

# Rapport

## Konseptrapport for Helsehus i Rauma kommune

**Forfatter(e)**

Marte Lauvsnes

Rita Konstante, Milda Lunde Stene, Thorleif Eriksen, Karin Høyland, Jarl Reitan





**SINTEF Teknologi og samfunn**

Postadresse:

Postboks 4760 Sluppen  
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000

Telefaks: 93070800

ts@sintef.no

www.sintef.no

Foretaksregister:

NO 948 007 029 MVA

# Rapport

## Konseptrapport for Helsehus i Rauma kommune

**EMNEORD:**  
Sykehjem  
Helsehus  
Dimensjonering  
Omstilling

**VERSJON**  
V 1.0

**DATO**  
2014-11-15

**FORFATTER(E)**  
Marte Lauvsnes  
Rita Konstante, Milda Lunde Stene, Thorleif Eriksen, Karin Høyland, Jarl Reitan

**OPPDRAGSGIVER(E)**  
Rauma kommune

**OPPDRAGSGIVERS REF.**  
Oddbjørn Vassli

**PROSJEKTNR**  
102008333

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**  
55 + 4

### SAMMENDRAG

Rauma kommune har satt i gang en konseptstudie for ny sjukeheim lokalisert på Stokkekaia i Åndalsnes. SINTEF har bistått i arbeidet med dimensjoneringsgrunnlag, funksjonsprogram, utredning om alternative gjennomføringsmodeller og beregning av kostnader for nybygg. I utredningen har kommunen hatt en egen prosjektgruppe og det har vært to workshops med ansatte, ledere og brukere innenfor helse- og omsorgstjenester i Rauma.

Utvikling i befolkningssammensetningen med flere eldre og relativt sett færre unge, endringer i oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, bruk av ny teknologi og forventninger i befolkningen er drivere som påvirker tjenestetilbudet og organisering av dette. Rauma kommune har som mål å øke tilbud som kan føre til at flere har mulighet til å bo lenger i eget hjem. Tiltak for å få dette til er satsing på tilrettelagte omsorgsboliger, bruk av velferdsteknologi, dagaktivitetstilbud og frisklivsenter. Ved å samlokalisere disse med sykehjemsfunksjonen kan man oppnå synergier mellom enhetene og utnytte felles ressurser til beste for befolkningen i kommunen. Prosjektet har derfor i løpet av planprosessen gått fra å være et sykehjemprosjekt til å bli et helsehusprosjekt. I helsehuset vil det være både forebyggende og helsefremmende aktiviteter, korttidsopphold for avlastning, behandling og rehabilitering og langtidsplasser for brukere som er i slutfasen av livet. Oppsummeringen i kapittel 19 beskriver innhold i og kostnader for helsehuset.

**UTARBEIDET AV**  
Marte Lauvsnes, forskningsleder

**KONTROLLERT AV**  
Asmund Myrbostad, seniorrådgiver

**GODKJENT AV**  
Randi Reinertsen, forskningssjef

**RAPPORTNR** SINTEF A25545  
**ISBN** 9788214057881

**GRADERING**  
Åpen

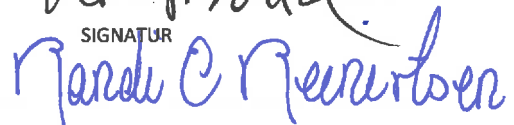
SIGNATUR



SIGNATUR



SIGNATUR



**GRADERING DENNE SIDE**  
Åpen



## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Definisjoner og begrepsavklaringer</b> .....	<b>10</b>
2.1	Fra sykehjem til helsehus .....	10
2.2	Andre begreper brukt i konseptrapporten.....	10
<b>3</b>	<b>Oppbygging av konseptrapporten</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Målsetting</b> .....	<b>11</b>
4.1	Samfunns mål.....	11
4.2	Effekt mål .....	11
4.3	Resultatmål for prosjektet .....	12
<b>5</b>	<b>Planprosessen og organisering av arbeidet med konseptstudien</b> .....	<b>13</b>
5.1	Planprosess.....	13
5.2	Organisering av arbeidet med konseptstudien.....	13
5.3	Plan for gjennomføring av konseptstudien.....	15
<b>6</b>	<b>Metode</b> .....	<b>16</b>
6.1	Fremskrivingsmetode for aktivitet og kapasitetsbehov.....	16
6.2	Arbeidsmåte i konseptstudien .....	18
6.3	Viktige rapporter og dokumenter .....	21
<b>7</b>	<b>Fremtidens helsehus</b> .....	<b>22</b>
7.1	Velferdsteknologi .....	22
7.2	Design av omgivelser for ulike brukergrupper .....	23
7.3	Bokvaliteter i helsehuset.....	23
7.4	Generalitet, fleksibilitet og elastisitet .....	24
<b>8</b>	<b>Dimensjoneringsgrunnlaget</b> .....	<b>25</b>
8.1	Dagens aktivitet og kapasitet .....	25
8.2	Drivere for endringer av fremtidige helse- og omsorgstjenester .....	26
8.3	Fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.....	28
<b>9</b>	<b>Utredning og valg av virksomhetsmessige alternativer</b> .....	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>Funksjonsprogram for Helsehuset byggetrinn 1; virksomhetsbeskrivelser, arealbehov, funksjonelle krav og nærhetsbehov</b> .....	<b>31</b>
10.1	Døgnplasser .....	31
10.2	Base for hjemmetjenester.....	33

10.3	Dagaktivitetsplasser og frisklivsentral.....	33
10.4	Legevakt og dagbehandlingsplasser.....	33
10.5	Logistikk og forsyning, person- og vareflyt.....	34
10.5.1	Resepsjon, hovedatkomst.....	34
10.5.2	Tøyhåndtering og garderober.....	34
10.5.3	Avfallshåndtering.....	34
10.5.4	Vareforsyning.....	34
10.5.5	Renhold.....	34
10.5.6	Kjøkken, kafe/kantine.....	34
10.5.7	Garasjer og lager for hjelpemidler.....	35
10.6	Uteområder.....	35
10.7	Nærhetsbehov.....	36
<b>11</b>	<b>Funksjonsprogram for Helsehuset byggetrinn 2; virksomhetsbeskrivelser, arealbehov, funksjonelle krav og nærhetsbehov.....</b>	<b>37</b>
11.1	Omsorgsboliger og døgnplasser.....	37
11.2	Legevakt og helsestasjon/jordmortjenester.....	37
11.3	Romprogram og sammenstilt arealbehov.....	38
<b>12</b>	<b>Framtidig organisering av fremtidige helse- og omsorgstjenester i Rauma kommune.....</b>	<b>39</b>
<b>13</b>	<b>Driftsøkonomi.....</b>	<b>39</b>
13.1	Driftsøkonomiske analyser.....	39
<b>14</b>	<b>Kostnadsoverslag, investeringer.....</b>	<b>40</b>
14.1	Årskostnader.....	42
<b>15</b>	<b>Finansiering.....</b>	<b>42</b>
<b>16</b>	<b>Modell for realisering.....</b>	<b>44</b>
16.1	Modellevaluering.....	44
16.2	Gjennomføringsmodell.....	45
16.3	Kontraheringsmodell.....	46
<b>17</b>	<b>Tjeneste- og organisasjonsutvikling.....</b>	<b>47</b>
17.1	Utviklingsområder.....	48
17.2	Organisasjonsutviklingsprosjekt.....	49
17.3	Endringsledelse.....	49
17.4	Utvikling knyttet til velferdsteknologi.....	50
<b>18</b>	<b>Videre fremdrift.....</b>	<b>51</b>
18.1	Overordnede mål og føringer for forprosjektfasen.....	51
18.2	Organisasjonsplan.....	52

18.3	Fremdriftsplan for forprosjektet .....	52
18.4	Finansiering forprosjektfasen.....	54
18.5	Mandat (rammer) for gjennomføring av forprosjektet.....	54
<b>19</b>	<b>Oppsummering.....</b>	<b>54</b>

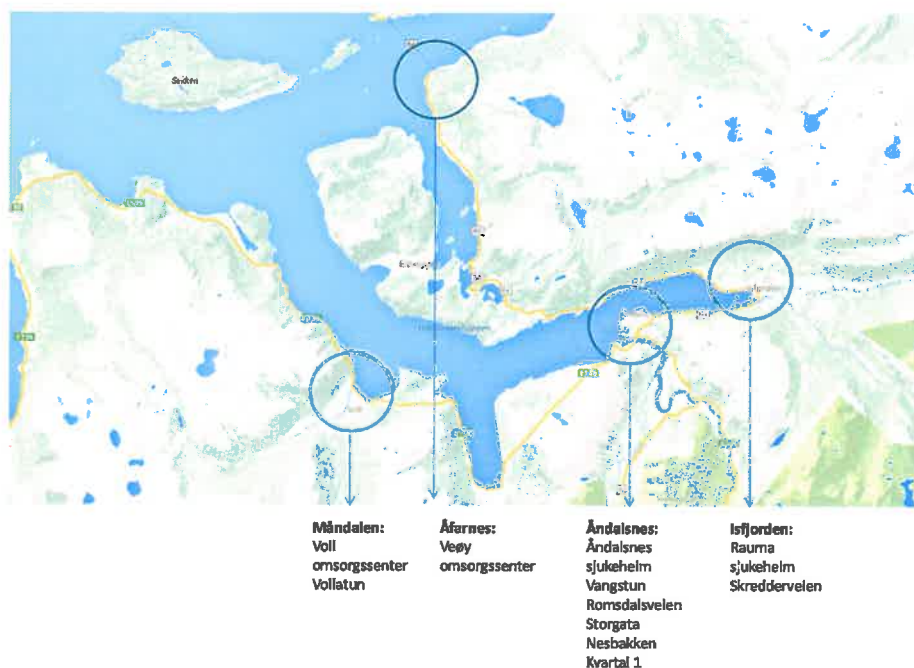
## 1 Bakgrunn

Kommunestyret i Rauma kommune vedtok i desember 2013 et betydelig omstillingsprogram for helse- og omsorg hvor det viktigste grepet var «Omstilling innad i helse og omsorg til mer hjemmebaserte helse og omsorgstjenester og overgang til bare kommunedekkende organisering av tjenestene».

I 2013 ble det utarbeidet et notat for omstilling i helse og omsorg i Rauma kommune. I rapportens konklusjon heter det bl.a.

*Det er bred enighet om behov for tjenestoomstilling, men ulike syn når det kommer til hvilke grep som skal tas for å nå målet. Det er i hovedsak en felles forståelse for å redusere antall institusjonsplasser i økonomiplanperioden, samt å styrke hjemmebaserte tjenester gjennom samorganisering med økt fokus på økt samhandling mellom ulike fagområder.*

Rauma kommune har i dag to sykehjem, Rauma sjukeheim lokalisert i Isfjorden og Åndalsnes sjukeheim lokalisert på Åndalsnes. I tillegg ligger har kommunen et omsorgssenter i Måndalen, Voll omsorgssenter Dette skal avvikles som institusjon og bygges om til boliger når den nye sjukeheimen står ferdig. Veøy omsorgssenter på Åfarnes ble avviklet som institusjon tidligere i 2014.



**Figur 1** Oversikt over de ulike tilbudenes lokalisering

Totalt har Rauma kommune i dag et tilbud på 90 plasser for langtids- og korttidsopphold i sykehjem, 76 omsorgsboliger og 70 seniorboliger.



**Tabell 1 Oversikt over antall kapasiteter i sykehjem og omsorgsboliger i Rauma kommune, 2014**

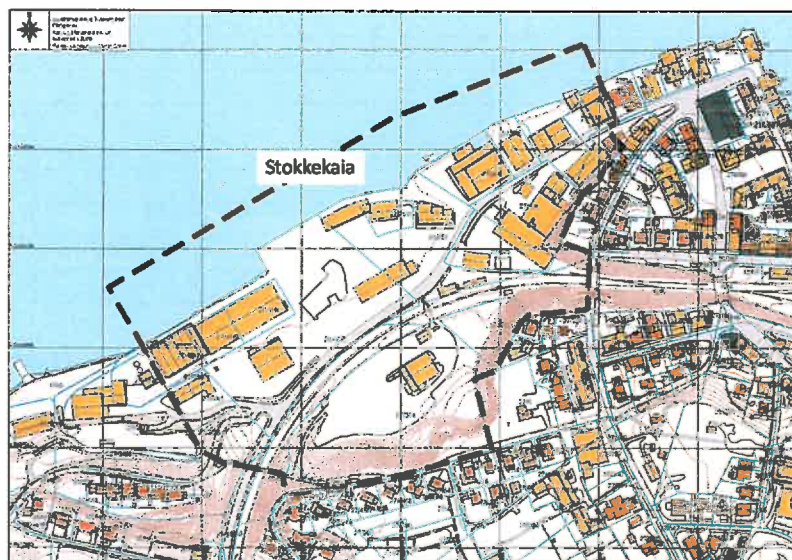
<i>Antall plasser totalt</i>	<b>2014</b>
Langtidsplasser i sykehjem	74
Behandlings- og avlastningsplasser, dag og korttid	16
Omsorgsboliger med heldøgns bemanning	27
Omsorgsboliger uten fast bemanning	49
<b>Sum kommunale plasser</b>	<b>166</b>
Seniorboliger i privat eie	70
<b>Totalt</b>	<b>236</b>

**Tabell 2 Oversikt over omsorgsboliger og lokalisering av disse i Rauma kommune, 2014**

<i>Omsorgsboliger</i>	<i>Eier</i>	<i>Med fast bemanning</i>	<i>Uten fast bemanning</i>	<i>Dagens målgrupper</i>
Vollatun	RK Boligstiftelse	3		Utv.hemmede
Romsdalsveien	«	5		«
Storgata	«	4		«
Nesbakken	«	5		«
Snarvn. Åndalsnes sjukeheim	Rauma kommune	10		Blanding
Vollatun	RK Boligstiftelse		7	«
Vangstun (trygdeboligene)	Rauma kommune		10	«
Vangstun (omsorgsboligene)	RK Boligstiftelse		8	«
Vangstun (psykiatri)	Rauma kommune		5	Psykiatri
Skredderveien Isfjorden	RK Boligstiftelse		10	Blanding
Kvartal 1	Rauma kommune		9	«
<b>Sum</b>		<b>27</b>	<b>49</b>	

Omstillingsprogrammet innebærer endringer av flere forhold, og flere av disse må ses i sammenheng. En stor endring er bygging av ny sjukeheim i kommunen. Kommunestyret vedtok 17.juni 2014 at det skal oppstartes et arbeid med gjennomføring av en konseptstudie for byggingen av den nye sjukeheimen. Konseptstudien skulle gjennomføres for å få en helhetlig og langsiktig avklaring av rammer og løsninger for sjukeheimen som arbeidsplass, tjenesteyting og bygg.

