. Legevakt og ambulanse skal ligge tilknyttet helsehuset, som er anneks. Gruppen foreslår at alle botilbud med heldøgns omsorg skal ligge i Helsehuset. For både brukere og ansatte skal det være praktisk med gode parkeringsmuligheter, samt enkel tilkomst med kollektivtilbud. Nærhet til kulturhus/ en sentral plassering vil bidra til nødvendig liv og røre. Løsningen krever arealer for flere store bygningskropper og et stort parkanlegg. Gruppen har også vurdert hvordan helsehuset kan inndeles i ulike områder /etasjer for å få effektiv drift og samarbeid. Funksjoner som bør samarbeide skal ligge tett for å kunne hente ut gevinster av at de ligger nært. Langtidsplasser er lagt til øverste etasje, mens dagtilbud er lagt til første plan.
3	<u>Helsehus:</u> Samlokalisering av akuttmedisinske tjenester. Dette for å bruke kompetanse på tvers av enhetene. F.eks. kan sykepleiere ved DMS sengepost bistå ved poliklinikk. Akuttmedisinsk utstyr brukes av flere enheter. Legekontor og legevakt i samme lokaler. Fleksibilitet. Felles kurs. Større fagmiljø. Bedre samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. <u>Familiens hus:</u> Trenger ikke å ligge helt i nærheten av Helsehuset. En dør inn - lavterskel. Kafe - sosial møteplass. <u>Institusjonsboliger</u> (omsorgsboliger + boliger for demente): Omsorgsboliger organiseres sentrumsnært pga nærhet til det som skjer (kulturelt, handel osv). Boliger for demente må ha mulighet for et roligere område pga skjerming. Barnebolig - skjermet fra resten WSPs kommentar: På samme måte som gruppe 1 har denne gruppen plassert funksjonene i ulike "hus" og beskrevet hvilke "hus" som må ha nærhet til hverandre. Her foreligger forslag om "hus" som bør ha tørrskodd nærhet, og dele hovedinngang: dette er boliger for langtidsopphold. Her samles også dagaktivitetssenter. Familiens hus er foreslått som en fysisk samling av tjenester. Det skal ikke være fysisk knyttet til Helsehuset, men ha en sentrumsnær beliggenhet. Omsorgsboliger m/u heldøgns bemanning har ikke behov for nærhet til helsehuset, men det er viktig hvilke omgivelser de ligger i.
4	Ressursutnyttelse (økonomisk-kompetanse og effektivitet). Nærhet til tjenester. Utnytte faglig kompetanse i samordnet spesialisthelsetjeneste. Generasjoner møtes ulike behov. Boenheter samlet samtidig som det er nærhet til spesialisthelsetjenesten. WSPs kommentar: Gruppen ser for seg et bygg med <i>en</i> inngang. De ser for seg å samle funksjonene til spesialistpoliklinikken i nær tilknytning til Helsehuset. Helsehuset skal inneholde korttidsplasser, etterbehandling, lindrende behandling med mer. Gruppen har satt avstand til fysio, ergo, rehabilitering og opptrening. Det samme gjelder for helsestasjonsvirksomheten. Boliger og bofellesskap (med oppfølgingstjenesten) kan i denne modellen legges med avstand til Helsehuset.
Gruppe	Gruppens beskrivelse av gevinstene med sin modell (stikkord fra gruppearbeidet)
5	<i>En</i> dør inn til helse og omsorgstjenestene, sømløst mellom 1 og 2. linjetjenesten. Eget responscenter med legevakt, mottak av alarmer, overvåking, velferdsteknologi og medisinsk avstandsoppfølging. God lokalkunnskap gir gode tjenester. Etablere et robust fagmiljø ved å samle flere under samme tak, gir økt kompetanse. Tverrfaglig, kvalitet på tjeneste, attraktiv arbeidsplass. Stor og fin kafe som er hjertet i Helsehuset, gir sosialt treffpunkt. Aktivitetssenter. Et møtepunkt på tvers av generasjoner og kulturer. Samarbeid helse, oppvekst, frivillighet. Effektive og helhetlige tjenester ved å etablere god infrastruktur og andre enheter/boliger.