Sjukeheimen ønskes lokalisert til området Stokkekaia i Åndalsnes sentrum og reguleringsarbeidet er satt i gang.



**Figur 2 Oversikt over reguleringsplanområdet**

Rammene for arbeidet er at den nye sjukeheimen i første omgang skal ha 90 plasser med muligheter for utvidelse med ytterligere 30 plasser på et senere tidspunkt. Sjukeheimen er planlagt tatt i bruk ved årsskiftet 2016/2017. En viktig økonomisk premisse fra kommunens side er at en ny sjukeheim ikke skal øke andelen av helse- og omsorgskostnadene som går til institusjonsdrift. Økt ressursinnsats fremover skal skje innenfor de hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene

Konseptstudien er kommunens ansvar og prosess. For å bistå kommunen i dette arbeidet ble SINTEF valgt til å lede prosjektet og utredningsprosessene, samt bistå med ulike spesialkompetanse innenfor sykehjemsdrift, velferdsteknologi og byggprogrammering.

I bestillingen var det listet opp flere foreløpige spørsmål og problemstillinger. I overensstemmelse med oppdragsgiver er det fokusert på de problemstillingene som kommunens representanter selv gjennom arbeidet har hatt fokus på.

I rapporten fra konseptstudien legger SINTEF frem sine selvstendige anbefalinger basert på behov og tanker i Rauma kommune, retningslinjer fra offentlig myndighetsnivå, aktuell og relevant forskning og erfaringer fra andre. Konseptutredningen overleveres rådmannen og skal inngå i beslutningsgrunnlaget for å gå videre til forprosjektfase.

## 2 Definisjoner og begrepsavklaringer

### 2.1 Fra sykehjem til helsehus

I konkurransegrunnlaget for «Prosjektbistand – konseptstudie for ny sjukeheim» er utgangspunktet at Rauma kommune arbeider med omstilling av helse- og omsorgstjenestene og at dagens to sykehjem foreslås samlokalisert. Tidligfaseplanlegging for et nytt byggeprosjekt gir en mulighet til å se helhetlig på helse- og omsorgstjenestene, og det stilles i konkurransegrunnlaget spørsmål om hvilke behov og tjenester som skal inn i bygget, hva som kjennetegner disse tjenestene og hvilke krav de stiller til bygget.

I en prosess med møter med prosjektgruppa og to workshops med ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene har man kommet fram til at en samlokalisering av tjenester for hjemmeboende med institusjonstjenestene, vil gi fokus på folkehelse og bidra til at flere kan bo i eget hjem lengre, samt gi bedre utnyttelse av ressursene. Når dagaktivitetsplasser, frisklivsentral og hjemmetjenester legges til samme bygg som døgnplasser endres virksomhetsprofilen og dermed benevnelsen fra sykehjem til helsehus. Begrepet helsehus benyttes derfor igjennom konseptrapporten, med unntak av der man beskriver dagens sykehjem.

### 2.2 Andre begreper brukt i konseptrapporten

Tabellen under viser noen av de øvrige begrepene som har vært sentrale i konseptutredningen

**Tabell 3 Begrepsavklaringer konseptstudie for helsehus i Rauma kommune**

Begrep	Betydning
Funksjonsprogram	Beskrivelse av aktivitet, virksomhet, areal, nærhetsbehov og krav til bygg for delfunksjoner i et byggeprosjekt. Inneholde også romprogram med antall rom og areal per rom.
Dagplass	Oppholdssted, som regel med hvilestol for pasienter som får undersøkelser og/eller behandling, for eksempel til kjemoterapi eller dialyse
Døgnplass	Kort- og langtids døgnplass i institusjon. Kan være tilpasset ulike brukergrupper
Dagsenter	Delfunksjon som inneholder dagaktivitetsplasser der brukere kommer hjemmefra og/eller fra døgnenhetene for ulike aktiviteter
Dagaktivitetsplasser	Rom for aktiviteter i et dagsenter for brukere som kommer hjemmefra eller fra døgnenhetene for ulike aktiviteter
Hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester	Samlebegrep for kommunale helse- og omsorgstjenester som ytes i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio-ergoterapi, hjemmehjelpsoppdrag)
Generalitet	Evnen som en bygning har til å tilpasse seg vekslende funksjonelle krav uten at det må gjøres bygningsmessige eller tekniske tiltak
Fleksibilitet	Evnen som en bygg har til å møte vekslende funksjonelle krav med minimale kostnader til ombygging/tilpassing og forstyrrelser for den løpende drift
Elastisitet	Muligheten for tilvekst til (økning av bruksareal) eller underoppdeling (reduksjon av bruksareal) av arealene i en bygning
Intermediære plasser	Tilbud med døgnplasser, som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap, hvor pasienter kan behandles før, i stedet for eller etter innleggelse i sykehus.
Kommunal akutt døgntilbud (KAD plasser)	Døgnplasser i kommunen der pasientene kan ligge i 72 timer på KAD for nødvendig behandling og observasjon. Pasienten skal kunne behandles av lege som er allmennpraktiker/spesialist i allmenntilmedisin. KAD har tilgang til lege og sykepleiere 24/7. KAD skal ha tilgang til røntgen, CT og laboratorietjenester etter nærmere avtale med sykehus.

Begrep	Betydning
Omsorgstrapp	Tjenestetilbudet i kommunene som reflekterer den enkeltes behov. Omsorgstrappa viser hvordan økende behov møtes med økende tjenestetilbud. I Rauma kommune har omsorgstrappa 5 trinn, der det øverste trinnet (5) er heldøgns omsorg i institusjon
Kapasitet	Den registrerte tilgjengelige fysiske kapasitet i et bygg, i form av rom eller plasser, uavhengig av bemanning og organisering
Netto areal	Areal i rom målt innenfor veggene for en gitt enhet/funksjon. Kalles også funksjonsareal
Bruttoareal	Bruttoareal er summen av netto funksjonsareal med tillegg for trafikkareal, tekniske arealer og veggykkelser

### 3 Oppbygging av konseptrapporten

Rapporten er bygget opp med målsetting, beskrivelse av planprosessen og metodebeskrivelse i kapittel 2-6. Dimensjonering, utredning av alternative modeller, funksjonsprogram, bygningsmessige krav og organisasjon av tjenestene er beskrevet i kapittel 7-12. Kapittel 13-15 beskriver analyse av driftsøkonomi, kostnadsberegninger og finansiering. Modell for realisering er beskrevet i kapittel 16, og tjeneste og organisasjonsutvikling er i kapittel 17. Til slutt i kapittel 18 beskrives videre fremdrift og kapittel inneholder en oppsummering av det viktigste innholdet i rapporten.

Det er fire vedlegg:

1. Funksjonsprogram med dimensjoneringsgrunnlag
2. Romprogram
3. Økonomi
4. Realiseringsmodell

### 4 Målsetting

Mål med et offentlig investeringsprosjekt kan organiseres i et hierarki hvor overordnede, prinsipielle samfunns mål er avhengig av oppnåelse av underliggende og mer konkrete og praktiske mål. Målet uttrykker hva man har oppnådd når prosjektet er gjennomført.

#### 4.1 Samfunns mål

Målsetting i kommuneplanen 2006-2017 er satt som det overordnede samfunns målet for dette prosjektet

*Kommunen skal være et trygt og godt samfunn for alle, der en får bruke seg selv og oppleve seg selv, som et viktig element både i nærmiljø og storsamfunn, uavhengig av kjønn, kulturell bakgrunn, alder og funksjonsnivå.*

#### 4.2 Effektmål

På bakgrunn av den dialog som har vært med kommunen i denne prosessen, foreslår SINTEF følgende effektmål:

*Brukere av helse- og omsorgstjenester og befolkningen i Rauma kommune skal oppleve helsehuset som en positiv arena for helsefremmende aktiviteter og en trygg ramme for brukere av tjenestene. Kommunens verdier - oppmerksom, ekte og samarbeidsvillig - skal gjenspeiles i de aktivitetene som skjer i helsehuset og i måten helse- og omsorgstjenestene utøves på.*

For befolkning, brukere og ansatte skal dette komme til syne på følgende måte:

- Brukerne opplever helhetlige pasientforløp og tjenestetilbud
- Brukerne i langtids døgnopphold opplever omgivelsene sine som hjemlige og trygge
- Kommunens visjon om «verdens beste kommune for naturglade mennesker» er ivaretatt gjennom utformingen av uteområdet
- Brukere av helsehuset tilbys helsefremmende aktiviteter
- Helsehuset er en attraktiv arbeidsplass, der ansatte trives og utvikler seg og rekrutteringen av personell er god
- Pårørende og besøkende opplever at helsehuset er et attraktivt sted å komme på besøk i

For Rauma kommune skal effekten i tillegg komme til syne på følgende måte:

- Større andel av tjenestene gis på lavere trinn i omsorgstrappa
- Kapasitetsbehov for døgnplasser i institusjon dekkes i nytt helsehus
- Tiden som benyttes til direkte kontakt med brukerne er øket gjennom bedre utnyttelse av kompetanse og teknologi
- Arbeidsprosesser og rutiner og kompetanse er samordnet på tvers av enheter ut fra brukerens behov

### 4.3 Resultatmål for prosjektet

Målet for konseptstudien, slik det er beskrevet i kommunens oppdrag til SINTEF, er å fremskaffe et grunnlag for effektivisering av sykehjemsdriften i kommunen ved å erstatte en gammel, middels stor sjukeheim og en nyere, liten sjukeheim med et stort og moderne sykehjem. Rammen for prosjektet skal være innenfor kommunens bærekraft.

Med effektivisering av sykehjemsdriften menes også en fornying gjennom å etablere en bedre logistikk i arbeidsprosessene, og en større samordning av eksisterende kompetanse. Både bygningsmessige løsninger og ny teknologi skal bidra til dette samtidig som organisasjonen også fornyer sine arbeidsmåter.

Effektivisering betyr også at det skal legges til rette for et endret tjenestetilbud til brukerne, dvs. at brukerne får tilrettelagte tjenestetilbud på et tidligere stadium og dermed utsetter behovet for en langtidsplass på sjukeheimen.

Konkret for konseptstudien er det satt følgende resultatmål:

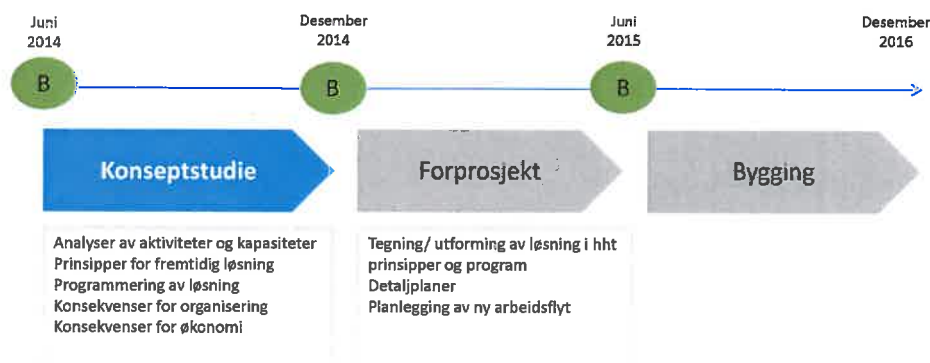
- Konseptstudien utføres høsten 2014 og med en leveranse i form av konseptrapport 17.11.2014. Konseptrapporten inneholder:
  - Dimensjoneringsgrunnlag med beregning av fremtidig kapasitetsbehov
  - Funksjonsprogram og romprogram
  - Kostnadsestimater for investeringer, utstyr og drift
  - Anbefaling av gjennomføringsmodell
- Helsehuset forutsettes ferdig bygget i 2017

## 5 Planprosessen og organisering av arbeidet med konseptstudien

### 5.1 Planprosess

Arbeidet har tatt utgangspunkt i en metode for tidligfaseplanlegging som er benyttet i sykehusprosjekter og modifisert for kommunehelsetjenesten. Metoden er beskrevet i Veileder for tidligfaseplanlegging, utgitt av Helsedirektoratet, og angir de ulike fasene i arbeidet: idefase, konseptfase og forprosjektfase, samt krav til utredninger for å komme fram til et beslutningsgrunnlag (B) underveis.

I Rauma kommune er arbeidet i disse tidlige fasene benevnt som en Konseptstudie. Formålet med tidligfaseplanleggingen er å organisere og gjennomføre en effektiv og strukturert plan- og beslutningsprosess, for å sikre at investeringene bidrar effektivt til å oppfylle målene innenfor de oppsatte rammene



Figur 3 Planfaser og beslutningspunkter

I denne tidlige fasen analyseres både dagens og den fremtidige virksomheten og alternative virksomhets- og løsningsmodeller vurderes og drøftes før man kommer fram til et forslag som er "liv laga". Dette innebærer at løsningen er økonomisk bærekraftig og gir riktig kvalitet for brukere og ansatte.

En sykehjem har høy grad av kompleksitet, og gjennom tidligfasen avklares grunnleggende spørsmål før prosjektering starter i Forprosjektet. Gjennom dette sikres det at den detaljerte planleggingen og investeringene bygger på godt forankrede forslag til driftsmessige løsninger. Gjennom konseptstudien legges grunnlaget for en strukturert plan og beslutningsprosess for hele perioden fra planlegging og prosjektering til gjennomføring av byggingen.

### 5.2 Organisering av arbeidet med konseptstudien

Arbeidet med konseptstudien er organisert som et prosjekt, med en egen prosjektorganisasjon.

- Formannskapet har vært *styringsgruppe* for prosjektet og rådmannen har vært *prosjektansvarlig*. Prosjektansvarlig har, på vegne av kommunestyret, fulgt opp at prosjektet er blitt gjennomført i henhold til godkjente planer og innenfor godkjente rammer, og har lagt til rette for at prosjektet har kunnet bli gjennomført uten unødige hinder.
- *Prosjektledelsen* er ivaretatt av SINTEF, som etablerte et prosjektlederteam med komplementær kompetanse innen prosjektledelse og utvikling av helsehus.

- Rauma kommune har opprettet en egen *prosjektgruppe* som har arbeidet tett med SINTEFs prosjektlederteam. Prosjektgruppas rolle har vært å bistå med informasjon, kunnskap om og erfaringer med kommunens helse og omsorgstjenester. Prosjektgruppe har bestått av ledere og nøkkelpersoner i Rauma kommune. Prosjektgruppa har bistått prosjektledelsen med informasjon, kunnskap og erfaringer fra helse og omsorgstjenestene i Rauma kommune. Prosjektgruppa har også koordinert anvendelsen av øvrig kompetanse og ressurser som er blitt stilt til disposisjon.
- Prosjektgruppa har vært en betydelig diskusjonspartner i arbeidet. Den daglige kontakten mellom prosjektgruppa og SINTEF som prosjektleder er ivaretatt av fagsjef for helse og omsorg.
- I tillegg til Raumas prosjektgruppe har prosjektleder trukket på faglige *rådgiverressurser* fra SINTEF og Faveo Prosjektledelse.
- Tilknyttet prosjektet ble det etablert en *referansegruppe* bestående av formelle representanter for ulike ansattgrupper og brukergrupper. Referansegruppa ble etablert for å gi aktuelle interessenter en formell arena for å delta i utredningsarbeidet og legge frem sine behov og meninger. Dette er skjedd gjennom deltakelse i workshops og i egne møter i etterkant av prosjektgruppas møter. Møtene i referansegruppa er ledet av Rauma kommunens fagsjef for helse og omsorg.
- Tilknyttet prosjektet er det også etablert en egen *kommunikasjonsplan*. Kommunikasjonsarbeidet er ivaretatt av Rauma kommunes kommunikasjonsrådgiver

De respektive lederne innen helse- og omsorgstjenestene har løpende orientert sine ansatte om arbeidet i konseptstudien og har tatt opp ulike tema til drøfting i avdelingsmøter. Dette har skjedd med hjelp av planer og dokumentasjon som er utarbeidet av prosjektledelsen, fagsjef helse og omsorg og kommunikasjonsrådgiver.

Prosjektorganisasjonen har bestått av følgende personer:

**Tabell 4 Deltakere av prosjektorganisasjonen**

<b>Roller i prosjektet</b>	<b>Navn og tittel</b>
Styringsgruppe	Formannskapet
Prosjektansvarlig	Oddbjørn Vassli, rådmann
Prosjektledelse SINTEF	Milda Lunde Stene, prosjektleder virksomhetsutvikling Marte Lauvsnes, forskningsleder, SINTEF Teknologi og samfunn, avd. helse
Rådgivere SINTEF	Rita Konstante, forsker sykepleie Karin Høyland, seniorforsker, SINTEF Byggforsk Jarl Reitan, forskningsleder, SINTEF Teknologi og samfunn, avd. helse Thorleif Eriksen, prosjektleder virksomhetsutvikling
Prosjektgruppe Rauma kommune	Gro Berild, fagsjef helse og omsorg Rauma kommune Mary Aasen, enhetsleder sykehjem Siri Halvorsen, enhetsleder hjemmebasert omsorg Synnøve Wenaas, leder tildelingskontoret Harald Digernes-Westby, enhetsleder kurativ enhet Jon Sverre Aursand, kommuneoverlege Perry Ulvestad, ass.rådmann Stig Malones, enhetsleder formålsbygg Mette Rye, økonomisjef Arnt Olav Herjehagen, kommunikasjonsrådgiver
Deltakere i workshoper i tillegg til prosjektgruppa	Aud-Turid Korneliussen, Ann-Elisabeth Fløystad, Eli Vatten, Linda Monsås, Mette G. Stangenes, Siv-Merete Vold, Laila Sæth Gridset, Alma Haga.

<b>Roller i prosjektet</b>	<b>Navn og tittel</b>
	Sabine Hochstrat, Margrethe Ringdal, Torill Gregersen, Jeanette Vik, Anita Moa Støve, Kristin Lundring, Roy Henriksen, May-Grethe Gridset, Lillian B. Grøvdal, Kairith F. Kvarsnes, Torill Hjelvik
Referansegruppe	Eva Lianes, HTV Norsk sykepleieforbund Ottar Blickfeldt, HTV Fagforbundet Tone Stenerud, TV Legeforeningen Karina W. Grøvdal, TV Ergoterapeutene Irene Myklebost, TV Fysioterapeutene Randi Klinge, Allmennlegeutvalget Karin Husøy, Eldrerådet Rune Ramstad, Råd for funksjonshemmede og likestilling
Informert	Britt W. Thyholm, Helse Møre og Romsdal HF Christian Bjelke, Fylkesmannen i Møre og Romsdal

### 5.3 Plan for gjennomføring av konseptstudien

Konseptstudien gir et bilde av hva Helsehuset skal inneholde og hvordan helse og omsorgstjenestene som Helsehuset omfatter skal utføres. Et helt nytt helsehus innvirker på både ansattes, brukeres og pårørendes hverdag. Derfor er det lagt stor vekt på å få en god plan for gjennomføringen av konseptstudien for å sikre både bredde og dybde i utredningen og at ulike aktørers meninger og innspill blir fanget opp. Ved starten av arbeidet ble det derfor satt noen mål for selve prosessen:

- kommunens egen kunnskap og erfaring er tatt i bruk på en aktiv måte ved å involvere aktuelle ledere og nøkkelpersoner i ulike arbeidsmøter
- ny kunnskap og erfaringer fra tilsvarende prosjekter er presentert og stilt til disposisjon for drøftinger opp mot kommunens behov
- aktuelle eksterne interessenters meninger er etterspurt og tatt med i arbeidsgrunnlaget
- befolkningen generelt skulle bli informert om arbeidet gjennom relevante og etablerte kanaler

Følgende prosjektaktiviteter er gjennomført:

- *Kick-off.* Dette var et oppstartsmøte med prosjektgruppa for å forankre målene og bestemme arbeidsmåten i prosjektet.
- *Møter i prosjektgruppa:* 3 møter underveis. Prosjektgruppas drøftinger har tatt utgangspunkt i de ulike utredningsområdene i konseptstudien. Prosjektgruppa har også bidratt med å fastsette programmet i workshopene.
- *Møter i referansegruppa:* 3 møter underveis. Disse er gjennomført like i etterkant av møtene i prosjektgruppa
- *Befaringer:* Besøk hos 4 institusjoner i Trondheim, der prosjektgruppa samt repr. for ansatte deltok
- *Workshop:* 2 workshoper, hver på 1,5 dag, med bred deltakelse fra ulike interessenter: representanter fra overordnet kommuneledelse, ledere og nøkkelpersoner innen helse og omsorg, repr. fra ansattes organisasjoner, representanter fra brukerne/pårørende, samt andre aktuelle samarbeidende parter. Arbeidet i workshopene har resultert i konkrete bidrag til videre arbeid i konseptstudiens utredningsområder

Workshopene har vært den mest sentrale aktiviteten i konseptstudien, og arbeidet i disse har også hatt betydning for øvrige ansatte innen helse- og omsorgstjenestene. I forkant av workshop 1 ble det utformet noen diskusjonstema som ble tatt opp i avdelingsmøtene i de ulike enhetene. Videre ble det utarbeidet



presentasjons- og diskusjonsmaterieell i etterkant av både workshop 1 og workshop 2. Gjennom dette er en vesentlig endringsprosess i organisasjonen startet opp på et tidlig tidspunkt, slik at organisasjonen så tidlig som mulig kan vurdere dagens arbeidsmåter og klargjøre andre og eventuelt helt nye arbeidsmåter, og i god tid før helsehuset skal tas i bruk.

## 6 Metode

Metodene som er benyttet i konseptstudien er tilpasset de ulike problemstillingene.

Det er ikke etablert en modell for fremskriving av behov for sykehjemsplasser i kommunene. For fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov er det benyttet en metode som er videreutviklet fra en fremskrivingsmetode som benyttes for spesialisthelsetjenesten, der den benyttes i strategisk planlegging og for dimensjonering av fremtidig kapasitetsbehov. Denne metoden er sammenlignet med fremskrivingsmetoder utført i andre kommuner. SINTEF har gjort en litteraturstudie hvor resultater og funn fra ulike forskningsprosjekter i Norge og internasjonalt er analysert. Dette er gjort for å skaffe et forskningsbasert grunnlag for vurderinger av fremtidig behov for ulike typer tjenester, og for å gjøre kvalitative vurderinger i forhold til mulighetene for omstilling i forhold til fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

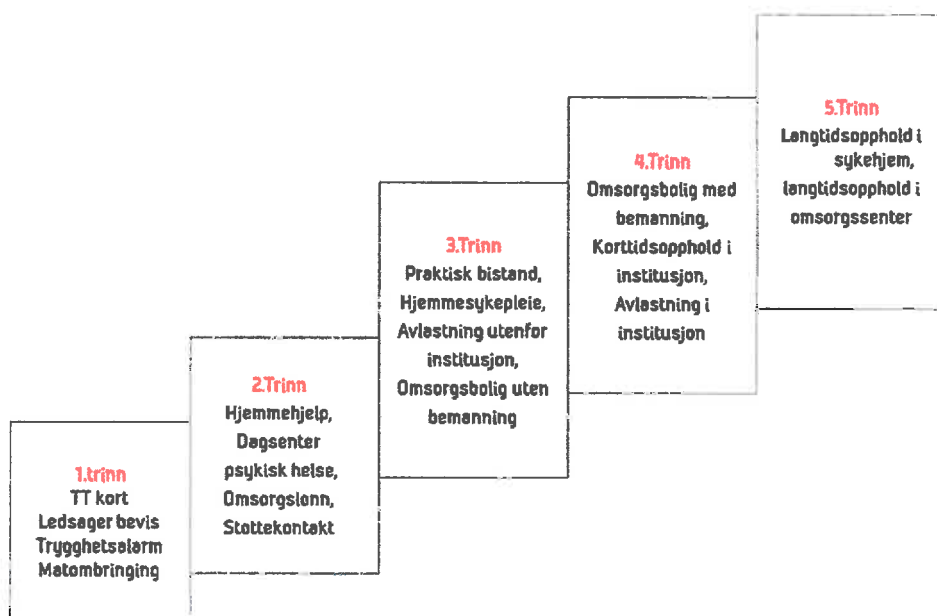
For å komme fram til innhold i helsehuset og starte aktuelle endringsprosesser, er det gjennomført workshoper med inspirasjonsforedrag, visualisering og aktiv deltakelse i å utforme fremtidens helsehus.

Romprogram og arealbehov er utarbeidet på grunnlag av fremskrevet aktivitet, brukerprosesser/workshoper og referanser fra andre sammenlignbare prosjekter.

For kostnadsberegninger er det benyttet referansetall fra sammenlignbare prosjekter eller nøkkeltall utviklet av anerkjente rådgivermiljø.

### 6.1 Fremskrivingsmetode for aktivitet og kapasitetsbehov

Som utgangspunkt for beregning av fremtidig aktivitets- og kapasitetsbehov er det gjennomført en fordeling av dagens og fremskrevet aktivitet (tjenester) knyttet til en «omsorgstrapp». Omsorgstrappen tar utgangspunkt i LEON-prinsippet som betyr- laveste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer at pasienten skal motta tjenester av god kvalitet tilpasset sine behov på den mest ressurseffektive måten.