	WSPs kommentar: Gruppen søker å samle de distriktsmedisinske tjenestene i en enhet og de kommunale oppgaver/senger i et Helsehus i egen enhet nær DMS, tjenester til barn og unge i avstand fra helsehuset, det samme med bofellesskap for alle grupper. Lavterskel, LMS, dag- og frivillighet, trening og aktiviteter i en enhet med avstand fra Helsehuset.
6	Familiens Hus: Base for et fagmiljø, samling i forhold til kompetanse for familier. Akuttmedisin/spesialisthelsetjenester: sambruk av kompetanse og personell, samt lokaliteter, bedre samhandling og samarbeid mellom fastleger. Ser fordelene av en samlokalisering i forhold til ambulansetjenesten men vil påpeke at det geografiske aspektet (responstid) skal spille inn mht lokalisering. Opptreningslab/ kurscenter (ferdighetslab) legges til et pulserende fagmiljø. Samfunnsøkonomisk og brukervennlig plassering. Nærhet: Barneboliger skal ligge i nærhet til skoler (grunnskole) og gjerne i nærhet til dagaktiviteter. Trenger ikke samhandling med andre bygg. Avstand: Legekontor i begge grender på grunn av brukernærhet til denne tjenesten. Viktig at kompetansen spisses på alle felt. WSPs kommentar: Gruppen har plassert lindrende og palliativ behandling, korttidsplasser og dagaktivitet med litt avstand fra Helsehuset. Institusjonsboliger og omsorgsboliger med heldøgns bemanning samles i et eget hus, i avstand fra Helsehuset. Samme hus skal det være et legesenter, dagaktivitetssenter og base for hjemmetjenester. Innenfor Helsehuset skal alle andre helsetjenester plasseres, men samles i ulike enheter. Og så tjenester til barn og unge, og personer med rus og psykiske lidelser.
7	Helsehuset «Utsikten». <u>1. etg.</u> Stor hovedinngang hvor man møtes av helsevert. Høyre fløy: legevakt, ambulanse, legekontor, spesialistpoliklinikker, samarbeid/ressursbruk. Venstre fløy: service, kjøkken, kafe, hjemmesykepleien, dag og aktivitetssenter, apotek. Enkel adkomst for de som xxx og er brukere av flere tjenester. <u>2. etg.</u> Høyre fløy FDMS, Venstre fløy; korttidsavdeling/rehab/utredning. Gir kompetanse, nærhet og ressurser. <u>3.etg.</u> Kontorfløy, undervisning. Gir nærhet til tjenestene, hverandre, logistikk. WSPs kommentar: Gruppen har vært opptatt av å vurdere hvordan tjenestene må være plassert innenfor helsehuset, for gjennom dette å oppnå gevinster. Imidlertid har ikke gruppen angitt hvilke gevinster som oppnås. Det kan se ut som om at denne gruppen har foreslått et Familiens hus, en enhet for tjenester til personer med rus og psykiske utfordringer, boliger for seg med avstand til Helsehuset, og omsorgsboliger med enda større avstand. De kommunale helsetjenestene er samlet i Helsehuset, sammen med forebygging, mestring, rehabilitering og ulike korttidsplasser.

8 Helsehusets innhold – en foreløpig oppsummering

Arbeidsgruppenes resultater ble etter dette gjennomgått i møte med prosjektgruppa 15.mars. Prosjektgruppa utarbeidet et foreløpig forslag til en grunnalternativ for innhold i Helsehuset. Grunnalternativet bygger på følgende hovedprinsipp:

Helsehuset er et sted hvor man mottar behandling, og alle medisinske tjenester skal samles her. Det er ingen som bor i helsehuset, og omsorgsboliger skal ligge i avstand fra helsehuset.

Diskusjonene i prosjektgruppa ble ikke uttømmende, og grunnalternativet må derfor gås grundig gjennom i neste fase. Med utgangspunkt i dette kan det settes opp alternative modeller for hva som skal ligge nært helsehuset samt definere hva som menes med avstand for ulike funksjoner.

Det er nødvendig å drøfte nærmere hvilke tjenester som skal være tilknyttet helsehuset også inngår i tjenestene tilknyttet «familiens hus». Noen av gruppene tenker at familiens hus bør være et fysisk bygg med en samling av tjenester, mens andre tenker at familiens hus mer er

et samlebegrep som sier noe om hvilke tjenester som må samarbeide godt mot målgruppene. En del av den kompetansen som funksjonene i helsehuset trenger vil det også være behov for tilknyttet tjenestene i familiens hus og vice versa. Det blir da mer et spørsmål om hvor akkurat denne kompetansens primære tilhørighet bør være.

Gruppene har også noen ulike svar i forhold til om institusjonsboliger skal ligge i avstand fra, ligge nært tilknyttet eller være en del av helsehuset. Dette må også tas opp til en generell drøfting.

	<i>Funksjoner</i>	<i>Møte 15/3</i>	<i>Kommentarer</i>
1	Institusjon langtid	Avstand	
2	Omsorgsbolig heldøgns bemanning	Avstand	
3	Observasjonsplasser	Innenfor	
4	Korttidsplass avlastning	Innenfor	
5	Lindrende behandling	Innenfor	
6	Lærings- og mestringssenter	Nært/Avstand	
7	Dialyse dagbehandling	Innenfor	
8	Ortopedi poliklinikk	Innenfor	
9	Audiometri	Innenfor	
10	Røntgen	Innenfor	
11	Gynekologi	Innenfor	
12	Psykologtjenester	Nært/Avstand	
13	Responssenter		Utreides nærmere
14	Hjelpemiddelsentral	Innenfor	
15	Legevaktjenester	Innenfor	
16	Opptreningssenter	Innenfor	
17	Ambulansetjenester	Innenfor	
18	Legesenter	Innenfor	
19	Fysioterapitjenester	Innenfor	
20	Ambulerende team		Utreides nærmere
21	Hverdagsmestringsteam	Innenfor	
22	Dagopphold demente	Avstand	
23	Dagopphold lindrende behandling	Innenfor	
24	Tjenestekontor/ Forvaltning	Nært/Avstand	
25	Bofellesskap	Avstand	
26	Palliative tjenester	Innenfor	
27	Spesialisert sykepleie	Innenfor	
28	Døgnplass psykiatri/ rus	Innenfor	
29	Kurssenter	Innenfor	