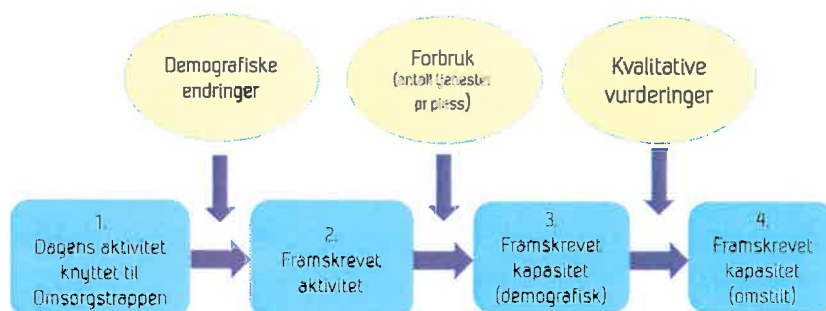


**Figur 4 Omsorgstrappa i Rauma Kommune, 2013**

Figuren illustrerer en trinnvis modell for organisering av tjenestetilbud og ressursbruk som er tilpasset brukeren. For å oppnå god kvalitet med best mulig utnyttelse av ressursene skal brukere gis tilbud på det trinnet i trappa som gir den optimale kombinasjonen av kvalitet og kostnader i forhold til behov. I praksis gjelder dette alle kategorier brukere, uavhengig av diagnose eller helsetilstand. Det legges vekt på at brukerne skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, og at man skal kunne bevege seg mellom nivåene på en fleksibel måte. I anvendelsen av trappa skal det fokuseres det på mestring, muligheter og forebygging. Omsorgstrappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud. Det forebyggende og helsefremmende perspektivet skal implementeres i forhold til grupper og individer i hele den tiltakskjeden som omsorgstrappa representerer.

I fremskriving av forventet kapasitetsbehov har vi sett på tilbud i de ulike trinnene og så knyttet dette til befolkningsutvikling og befolknings sammensetning (SSB's befolkningsprognose, alternativ MMMM) for å se effekten av demografisk utvikling på dagens aktivitet. Deretter er det gjort analyser av endringspotensialer og kapasitetsbehovene i omsorgstrappa er justert i forhold til dette.

Trinnene i fremskrivingen kan illustreres på følgende måte:



**Figur 5 Fremskrivningsmodell**

Framskrivning av aktivitet er gjort for år 2020, 2025, 2030, 2035, 2040 for hver aktivitet i hvert trinn i omsorgstrappa knyttet til aldersgrupper (se vedlegg 1).

I neste skritt er det beregnet et forholdstall for hver aldersgruppe for år 2013. Et slikt forholdstall viser forbruket av tjenester pr. plass for hver aldersgruppe. Forutsatt at forholdet mellom aktivitet pr. plass er likt i tiden framover, vil det være mulig å beregne framtidens kapasitet ved å bruke forholdstall fra 2013 på den framskrevne aktiviteten i årene 2020, 2025, 2030, 2035, 2040.

## 6.2 Arbeidsmåte i konseptstudien

Workshopene har vært den mest sentrale prosjektaktiviteten i konseptstudien. Gjennom workshopene har prosjektledelsen og prosjektgruppa hatt et tett og dialogbasert samarbeid med ledere, ansatte og representanter for brukergrupper.

Gjennom workshopene ble det etablert en arena for diskusjon og refleksjon, samt videre utdypinger av kommunens behov og løsninger for disse. Ulike faktabaserte og faglige innledninger danner bakgrunn for videre arbeid i mindre grupper, der det på forhånd var utformet et sett med aktuelle og relevante problemstillinger. Problemstillingene var knyttet til organisering av omsorgstjenester og funksjoner i sykehjem og andre omsorgstjenester. Resultatene av gruppearbeidene er oppsummert og analysert av SINTEF og gjenspeiles i beskrivelsen av Helsehuset og i Funksjonsprogrammet, ref. vedlegg 1.

### Workshop 1 - 10.-11.sept.2014 Ny sjukeheim i Rauma kommune

Dag 1		
09.00	Velkommen. Presentasjon av prosjektet Introduksjon til workshopen. Samt en innledende gruppeoppgave Statusbildet i Rauma kommune. Innledninger om: Dagens tjenestetilbud. Dagens brukere. Dagens organisering. Dagens driftsøkonomi. Vedtak som er fattet vedr. omstilling. Plan for utvikling av sentrum. Om samhandlingsreformen og desentrale spesialisthelsetjenester i Møre og Romsdal	Rauma Sintef Ledere i Rauma Helse M&R
11.30	Lunsj	
12.15	Hva handler det "å gi god omsorg" om? Hva oppleves som bra/ ikke bra ved dagens løsning? Meningsutveksling i grupper. Fremtidens sykehjem - hva er det? Innledninger om: Fremtidens kommunale helsetjenester - nye forutsetninger, endring i tjenestetilbudet. Nasjonale strategier og grunnleggende prinsipper for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Samhandlingsreformen i praksis i andre regioner. Fremtidens sykehjem og tjenestetilbud - konseptvalg, fysiske rammer, konsekvenser av ny teknologi.	Alle Rådgivere/ forskere i Sintef
15.00	Hva betyr dette for Rauma kommune? Arbeid med fremtidsscenarioer i ulike grupper.	Alle
17.00	Middag	
Dag 2		
08.00	Tilbakeblikk på dag 1 Konkretisering av funksjonsprogrammet. Arbeide med grunnlaget for funksjonsprogram. Gruppearbeid.	Sintef Alle
10.30	Aktivitetsanalyse - Rauma kommune.	Sintef
11.00	Oppsummeringer og avslutning.	Sintef/Rauma
11.30	Lunsj	



Figur 6 Program for workshop 1

## Workshop 2 - 07.- 08.okt.2014 Ny sjukeheim i Rauma kommune

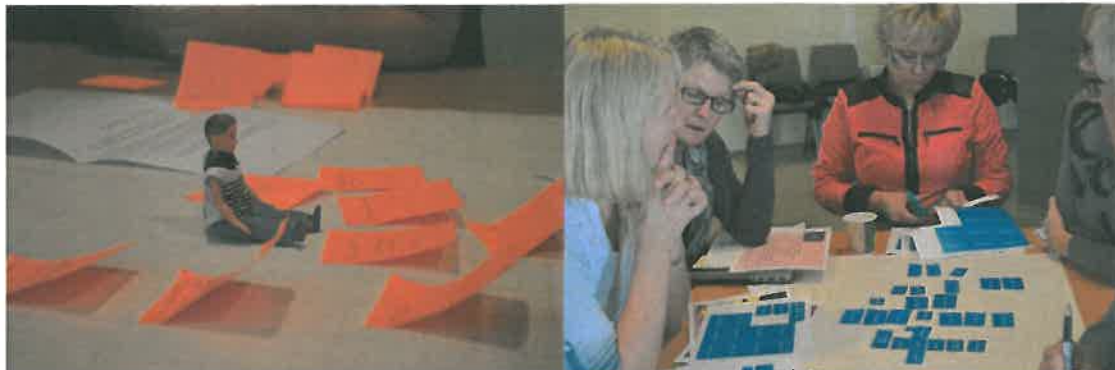
<b>Dag 1</b>		
09:00	Velkommen. Tilbakeblikk på forrige workshop. Introduksjon til workshopen	Rauma/ Sintef
09:30	Presentasjon av noen brukerhistorier fra Rauma. Refleksjon i gruppene	Rauma/ Alle
	Presentasjon av opplevelser/ ny kunnskap/ ideer fra kommuneledelsens besøk hos institusjoner i Trondheim	Rauma
11:00	Presentasjon av Funksjonsprogrammet, slik det foreligger nå v/ Rita Konstante	Sintef
11:30	Lunsj	
12:30	Innledning om utnyttelse av areal og rom i fremtidens helsehus v/ Marte Lauvsnes. Gruppearbeid med utgangspunkt i denne innledningen og presentasjonen for lunsj. Nær mere konkretisering av funksjonsprogrammet	Sintef/Alle
	Innledning/ kort foredrag om organisasjonsutvikling og endring v/ Milda Lunde Stene Hvilke konsekvenser vil etablering av et helsehus ha for Rauma kommunens organisasjon? Arbeid i grupper med dette som tema	Sintef/Alle
17:00	Middag	
<b>Dag 2</b>		
08:30	Tilbakeblikk på dag 1	Sintef
09:00	Foredrag om velferdsteknologi og innovasjon v/ Jarl Reitan. Hvilken teknologi finnes i dag, og hvordan kan ny velferdsteknologi utnyttes i Rauma Arbeid i grupper med dette som tema	Sintef/Alle
11:00	Oppsummeringer og avsluttning	Sintef/Rauma
11:30	Lunsj	



**Figur 7 Program for workshop 1**

I workshopene ble det benyttet metoder som er egnet til å frembringe refleksjon og nye tanker om egen virksomhet, både når det gjelder tjenestetilbudet, organisasjonsstrukturen, arbeidsmåter og samhandling samt organisasjonskultur:

- **Inspirasjonsforedrag.** Inspirasjonsforedrag ble benyttet til både å gi innsikt og til å skape refleksjon rundt egen praksis. Foredragene ble holdt av forskere i Sintef, ledere i Rauma kommune og rådgiver i Helse Møre og Romsdal. Det ble også vist hvordan andre med tilsvarende utfordringer som Rauma kommune har løst disse. Inspirasjonsforedragene ble benyttet som innledninger til både refleksjon i gruppene og til konkrete gruppearbeider.
- **Personas.** Personas ble benyttet for å få en dypere drøfting av en målgruppe på en jordnær og menneskelig måte. Personas er oppdiktede «portretter» av brukere, og deltakerne i workshopen fikk delt ut ulike personas som ble vurdert i forhold tjenestebehov og hvordan kommunen best kunne støtte disse i å ha opplevelsen av å ha et best mulig og mest mulig aktivt liv.



**Figur 8 Gruppearbeid i workshop**

- **Prototyp og funksjonsmodellering.** Metoden benyttes til å visualisere og simulere ulike løsninger. Modelleringen gjør det mulig å drøfte og utforme alternative løsninger gjennom en dialog mellom grupper med ulike behov og ulike ståsted, og blir dermed et aktivt samhandlings- og arbeidsverktøy som bidrar til at man raskere kommer frem til de løsningene som helhetlig synes å være de riktigste. Metoden tar utgangspunkt i inspirasjonsforedrag og personas og er en ovenfra- ned aktivitet der innhold i og nærhet for relevante funksjonsområder drøftes og modelleres. Deretter tas de aktuelle funksjonsområder opp og konseptuelle løsninger modelleres.
- **Befaringer.** Befaringene inngikk som en vesentlig metode for både å reflektere over egen situasjon og å få ideer om andre måter å organisere tjenestene på. Tilknyttet befaringene ble det utarbeidet et sett med refleksjonsspørsmål som skulle gjøre det lettere å utforske bestemte områder/tema. Opplevelsen av befaringene ble presentert på workshop 2, og ble benyttet som grunnlag i modelleringsøvelsene. Befaring ga inspirasjon og dannet en bakteppe for å reflektere ovenfor ulike løsninger som finnes i dagens praksis. Prosjektgruppa har vært på befaring på:
  - Ladesletta helse- og velferdssenter,
  - Geriatrisk avdeling på St. Olav
  - Øya helsehus
  - Byneset helse og velferdssenter.
 Etter befaring av eksisterende løsninger var alle observasjoner oppsummert og inntrykkene formidlet mellom medlemmer i prosjektgruppa.
- **Felles plan for drøfting og refleksjon i avdelingene.** Prosessen i workshopene bidro til at deltakerne beveget seg over i andre måter å tenke om fremtiden på enn det som var tilfelle da prosjektet startet opp. Det var fra starten av viktig å få etablert en knytning mellom de temaene som ble tatt opp i prosjektet og den arbeidshverdagen de ansatte befinner seg i. I forkant av workshop 1 ble det utformet diskusjonstema vedr omsorgsbegrepet for bruk i avdelingsmøtene, og i forkant av workshop 2 ble det gjennomført intervjuer med noen av brukerne. Det som fremkom gjennom disse møtene ble benyttet videre av prosjektgruppa. I etterkant av hver workshop ble det utarbeidet en pakke med presentasjons- og diskusjonsmaterieill til bruk i avdelingsmøtene, slik at alle ansatte kunne ta del i noe av den prosessen som gikk i workshopene.

Gjennom disse aktivitetene er en vesentlig endringsprosess i organisasjonen allerede startet opp. Fordelen med dette er at organisasjonen kommer i gang med å utvikle både tjenestetilbudet og egen organisasjon før detaljene i helsehuset fastlegges. Den mest optimale løsningen for det nye helsehuset kommer når bygget og organisasjonen utvikler seg «hånd i hånd». Det viktigste tidsvinduet for dette er i forbindelse med Forprosjekteringen.



**Figur 9** Fra befaring, Ladesletta helse- og omsorgssenter i Trondheim

Ladesletta Helse- og omsorgssenter i Trondheim har tørrskodd forbindelse mellom sykehjem og omsorgsboliger, noe som gir fleksibilitet, god tilgang til personell for omsorgsboligene og lett tilgang til dagaktivitetstilbudene for beboere i omsorgsboliger. Bildene over viser kobling mellom sykehjem og omsorgsboliger, og de viser velværetilbud for beboere.

### 6.3 Viktige rapporter og dokumenter

Nedenfor er det vist de viktigste nasjonale og regionale rapportene/dokumentene som har gitt føringene for konseptutredningen.

**Tabell 5** Oversikt over brukte rapporter og dokumenter

<i>Dato/år</i>	<i>Tittel</i>	<i>Utarbeidet av</i>
<i>Des. 2011</i>	<i>Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter</i>	<i>Helsedirektoratet</i>
<i>Sept. 2013</i>	<i>Rapport etter kurs i analyse av styringsdata etter innføring av samhandlingsreformen. Status for Rauma kommune</i>	<i>Rauma kommune</i>
<i>2013</i>	<i>Omstillingsnotat, Helse og Omsorg</i>	<i>Rauma kommune</i>
<i>Mai 2014</i>	<i>Vurdering av konseptvalg for realisering av nytt sykehjem i Rauma kommune</i>	<i>Torkildsen &amp; Co</i>
<i>2009</i>	<i>Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr.47 (2008-2009)</i>	<i>HOD</i>
<i>2010-2011</i>	<i>Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)</i>	<i>Helsedirektoratet</i>
<i>2012-2013</i>	<i>Morgendagens omsorg Meld. St. 29</i>	<i>Helsedirektoratet</i>

<i>Dato/år</i>	<i>Tittel</i>	<i>Utarbeidet av</i>
2013	<i>Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen</i>	KS
2013	<i>Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus</i>	<i>Kompetansenettverk for sykehusplanlegging</i>
2014	<i>Utredning av produksjon og distribusjon av mat innen omsorgstjenestene i Rauma kommune. Spesifikk del. Generell del</i>	<i>Ressursenter for omstilling i kommunene</i>

I tillegg til disse rapportene/dokumentene har det vært gjennomgang av relevant forskningslitteratur og dokumentasjon fra relevante prosjekter. Disse er gjengitt i litteraturlisten i vedlegg 1.

## 7 Fremtidens helsehus

Et helsehus i Rauma kommune foreslås av kommunen lagt til Stokkekaia. Helsehuset vil være en viktig samfunnsbygger og lokaliseringen har stor betydning både for byen og for helsehuset. Området på Stokkekaia er et industriområde som reguleres til institusjonsformål, og utfordringen blir å få området rundt helsehuset til å bli attraktivt og kunne tiltrekke seg annen utbygging og aktivitet.

Det er forutsatt at velferdsteknologi skal ha betydning i forhold til omstilling av tjenestetilbudet. Helsehuset skal også være tilrettelagt med ny teknologi som gir effektive arbeidsprosesser og trygghet for beboerne.

Byggets og omgivelsenes utforming har stor betydning for brukerne og de ansatte. Det er ulike behov som til dels kan komme i motstrid til hverandre. Brukernes behov vil bli prioritert høyt i helsehuset.

### 7.1 Velferdsteknologi

Det er knyttet store forventninger til effekter som man etter hvert kan få av ny teknologi. Dette gjelder spesielt velferdsteknologi som kan føre til at brukere kan bo hjemme lengre. Velferdsteknologi kan inndeles i fire kategorier:

- *Trygghetskapende teknologier* som skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og ha mulighet til å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirke ensomhet
- *Mestringsteknologier* som skal muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse. I dette inngår teknologiske løsninger til personer med kronisk lidelser, personer med behov for rehabilitering/opptrening og vedlikehold av mobilitet, løsninger for barn/unge med helsemessige utfordringer mv.
- *Helseteknologier* som muliggjør medisinsk utredning og behandling i hjemmet
- *Velværeteknologier* som bidrar til at mennesker blir mer bevisst på egen helse og avhjelper hverdagslige gjøremål uten at nedsatt helsetilstand er årsaken til bruken av teknologi

#### Hjemmet:

Trygghetsalarmen er i dag det velferdsteknologiske hjelpemidlet som er mest utbredt i den kommunale omsorgstjenesten og 55 % av kommunene i Norge tilbyr dette som en av sine serviceytelser. Ved utgangen av 2013 var det registrert i overkant av 73 000 trygghetsalarmer i Norge som en del av kommunenes

omsorgstjenestetilbud.<sup>1</sup> Dette utgjør 32 % av hjemmeboende som har et eller flere tjenestevedtak. Ut over trygghetsalarmen, så finnes svært lite velferdsteknologi som er implementert som en del av helse- og omsorgstjenesten. Mange norske kommuner piloterer teknologi for økt trygghet og sikkerhet, som GPS, medisindispensere, røyk- og vannsensorer.

#### **Institusjon:**

Svært lite teknologi benyttes ved institusjon i dag ut over tradisjonelle pasientvarslingsanlegg. Disse anleggene har svært begrenset funksjonalitet, lik trygghetsalarmen for bruk i hjemmet, og har ikke ønsket brukergrensesnitt. Lyngbakken bo- og behandlingssenter i Skien har som det første sykehjemmet i Norge tatt i bruk et trådløst, mobilt sykesignalanlegg som plattform for velferdsteknologi. Mobile nettløsninger aktiveres når en beboer forlater sitt rom og som kommunikasjon med ansatte. Kombinasjonen av dette bygget, teknologien og utemiljøet skaper helt nye muligheter, og handlingsrom for beboere og medarbeidere for å skape en trygg hverdag.<sup>2</sup>

## **7.2 Design av omgivelser for ulike brukergrupper**

Både norske og danske studier peker på at høy trivsel finnes der hvor både den fysiske utformingen av botilbudet og innholdet i tjenestetilbudet er tilpasset brukergruppene. Tilbudene tar ofte utgangspunkt i brukerens behov for hjelp, men det er også ønskelig å støtte brukerens ønske om å opprettholde et hverdagsliv så nær opp til det man er vant til som mulig.

Et av de mest omfattende forskningsprosjektene om forståelse av faktorer vedrørende trivsel på sykehjem i Norden er de danske studiene som er oppsummert i boken "Trivsel i pleieboligen" (Møller og Knudstrup 2008). Her konkluderes det med at både utforming og innredning har betydning for brukerens trivsel og hverdagsliv. Flere norske undersøkelser av noe mindre omfang peker i samme retning (Høyland 2001, Bogen og Høyland 2006). Selv om det ikke er mulig å peke på en ideell utforming, kan man identifisere et antall trekk som er viktige parametre for framtidsrettede omsorgs- og pleieboliger.

Mye tyder på at morgendagens eldre i enda sterkere grad enn i dag vil trå tydeligere frem som en mangfoldig gruppe med ulike ønsker og behov (Slagsvold og Solem 2005), (Anderzhon 2012), Hva som derfor oppleves som kvalitativt godt, må drøftes i lys av dette mangfoldet. Folk har ulike behov og preferanser, og tilbudene må ha en grad av fleksibilitet som respekterer individualitet og en forståelse av ulike brukerperspektiv. Ut fra dette vil nettopp valgfrihet og tilgangen på ulike løsninger kunne betraktes som en kvalitet i seg selv.

## **7.3 Bokkvaliteter i helsehuset**

Antall personer med demens vil øke de neste tretti årene. Behovet for å etablere tilrettelagte boliger for denne brukergruppa er derfor sterkt økende. I Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg tar man utgangspunkt i at om lag 80 % av brukere i sykehjem har en demenssykdom. Gjennom nasjonale føringer og økonomiske virkemidler legges det nå opp til å legge til rette for at sykehjem og omsorgsboliger i større grad bør tilpasses og tilrettelagt for nettopp denne brukergruppa.

De viktigste faktorene som har betydning for bokkvaliteter for personer med demens er:

- Redusere mulighet for forvirring. Forenkle og avgrense fysiske omgivelser.

<sup>1</sup> Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 06/2012

<sup>2</sup> <http://www.skien.kommune.no/Skien-kommune/Kommunalomrader/Helse-og-Velferd/Heldogns-omsorgstjenester/Skien-sykehjem/>



- Sørg for at det er færre personer å forholde seg til og de som omgir en angår deg og kjenner deg. Gjenkjennbare fysiske omgivelser som er lett å "forstå" og lett å finne frem i.
- Omgivelser som oppleves som trygge. Rom og omgivelser har atmosfære og stemning som personene forbinder omgivelser man kjenner fra tidligere liv (materialer, innredning, romformer etc.)
- Legge til rette for å delta og se på kjente aktiviteter. Delta og kunne se på daglig arbeid inne og ute.
- Mulighet for å vandre en runde både inne og ute. Unngå korridorer og gangstier som ender i stengte dører og porter, dette skaper frustrasjon.
- Nærhet til personale oppleves av mange som trygt, organisere hverdagen i boliggruppen slik at man lett kan se og finne personalet.
- Redusere risiko for at personen skader seg selv eller andre.

Så langt det er mulig er det et mål å bygge et hjemlig miljø baseres på gjenkjenning av omgivelsene. Forskning viser at dette kan minske aggresjon og agitasjon<sup>3</sup>. Hva som oppfattes som hjemlig, kan variere. Materialvalg, lyssetting og valg av farger er viktige virkemidler for opplevelsen av rommenes atmosfære.

I den private boenheten bør det være plass til egne møbler og gjenstander som kan støtte opp rundt brukers opplevelse av trygghet og gjenkjenning.

Fellesarealer kan bidra til trygghet og forutsigbarhet ved valg av gjenkjennelige møbler og objekter. Arealene kan gjerne være delt inn etter bruksfunksjoner, siden det kan være krevende å skape en hjemlig atmosfære i store rom, f.eks. kjøkken og en eller to stuer. Mange opplever det som positivt å kunne ha et eget rom for TV da en del blir forvirret og ukonsentrert av mye lyd. Det er en fordel med et toalett som er i nærheten av fellesrom, da erfaringene tilsier at man mange oppholder seg mest der, og det kan være vanskelig å finne raskt tilbake til sitt eget rom.

Korridorer bør være korte og ha et synlig mål, slik at det er lett å navigere. Når brukeren kommer ut fra sitt eget rom, skal de intuitivt kunne orientere seg mot fellesarealet der personalet eller andre brukere oppholder seg. Et godt tilrettelagt fysisk miljø er viktig for alle men spesielt viktig når man opplever forvirring og ulike grader av demens. I denne helsetilstanden er det enda viktigere at omgivelsene virker støttende og bidrar til at man opplever hverdagen som trygg.

Forholdet mellom ansatte og brukere er viktig for trivsel og for å kunne observere risiko for f.eks. fall. Erfaringen fra sykehus med desentrale arbeidsstasjoner nært oppholdsområder og sengerom har vært svært positiv spesielt for demente, som blir roligere når de kan se ansatte. Ansatte opplever også en mer effektiv arbeidssituasjon der de har kort avstand til brukerne og for å utføre daglige gjøremål.

## 7.4 Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

En fremskriving av fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester er forbundet med stor grad av usikkerhet. Det er derfor viktig å planlegge med høy grad av fleksibilitet, og i videre planlegging skal man ta hensyn til følgende:

- Tomt og utbyggingsløsning legges til rette for utbygging av trinn 2 med omsorgsboliger og eventuelt senere behov som ikke er identifisert
- Helsehuset skal forberedes for å kunne ta imot en økning i kapasitet for 30 døgnplasser dersom det blir behov for dette

<sup>3</sup> Andersen A.E. og T. Holthe. Boligguiden. Boenheter for personer med demens. Planlegging og fysisk utforming. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2007

- Helsehuset tilrettelegges med døgnplasser som er generelle og kan brukes av ulike brukergrupper.
- Det planlegges med undersøkelsesrom i tilknytning til dagplasser, laboratorium og korttidsplasser. Disse undersøkelsesrommene kan benyttes fleksibelt for døgnenhetene og for brukere som kommer til dagbehandling. De kan også benyttes ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten og eventuelt til legevaktfunksjon på kveld/natt/helg.
- Det legges til rette for fleksibel bruk av arealer mellom funksjonene frisklivsentral, dagsenter, kantine/kafe

## 8 Dimensjoneringsgrunnlaget

Dimensjoneringsgrunnlaget tar utgangspunkt i en fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov for de funksjoner som skal være i helsehuset. For de ulike rom og funksjoner er det innhentet referanser fra andre prosjekter. Det vil i forprosjektfasen være behov for å kvalitetssikre romprogrammet opp imot prosjekterte løsninger.

Utgangspunktet for dimensjoneringen av helsehuset var et sykehjem men med spørsmål om 90 døgnplasser var en riktig dimensjonering. Arealestimatet for 90 døgnplasser var 6 000 m<sup>2</sup>. I konseptutredningen har vi kommet fram til at en sykehjemsfunksjon alene ikke er fremtidsrettet og en riktig løsning for Rauma kommune. Kommunen har behov for å samordne og samlokalisere tjenester som kan bidra til at brukerne får tjenester tilbudt på riktig nivå, og at de samlede ressursene utnyttes på best mulig måte.

### 8.1 Dagens aktivitet og kapasitet

Rauma kommune har 90 døgnplasser i de to sykehjemmene i 2013. Av dette er 16 avsatt til korttidsdøgnopphold. Korttids døgnplasser benyttes tidvis til langtidsopphold, og det benyttes tidvis dobbeltrom. Korttids døgnplasser brukes både for avlastning og rehabilitering. 29 av døgnplasser er i demensavdeling. I tillegg til disse døgnplassene er det 27 omsorgsboliger med bemanning og 49 omsorgsboliger uten bemanning.

Det er dagsenter for pasienter i psykisk helsevern, men ingen dagplasser for brukere med demens. Det er en frisklivsentral i kommunen.

I følge kommunen finnes det ikke noe samarbeid pr. i dag med nabokommuner i forhold til omsorgstjenester, legevakt og etablering av ny tjenester. Unntaket er legevaktsentral, som er i Molde.

I dokumentet "Samfunnseffekter – ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF"<sup>4</sup> pekes det på at Helse Møre og Romsdal HF må på ulike områder forberede seg på samhandlingsreformens gjennomføring i dialog med kommunene. I følge dokumentet er det Helseforetaket som i samarbeid med kommunene skal kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus. Det er i dag ikke satt i gang noen formelle samarbeidsaktiviteter mellom Rauma kommune og Helse Møre og Romsdal HF.

Helse Møre og Romsdal HF har som et mål å videreutvikle seg slik at helseforetaket skal kunne møte framtidens utfordringer, og sikre likeverdige tjenester med god kvalitet tilpasset pasientens behov innenfor de rammer foretaket har fått<sup>5</sup>. Endringene som følger av samhandlingsreformen krever både kompetanseoverføring og opplæring i kommunene og en tett dialog mellom kommuner og spesialister i sykehus.