	<i>Funksjoner</i>	<i>Møte 15/3</i>	<i>Kommentarer</i>
30	Base hjemmesykepleie	Nært/Avstand	
31	Folkehelsekoordinator	Nært/Avstand	
41	Miljørettet helsevern	Nært/Avstand	
32	Kommuneoverlege	Nært/Avstand	
34	Radiologi	Innenfor	
33	Frisklivsentral	Avstand	
34	Laboratorievirksomhet	Innenfor	
35	Koordinering av tjenestetilbud	Nært/Avstand	
36	Øyeblikkelig hjelp tjenester	Innenfor	
37	Fotbehandling diabetes	Innenfor	
38	Etterbehandling (intermediær)	Innenfor	
39	Rehabilitering dagtilbud	Innenfor	
40	Flyktningehelsetjenester	Avstand	
41	Korttidsopphold utredning	Innenfor	
42	Ergoterapitjenester	Innenfor	
43	Overvåking velferdsteknologi		Utredes nærmere
44	Dagaktivitetssenter	Avstand	
45	Aktivitetssenter demente	Avstand	
46	Kjøkkentjenester		Utredes nærmere
47	Kafe	Innenfor	
48	LAR	Nært/Avstand	
49	Apotektjenester		Privat
50	Tjenesteutvikling	Nært/Avstand	
51	Smart-bo (velferdsteknologi)	Avstand	
52	Omsorgsboliger u/ fast bemanning	Avstand	
53	DPS		Dette er lagt ned
54	Oppfølgingstjenester	Avstand	
55	Barneboliger	Avstand	
56	Helsestasjon	Nært/Avstand	
57	Helsestasjon for ungdom	Nært/Avstand	
58	Familiens Hus	Nært/Avstand	
59	Skolehelsetjenester	Nært/Avstand	
60	Forsvarets medisinske senter		Hos Forsvaret selv
61	Vaskeritjenester		Utredes nærmere

I prosjektgruppas møte ble det ikke tid til en god nok drøfting av hvilke gevinster som kan bli hentet ut ved nettopp dette grunnalternativet. Gevinster handler om både utnyttelse av kompetanse og teknologi samt personalmessig effektiv drift. Gevinster med et nytt helsehus

vil uansett være en gjennomgående drøfting i forbindelse med videre arbeidet med å definere tjenesteinnholdet i helsehuset, samt helsehusets samhandling med øvrige tjenesteområder og det som skjer i andre helsebygg.

9 Videre arbeid

Følgende tema må arbeides med før det neste stormøtet gjennomføres:

- Avklare spesialisthelsetjenestenes rolle og behov i et nytt helsehus. Dette skjer ved å møte St. Olavs Hospital samhandlingsledelse og ledelse for prehospitale tjenester/ambulansetjenestene i Helse Midt. Også Forsvarets rolle og eventuelle behov i forhold til nytt helsehus må avklares gjennom et møte.
- Bearbeide alternativene for innhold i Helsehuset: Plassering av helsehus i forhold til andre typer helsebygg og gevinstene ved alternative løsninger. Dette gjøres sammen med prosjektgruppa og styringsgruppa.
- Kartlegge dagens bruk av velferdsteknologi, vurdere hvilke fremtidige teknologiløsninger som best vil kunne understøtte tjenestene, og vurdere hvordan dette vil innvirke på planen for utbygging av nye helsebygg. Dette gjøres sammen med prosjektgruppa, eventuelt en egen arbeidsgruppe.
- Vurdere hvilken type omgivelser ulike typer helsebygg trenger og som gagnar brukerne av tjenestene. Gjøres sammen med prosjektgruppa, eventuelt en egen arbeidsgruppe.
- Utarbeide oversikt over areal som er regulert til offentlige formål. Dette gjøres sammen med 1 repr. fra hver av kommunens eiendomsavdeling.
- Analysere dagens aktivitet i både de kommunale tjenestene og bruken av spesialisthelsetjenester, samt hvilke utviklingstrekk og endringer i folkehelse som kan forventes i et perspektiv frem mot 2040. Dette gjøres ved å bestille en rapport fra SINTEF, som er underleverandør til WSP.

10 Vedlegg

- «Overordnet vurdering av dagens bygningsmasse i Bjugn og Ørland kommuner»
- «Gruppenes resultater – Helsehus»
- «Gruppenes plassering av funksjoner – Helsehus»