<sup>4</sup> Helse Møre og Romsdal HF. "Samfunnseffekter – ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF. 2012

<sup>5</sup> <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/Mal-og-strategiar/108573/>

## 8.2 Drivere for endringer av fremtidige helse- og omsorgstjenester

I beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov er det flere faktorer som spiller inn:

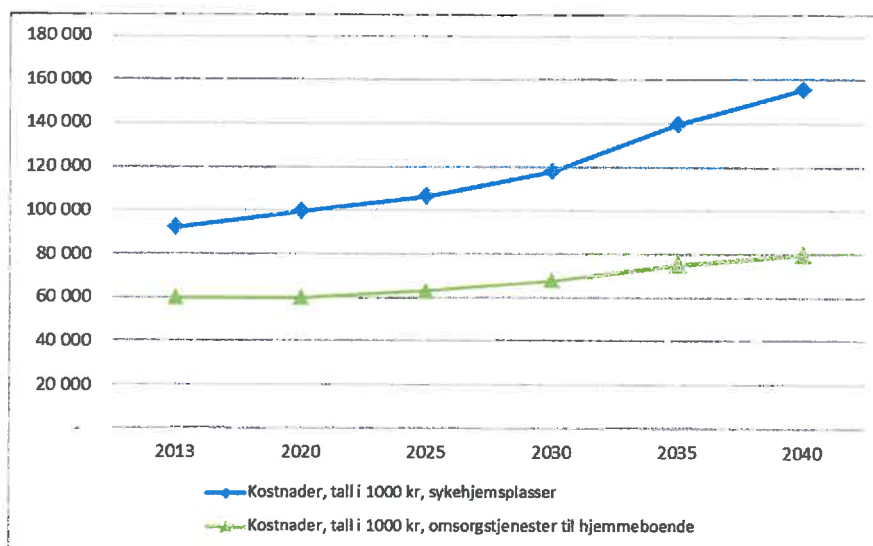
**Demografisk utvikling** er den viktigste endringsfaktoren for fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester i kommunene. Befolkningsframskrivingen i Rauma kommune viser at antall innbyggere vil øke med 1 % men antall eldre vil øke med 34 % til 59 % i ulike aldergrupper etter 67+.

**Tabell 6 Demografisk utvikling i Rauma kommune**

Befolkningsframskrivingen og endringer i befolkningssammensetning i Rauma kommune mot 2040										
Alder	2013	2020	2030	2040	%-vis endring 2013-2020	%-vis endring 2013-2030	%-vis endring 2013-2040	Endring i absolutte tall 2013-2020	Endring i absolutte tall 2013-2030	Endring i absolutte tall 2013-2040
0 år	79	72	70	73	-9 %	-11 %	-8 %	-7	-9	-6
1-5 år	413	385	380	383	-7 %	-8 %	-7 %	-28	-33	-30
6-12 år	619	651	590	568	5 %	-5 %	-8 %	32	-29	-51
13-15 år	257	281	261	257	9 %	2 %	0 %	24	4	0
16-19 år	413	373	408	354	-10 %	-1 %	-14 %	-40	-5	-59
20-44 år	2133	1982	1987	2039	-7 %	-7 %	-4 %	-151	-146	-94
45-66 år	2185	2146	2048	1878	-2 %	-6 %	-14 %	-39	-137	-307
67-79 år	812	1089	1129	1171	34 %	39 %	44 %	277	317	359
80-89 år	395	341	534	629	-14 %	35 %	59 %	-54	139	234
90 år eller eldre	115	110	101	178	-4 %	-12 %	55 %	-5	-14	63
Antall innbyggere	7421	7430	7508	7530	0,1 %	1 %	1 %	9	87	109

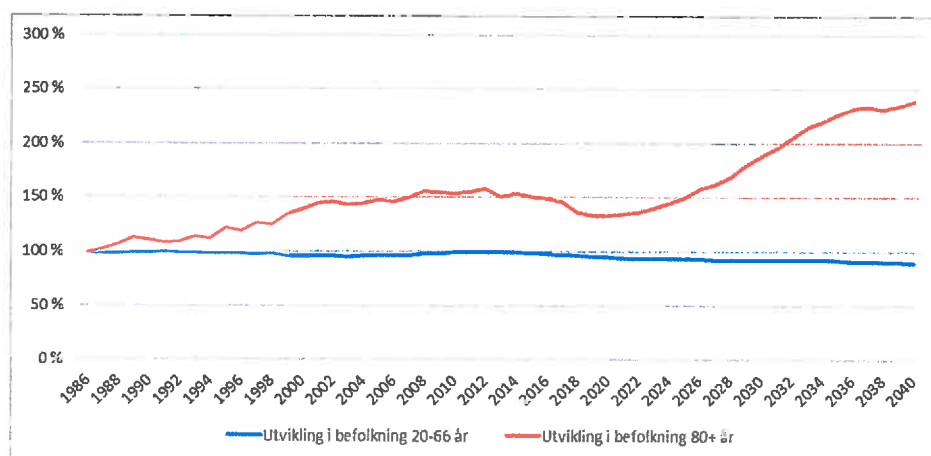
Bruk av omsorgstjenester øker kraftig med alder, og det framtidige antall eldre i befolkningen betraktes derfor som en av de viktigste drivkrefter bak økte utgifter. Dersom vi forutsetter samme bruksrater etter alder og kjønn som i dag, får vi et forenklet bilde av hvordan aldringen av befolkningen innvirker på framtidige utgifter.

En enkel beregning viser at kostnader for sykehjemsplasser i Rauma kommune vil øke med 28 % mot 2030 og med 51 % mot 2035, forutsatt at dagens kostnadsnivå opprettholdes og at det ikke skjer endringer i kvalitet, ressursbruk eller organisering av tjenestene. Helse- og omsorgstjenester er blant de største utgiftspostene i kommunebudsjettet og slike endringer vil ha stor betydning for kommunens økonomi og den øvrige tjenesteproduksjonen.



**Figur 10 Prognoser for kostnader for sykehjemsplasser og omsorgstjenester hjemme for Rauma kommune**

I tillegg til en kraftig økning av personer over 80 år i Rauma kommune, er det forventet at det over tid blir en reduksjon i antall personer i yrkesaktiv alder. Dette betyr at "aldersbæreevne" svekkes. Dette blir markant etter 2025. Denne kombinasjonen av mange eldre og få i yrkesaktiv alder er en av de største utfordringene helse- og omsorgstjenestene har fremover. Derfor er det viktig å se på muligheter for omstilling og endring av tjenestetilbudet slik at man kan utnytte ressursene på best mulig måte.



**Figur 11 Aldersbæreevne: forholdet mellom antall personer 20-66 år og 80+ i Rauma kommune**

### Omstilling og endring av tjenestetilbudet

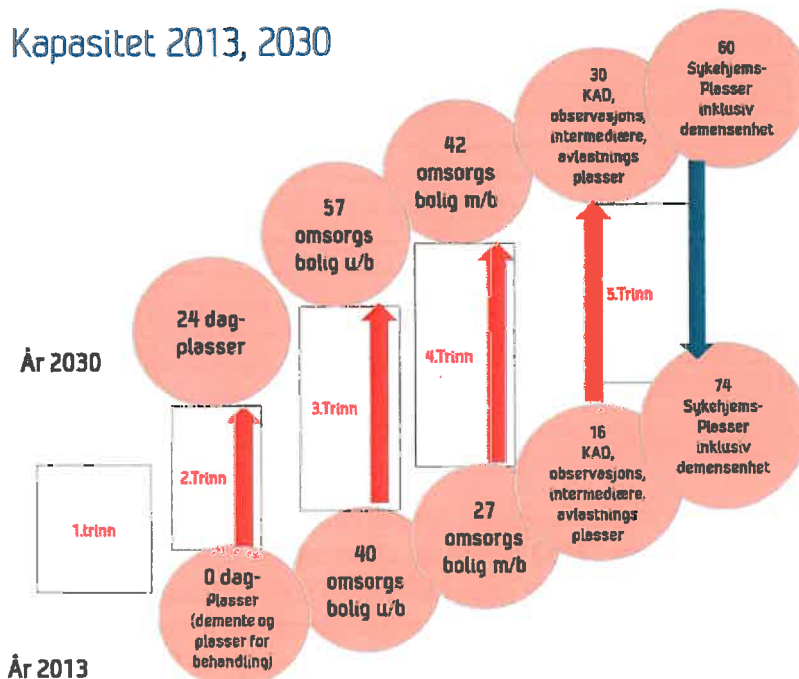
De aller fleste ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig forutsatt at de får hjelp når de har behov for det. Det er en ønsket utvikling for Rauma kommune å gå i retning av et tjenestetilbud der flest mulig kan bo lenge hjemme slik at behovet for døgnplasser i institusjon reduseres. Tiltak for å kunne oppfylle dette er:

- Økt kompetanse og bemanning i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester
- Bruk av velferdsteknologi
- Tett samarbeid og god kommunikasjon mellom tildelingskontor, hjemmebaserte- og institusjonsbaserte helse- og omsorgstjenester
- Opprettelse av dagsenter og videreutvikling av frisklivsentral

- Tilrettelegging og bruk av frivillige, pårørende, nettverk som støtte til hjemmeboende
- Etablering av omsorgsboliger som er tilrettelagt for brukere med høyt pleie- og omsorgsbehov
- Samlokalisering av døgnplasser i institusjon, dagsenter og omsorgsboliger

### 8.3 Fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov

Ved å ta utgangspunkt i dagens aktivitet og fremskrive denne demografisk for så å gjøre en kvalitativ vurdering av konsekvenser av potensielle drivere for endringer, er det for Rauma kommune beregnet følgende kapasitetsbehov fordelt på trinnene i omsorgstrappa. Dette er uavhengig av hvilket virksomhetsmessig alternativ man velger:



Figur 12 kapasiteter i 2013 og 2030

Figuren viser fordeling av kapasitetsbehov i forhold til «omsorgstrappa». Den viser en økning for alle trinn, med unntak av langtids døgnplasser hvor det er en nedgang. I et nytt helsehus blir det i 2030 med dette utgangspunktet og de forutsetningene som er beskrevet, behov for:

- 90 døgnplasser (kort- og langtids)
- 24 dagplasser (dagbehandlingsplasser og dagsenter)
- 42 omsorgsboliger med bemanning

I tillegg er det behov for 57 omsorgsboliger uten bemanning.

Sammenlignet med kommuner som har 7000-8000 innbyggere, ligger Rauma kommune noe høyere enn gjennomsnitt og median (16,75) i antall sykehjemsplasser pr 100 innbyggere i aldersgruppe 80 + i år 2013

**Tabell 7 Antall sykehjemsplasser på sykehjem pr 100 innbyggere i aldersgruppe 80 år+ i 2013 i kommuner med 7 000-8 000 innbyggere**

Kommuner med innbyggere tall fra 7000-8000 i 2013	Plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner, døgnplasser på sykehjem	Antall innbyggere i alder 80+ år i 2013	Antall sykehjemsplasser på sykehjem pr 100 innbyggere i alder 80+ år i 2013, for kommuner med 7000-8000 innbyggere
0415 Løten	85	353	24,1
1449 Stryn	88	380	23,2
1563 Sunndal	98	458	21,4
1657 Skaun	52	249	20,9
1820 Alstahaug	52	275	18,9
0419 Sør-Odal	78	433	18,0
1539 Rauma	90	510	17,6
0135 Råde	58	335	17,3
1256 Meland	36	210	17,1
0128 Rakkestad	68	414	16,4
1253 Osterøy	66	402	16,4
1813 Brønnøy	58	361	16,1
0425 Åsnes	92	591	15,6
1516 Ulstein	42	289	14,5
1420 Sogndal	37	349	10,6
1528 Sykkylven	36	398	9,0
1532 Giske	9	325	2,8
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>61,5</b>	<b>372,5</b>	<b>16,5</b>

I 2030 vil antall institusjonsplasser pr 100 innbyggere i Rauma kommune i aldersgruppe 80+ være på samme nivå som Sogndal kommune, som i 2013 hadde ca. 11 plasser pr 100. Til sammenligning hadde Sykkylven kommune 9 plasser pr 100 innbyggere i alder 80 + i 2013. 80 institusjonsplasser i Rauma kommune i 2020 vurderes som tilstrekkelig i forhold til å møte framtidens behov for døgnplasser. Dette forutsetter at det blir satt i gang og utviklet tiltak som er nevnt under avsnitt "Omstilling og endring av tjenestetilbudet" (kapittel 8.2).

Andel eldre i Rauma kommune vil falle de første årene fram mot 2020 før den stiger mot 2030. Behovet for døgnplasser er på dette grunnlaget beregnet til 80 innenfor tidsperspektivet for bygging av et nytt helsehus.

Viktige suksessfaktorer for å endre forbruket av døgnplasser er tiltakene som nevnt i kapittel 8.2. Derfor er det viktig å etablere funksjoner i det nye helsehuset som legger til rette for disse endringene. For å komme fram til de funksjoner som skal prioriteres i helsehuset er det innhentet referanser og inspirasjon fra andre gjennom erfaringer, litteratursøk, informasjon fra tilsvarende prosjekter, studiebesøk og en utviklingsprosess med workshops for ansatte og ledere i kommunen.

## 9 Utredning og valg av virksomhetsmessige alternativer

Gjennom arbeidet i to workshoper er det drøftet ulike alternativer for samlokalisering av virksomheter og funksjoner som kan støtte opp under målsettingene. Fra utgangspunktet med et sykehjem har det vært diskutert mulighetene og behovet for å legge andre funksjoner til helsehuset.

Tar man utgangspunkt i det opprinnelige forslaget om et sykehjem og kaller dette 0-alternativet, har de neste alternativene (1-3) i forskjellig grad lagt til nye funksjoner. Figuren under viser det mest omfattende alternativet hvor alle funksjoner som har vært foreslått i workshopen er lagt til eller ved helsehuset. De øvrige alternativene er beskrevet i dimensjoneringsgrunnlaget (vedlegg 1), og viser noen varianter med færre funksjonsområder enn dette som er vist i figuren under.



Figur 13 Alternativ foreslått i workshop

For å kunne prioritere hvilke funksjoner som skal inn i helsehuset har vi med utgangspunkt i målsettingen satt noen kriterier for å vurdere hvilke alternativ som i størst mulig grad bidrar til å oppfylle målsettingene og er innenfor det økonomiske handlingsrommet kommunen kan ha. Alternativ 3 er det som scorer høyest, men dette alternativet er svært omfattende og vil ha en investeringskostnad langt ut over kommunens bæreevne.

Tabell 8 Kriterier for valg av alternativ

Kriterier for valg av alternativ				
Kriterier (1-5 poeng)	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Økonomi	5	4	3	1
Helhetlig pasientforløp	1	2	3	5
Fleksibilitet i bemanning	1	4	4	5
Folkehelse	3	3	4	4
Faglig kvalitet	2	3	4	5
Oppnåelse av målsetting med innføring av prosjektet	2	2	4	4
<b>Sum</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>24</b>

Helsehuset er planlagt lokalisert på Stokkekaia. Dette er et område med muligheter for utvikling og etter hvert inkludering av funksjoner som det er ønskelig å ha samlokalisert med helsehuset. Et valg av et alternativ vil derfor ikke utelukke de andre, men gi mulighet for trinnvis utbygging.

For at kommunen skal kunne holde areal og kostnader nede foreslås det å prioritere alternativ 2 og gjennomføre utbyggingen i to byggetrinn.

Funksjonsområdene som inngår i helsehusets første byggetrinn (alternativ 2) er:

- 80 Kort- og langtids døgnplasser
- Base for hjemmetjenester
- Dagplasser og legevakt
- Dagaktivitetsplasser og frisklivsentral
- Kafe/kantine, vestibyle og fellesfunksjoner
- Garasjer og lager for hjelpemidler
- Administrative kontorer, stab

Funksjonsområdene som inngår i helsehusets andre byggetrinn (alternativ 2) er:

- 10 Kort- og langtidsplasser
- 42 Omsorgsplasser med bemanning
- Legesenter og legevakt
- Helsestasjon og jordmortjeneste
- Eventuelt radiologi

Prosjektet er foreslått delt i to utbyggingstrinn av hensyn til de økonomiske rammer og endringer i kapasitetsbehovet. Som tabellen om befolkningsutviklingen viser vil antall eldre gå ned mot 2020 og vil øke f.o.m. 2025. Dette betyr at det er tilstrekkelig med 80 døgnplasser fram mot 2020 dersom hjemmebaserte helse og omsorgstjenester styrkes. Dersom man har en fremdrift med ferdigstilling av byggetrinn 1 i 2017 og byggetrinn 2 i 2020 vil det være tilstrekkelig kapasitet i forhold til beregnet behov.

En deling av byggeprosjektet i to trinn vil gi muligheter til evaluering av behovet underveis. Etter 2017 når det nye bygget står ferdig, og kommunene i Norge har etablert akutte kommunale døgn tjenester, kan man basert på nyere data om befolkning, sykkelighet og forbruk av tjenester i kommunen, vurdere behovet for kapasiteter på nytt.

Man kan velge en modell med flere funksjoner i byggetrinn 1, noe som krever noe mer areal og øker investeringskostnaden. Det kan være en alternativ løsning å bygge 90 døgnplasser i første byggetrinn og så de første årene bruke 10 av plassene som omsorgsboliger. En av suksessfaktorene for helsehuset er samlokaliseringen mellom døgnplassene og omsorgsboligene. Det er derfor viktig at trinn 2 planlegges og gjennomføres som forutsatt her. Man kan også ta legesenter inn i byggetrinn 1. Det forutsetter at man finner andre leietakere i rådhuset der dagens legesenter er.

## **10 Funksjonsprogram for Helsehuset byggetrinn 1; virksomhetsbeskrivelser, arealbehov, funksjonelle krav og nærhetsbehov**

Funksjonsprogrammet (vedlegg 1) er en beskrivelse av funksjonsområdene i det nye helsehuset og omfatter kun funksjonsområdene som inngår i byggetrinn 1.

### **10.1 Døgnplasser**

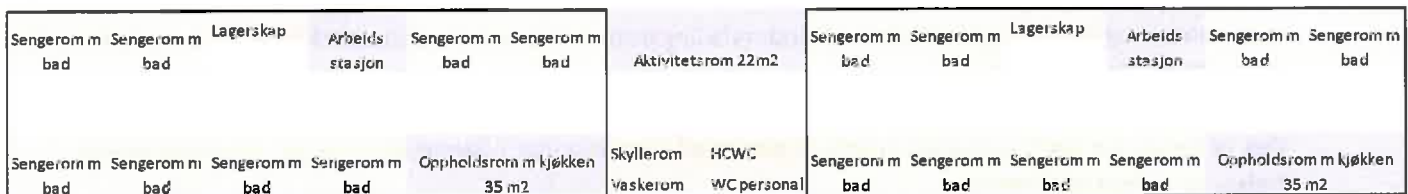
I dimensjoneringsgrunnlaget er det foreslått 80 døgnplasser totalt. Dette er tilstrekkelig for å dekke behovet fram mot 2020. Deretter vil det være behov for 90 plasser fram mot 2030. Det forutsetter en omfattende omlegging til hjemmebasert omsorg og etablering av tilrettelagte omsorgsboliger.



Døgnplasser er både for kort- og langtids opphold. Det forutsettes at disse kan utformes med en stor grad av generalitet slik at de kan utnyttes fleksibelt. Brukergruppene i helsehuset har forskjellige behov. Den generelle modellen for døgnenheter skal kunne tilpasses ulike behov, som for eksempel inndeling i små grupper, skjerming og tilrettelegging for mobilisering.

I nytt helsehus for Rauma kommune foreslås det at hver boenhet tilknyttes en desentral arbeidsstasjon. Et viktig spørsmål er hvor stor en enhet skal eller kan være og om det skal være ett eller flere oppholdsrom per gruppe. Her er det det flere forhold som må hensyn tas, både behovet til brukere for å unngå å måtte forholde seg til for mange mennesker og hensynet til at man får enheter som er hensiktsmessige og oversiktlige, spesielt for bemanning på kveld/natt/helg. Figur 8 viser en prinsippskisse med 8+8 sengerom med oppholdsrom med kjøkken for hver beboergruppe på 8 i tillegg til felles aktivitetsrom.

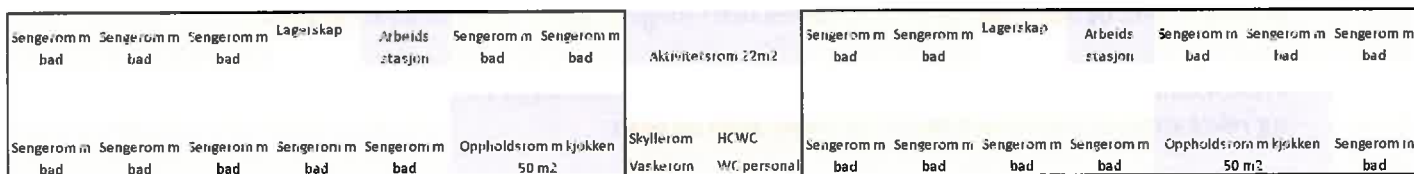
Døgnplasser helsehus, grupper på 8 beboere, illustrert med 2x8 og felles støtterom



Figur 14 Konsept for døgnplasser (8+8 plasser) i helsehus med støtterom

Figur 9 viser tilsvarende illustrasjon, men med beboergrupper på 10+10 sengerom med to alternativer; med ett oppholdsrom per 10 beboere eller to oppholdsrom per 10 beboere (dvs. ett per 5)

Døgnplasser helsehus, grupper på 10 beboere, illustrert med 2x10 og felles støtterom



Døgnplasser helsehus, grupper på 10 beboere, underinndelt i 2x5 illustrert med 2x10 og felles støtterom



Figur 15 Konsept for døgnplasser (10+10 plasser) i helsehus med støtterom

Arealmessig er det totalt sett lite forskjell mellom 10 rom pr enhet og 8 rom pr enhet. Den største forskjellen er sykepleierbemanning på kveld, helg og natt og hvordan løsninger i bygg påvirker bemanning. Dagens bemanning i Rauma kommune på 90 døgnplasser er på 19 pleiepersonell totalt på kveld derav ca. 8 sykepleiere. Omregnet til bemanning per gruppe, vil man med 10 grupper med 8 brukere ha 1,9 pleiepersonell per gruppe og ved 8 grupper med 10 brukere ha 2,37 personell per gruppe gitt dagens bemanningsnorm. Bemanning er avhengig av pleietyngde, og korttidsenheter og enheter for demente vil ha forskjellig bemanningsbehov. I praksis vil noen også kunne arbeide på tvers mellom gruppene og bistå hverandre på samme vakt.

Noen beboergrupper vil ha behov for skjerming for persontrafikk. Dette gjelder spesielt for beboergrupper der mange har alvorlig demens. Disse gruppene vil også ha behov for tilgang til skjermede uteområder. Arealet totalt for 80 døgnplasser er 3611 m<sup>2</sup> netto, eller 45 m<sup>2</sup>/døgnplass inklusiv støtterom. Da er 10 grupper med 8 i hver gruppe lagt til grunn. Det er forutsatt at det er kombinert kjøkken/oppholdsrom i hver bogruppe. Tilgang til kjøkkenfunksjonen er viktig for mange brukere. De kan da bidra i daglige aktiviteter og personalet blir tilgjengelig for brukerne og ikke «lukket inne» på kjøkkenet.

Det er planlagt areal dedikert for pårørende. Det kan være plass for kjøleskap og privat mat/drikke, pc arbeidsplass, lekekrok for barn osv. Hensikten er å legge til rette for at pårørende opplever at de er velkomne og det praktisk er tilrettelagt for at de kan oppholde seg der over tid.

## 10.2 Base for hjemmetjenester

Base for hjemmetjenester kan være samlokalisert med døgnenheten i helsehuset. Det er felles bruk av medisinerom og pause/oppholdsrom og undervisningsrom for disse funksjonsområdene. Det er planlagt 131 m<sup>2</sup> netto for denne funksjonen.

Det er behov for nært samarbeid mellom personell som arbeider i døgnenhetene og i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

## 10.3 Dagaktivitetsplasser og frisklivsentral

Dagaktivitetsplassene og frisklivsentralen er viktige arenaer for helsefremmende aktiviteter, forebygging og omsorg. Det er et tilbud til brukere som kommer hjemmefra og ifra helsehusets døgnplasser og omsorgsboliger. Disse funksjonsområdene vil ha treningsrom, treningskjøkken, grupperom og aktivitetsrom, og kan med fordel lokaliseres nært inngangsparti, kafe/kantine og festsal.

Frisklivsentralen har aktiviteter både inne og ute, og det planlegges et uteområde som inviterer til aktivitet og rekreasjon og som er attraktivt for både unge og eldre.

Det er planlagt 262 m<sup>2</sup> netto for dagaktivitetsplassene og frisklivsentralen.

## 10.4 Legevakt og dagbehandlingsplasser

Det planlegges 6 dagbehandlingsplasser for pasienter som kommer til medisinsk behandling (kjemoterapi, legemiddelinfusjoner, dialyse, fot-/sårbehandling). Det er hvilestoler som er lokalisert slik at de som oppholder seg der har dagslys og god utsikt. Disse arealene kan også benyttes for beboere i døgnplassene som hvileplasser/hud-/hårpleie.

Nært dagplassene og korttids døgnplasser er det også et lite laboratorium og tre undersøkelsesrom. Disse rommene kan benyttes til legevakt på kveld/natt/helg og på dagtid til undersøkelsesrom for ambulans personell fra spesialisthelsetjenesten og for pasienter i KAD.

For dagbehandlingsplasser er det beregnet 48 m<sup>2</sup>, dvs. 8 m<sup>2</sup> pr plass. For legevakt på kveld/natt/helg er det 3 undersøkelsesrom hver på 16 m<sup>2</sup>. I tillegg kommer laboratorium og venteplasser.

## 10.5 Logistikk og forsyning, person- og vareflyt

Det er planlagt 539m<sup>2</sup> netto for fellesarealer som resepsjon, varemottak, auditorium/festsal, lagerfunksjoner, minnerom, garderober, renhold osv.

### 10.5.1 Resepsjon, hovedatkomst

Det forutsettes at det er en felles hovedinngang med god atkomst. Resepsjonen er felles henvendelsepunkt for alle funksjoner i bygget. Det er planlagt 60m<sup>2</sup> netto for resepsjon og hovedatkomst.

Ambulanser har en egen atkomst og overdekket inngangsparti. Det samme gjelder også for varebiler til varemottaket.

### 10.5.2 Tøyhåndtering og garderober

Alt tøy med unntak av brukernes privattøy vaskes på eksternt vaskeri som kommunen har avtale med. Det er et lager ved varemottaket for dyner/puter og noe tøy. Ut over dette er det felles lager for rent tøy i hver etasje og lagring av tøy til daglig forbruk i arbeidsstasjonene i sengeområdene. Det er planlagt 80 m<sup>2</sup> netto for lagerfunksjoner.

Personalet har felles garderober. Der er beregnet 90 m<sup>2</sup> netto for garderober (felles for alle funksjoner).

### 10.5.3 Avfallshåndtering

Det forutsettes at det er kildesortering. Det er ikke avklart antall fraksjoner, men flere fraksjoner forutsetter sentralt avfallsrom med plass for flere beholdere for avfall og urent tøy. Avfallsrom er planlagt på 15 m<sup>2</sup> netto.

### 10.5.4 Vareforsyning

All vareforsyning kommer med bil til varemottaket i helsehuset. Det er et eget varemottak med plass for lagring av forbruksvarer. I varemottaket vil det også være avkjølt mottaksrom for mat fra eksternt produksjonskjøkken. Det er planlagt 40 m<sup>2</sup> netto for denne funksjonen.

### 10.5.5 Renhold

Det er et sentralt renholdsrom i helsehuset der alle renholdstraller, utstyr og rengjøringsmidler oppbevares. Senger rengjøres i sengerommene. Dersom det er behov for særskilt rengjøring og reparasjoner er det et ekstra rom for dette i helsehuset. Lager for renholdstraller og vaskemidler er planlagt på 25 m<sup>2</sup> netto.

### 10.5.6 Kjøkken, kafe/kantine

Parallelt med konseptstudien har Rauma kommune gjennomført en utredning om kjøkkenfunksjonene. Utredningen omhandler i første rekke produksjonskjøkken for institusjons- og hjemmeboende som har behov for matleveranser, og hvorvidt dette skal samlokaliseres med helsehuset. Det finnes flere alternative løsninger, blant annet opprettholdelse av dagens produksjonskjøkken i Rauma sykehjem, etablering av produksjonskjøkken i Åndalsnes sykehjem (som blir omsorgsboliger) eller etablering i det nye helsehuset.

Det anbefales at dersom man velger en kok-kjøøl løsning kan kjøkkenfunksjonen med fordel lokaliseres andre steder enn i helsehuset. Dette på grunn av investeringskostnadene og muligheter for gjenbruk av eksisterende bygg, samt redusert trafikk rundt helsehuset.

Helsehuset planlegges med mottaksrom for mat fra produksjonskjøkkenet, og postkjøkken samt kantine/kafe planlegges med kombidampere. Det er 90 m<sup>2</sup> netto til kafe/kantine inkludert kioskfunksjon. I tillegg er det 90 m<sup>2</sup> netto til auditorium/festsal.

### 10.5.7 Garasjer og lager for hjelpemidler

Det planlegges garasje for 4 biler som tilhører helsehuset (hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester). Garasjer og lager for hjelpemidler kan være i et eget bygg som har lavere bygningsmessige og tekniske krav enn helsehuset for øvrig. Totalt er garasje og hjelpemidlerlager på 225m<sup>2</sup> netto.

## 10.6 Uteområder

Tilgang til uteområder er viktig for både beboere og ansatte i helsehuset. Med Rauma kommunes logo «verdens beste kommune for naturglade mennesker» bør omgivelsene rundt helsehuset gjenspeile dette.

Det forutsettes at alle beboere i helsehuset, og spesielt prioritert de som har langtids døgnplasser, skal ha direkte tilgang til uteområder, enten på bakkeplan eller på terrasser. Det legges spesielt til rette for pasienter med demens slik at de kan gå fritt f.eks. i en sansehage.



Figur 16 Terrasse på Ladesletta

I tillegg til uteområder for beboere og ansatte bør det som en del av frisklivsentralen etableres en aktivitetspark der det kan forgå aktiviteter både for helsehusets ansatte og beboere, men også for besøkende og for øvrige som bor i kommunen. Det er hentet inspirasjon til dette fra «Finalebanen» i Trondheim (se bilder under)



Figur 17 Finalebanen i Trondheim

## 10.7 Nærhetsbehov

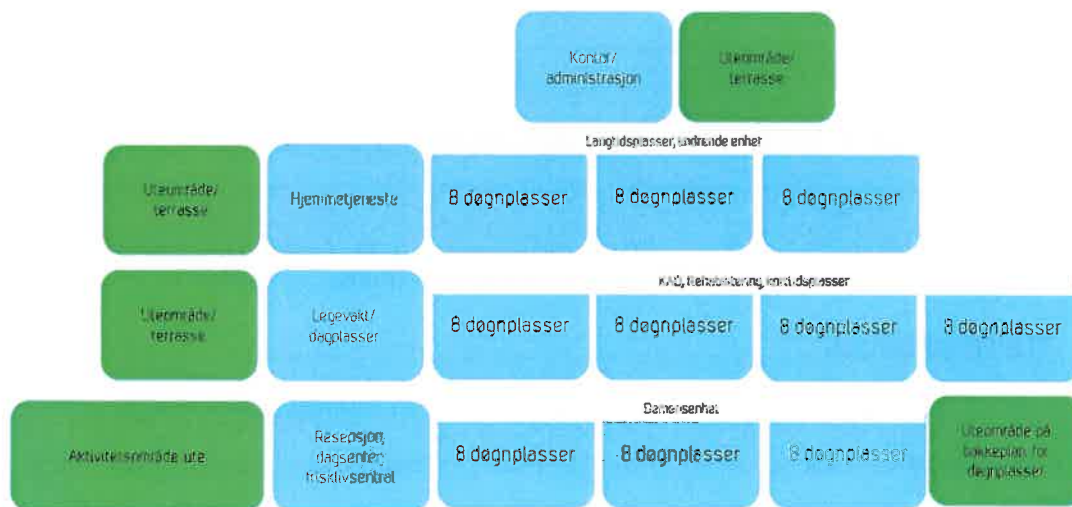
I figuren under er det vist en nærhetsdiagram for de ulike funksjonsområdene i helsehuset, inklusiv nærhetsbehov til uteområder. Denne tar utgangspunkt i grupper på 8, addert opp til områder på 24 til 32. Løsningen for funksjonsområdene kan være på ulike måter, og figuren illustrerer først og fremst nærhetsbehov.

Det er for alle bogrupperne behov for å ha lett tilgang til uteområder. Base for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester kan med fordel lokaliseres sammen med langtids døgnplasser. Det vil være felles medisinerom, felles møterom og pauserom for disse funksjonene.

Dagplasser for behandling (for f.eks. kjemoterapi og dialyse) kan med fordel lokaliseres sammen med korttids døgnplasser. Legevakt vil også kunne benytte felles undersøkelsesrom og dagplassene kan benyttes som observasjonsplasser på kveld/natt/helg. Det vil være laboratorium som benyttes felles for disse funksjonene.

Frisklivsentral og dagsenter har fokus på aktiviteter og aktivisering både inne og ute og uteaktivitetene vil være i en aktivitetspark som er tilrettelagt for brukere i alle aldre.

## Nærhetsdiagram nytt Helsehus, trinn 1



Figur 18 Nærhetsdiagram for funksjonsområdene i byggetrinn 1 i helsehuset

## 11 Funksjonsprogram for Helsehuset byggetrinn 2; virksomhetsbeskrivelser, arealbehov, funksjonelle krav og nærhetsbehov

### 11.1 Omsorgsboliger og døgnplasser

Det er foreslått at utviklingen av helsehuset skjer i to byggetrinn. I byggetrinn 2 (ferdigstilt i 2020) foreslår vi at det etableres omsorgsboliger, legesenter, helsestasjon og jordmortjeneste.

Det er beregnet behov for 42 omsorgsboliger med bemanning i Rauma kommune i 2030. For å kunne utnytte den samlede ressursen for hjemmebasert helse- og omsorg, er den beste lokaliseringen sammen med døgnplassene (i byggetrinn 1). En samlokalisering gir helt andre muligheter for å unngå bruk av døgnplasser enn om de er lokalisert på flere steder. Når det er tilrettelagte boliger med kort avstand til dagplasser, frisklivsentre og base for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester vil flere kunne oppleve trygge bomiljø og fellesskap som kan føre til at de har mulighet til å bo i egen bolig.

I 2030 er det beregnet behov for 90 døgnplasser. I byggetrinn 1 er det planlagt 80, slik at det gjenstår 10 døgnplasser i byggetrinn 2. Disse 10 døgnplassene må lokaliseres i sammenheng med øvrige døgnplasser, slik at de inngår i enheter som kan bemannes på en effektiv måte på kveld/natt/helg.

### 11.2 Legevakt og helsestasjon/jordmortjenester

Legetjenesten er sentral i helsetjenestene i kommunen. Legene i legesenteret understreker at de ikke har noen umiddelbare behov for å flytte legesenteret til helsehuset. En samling av helse- og omsorgstjenestene vil kunne gi et godt utgangspunkt for samarbeid på tvers av profesjoner og enheter. Når kommunen skal ta hånd om øyeblikkelig hjelp pasienter og ha intermedieærbehandling fra sykehusene vil det bli økt behov for tilgjengelig medisinsk kompetanse. Dagbehandling med kjemoterapi, eventuell dialyse og ulike infusjoner

medfører behov for god kommunikasjon mellom leger og sykepleiere. Det er også behov for en mer helhetlig tilnærming til tjenestetilbudet fra fastleger og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester for kronisk syke. Med bakgrunn i dette vil vi foreslå å planlegge for legesenter og legevakt i byggetrinn 2 i helsehuset. I byggetrinn 1 legges det til rette for en midlertidig løsning for legevakt i helsehuset.

Helsestasjon og jordmortjenester hører naturlig sammen med legesenter, og noen kommuner etablerer helsestasjon for eldre. Man vil da kunne få et større fokus på forebygging, noe som er i tråd med samhandlingsreformen.

Det er planlagt 400m<sup>2</sup> netto areal for legesenter/legevakt og helsestasjon/jordmortjeneste. I dag har legesenteret 700 m<sup>2</sup> brutto i bygg som ikke er bygget for formålet.

Edda legesenter i Trondheim har til sammenligning 5 leger og 277 m<sup>2</sup> netto, inkludert areal for undervisning av studenter.

### 11.3 Romprogram og sammenstilt arealbehov

Romprogram for Helsehuset i Rauma er oppsummert i tabell 4. Detaljert romprogram med alle funksjoner og rom følger som vedlegg i Excel format.

**Tabell 9 Samlet arealbehov for nytt Helsehus, Rauma kommune, byggetrinn 1**

Arealfordeling per delfunksjon, netto og bruttoareal, Helsehuset, byggetrinn 1			
	Antall	m <sup>2</sup> /plass/rom	Total areal netto, m <sup>2</sup>
Døgnplasser	80	45	3 611
Base hjemmetjeneste			131
Dagsenter/frisklivsenter			262
Fellesareal			539
Administrasjon			135
Totalt netto areal			4 678
Totalt bruttoareal, b/n faktor 1,65			7 719
Garasje/hjelpemidler			225
Totalt nettoareal			225
Totalt bruttoareal, b/n faktor 1,2			270
Totalt bruttoareal Helsehus			7 989

Programmet viser at det er behov for totalt 4 903 m<sup>2</sup> netto og 7 989 m<sup>2</sup> brutto. Brutto-netto faktor på sykehjem på 1,65 er i tråd med anbefalinger fra Bygganalyse. Det er en lavere b/n faktor for garasje og lager for hjelpemidler, som kan være i et eget bygg med enklere bygningsmessige krav enn helsehuset for øvrig.

Til sammenligning har Bergsodden sykehjem i Harstad 8 000 m<sup>2</sup> for 72 døgnplasser og dagsenter for 20, dvs. godt over det som nå er foreslått for Rauma. I helsehuset i Rauma er det viktig at arealene kan brukes fleksibelt, spesielt funksjonsarealer som har sin hovedaktivitet på dagtid.

Beregnet arealbehov for byggetrinn 2 er 4 210 m<sup>2</sup> brutto. Det inneholder 42 omsorgsboliger, 10 døgnplasser (660 m<sup>2</sup> brutto), legesenter m/legevakt og helsestasjon/jordmortjeneste.

## 12 Framtidig organisering av fremtidige helse- og omsorgstjenester i Rauma kommune

Bygg påvirker virksomheter ved at det oppstår hindringer eller muligheter for god arbeidsflyt, samhandling, kommunikasjon og drift. Bygget gir muligheter men det er ansatte og ikke minst ledere som må ha vilje og ønske om å gjennomføre endringer.

Helsehuset i Rauma planlegges slik at det skal være samhandlingsarenaer mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte helse- og omsorgstjenester. Det vil være arbeidsprosesser slik som f.eks. legemiddelhåndtering som er felles, og utvikling av felles dokumentasjonssystemer og velferdsteknologi vil gi god utnyttelse av felles ressurser.

I helsehuset er det planlagt noe administrative funksjoner. Med en forutsetning om omfattende endringer i tjenestetilbudet er nærvær fra ledere og støtteapparat positivt for endringsprosessene.

## 13 Driftsøkonomi

Bakgrunnen for å sette i gang konseptutredningen er behovet for å samle ressursene ved en samlokalisering av dagens sykehjem i Rauma kommune. I arbeidet med konseptutredningen har man sett at også samlokalisering av andre virksomheter slik som hjemmetjeneste kan gi en bedre utnyttelse av bemanning og kompetanse. I tillegg vil samlokalisering av disse samt dagsenter og frisklivsentral føre til at man kan tilby tjenester for befolkningen i kommunen som fører til at flere kan bo hjemme lengre.

### 13.1 Driftsøkonomiske analyser

Rauma kommune har i sitt omstillingsprogram sagt at det skal være en bedre utnyttelse av dagens ressurser. Bygging av nytt helsehus skal ikke finansieres ved redusert bemanning, men driftseffektive bygg skal gi bedre utnyttelse av ressursen. Når man går fra døgnbemanning i tre institusjoner til døgnbemanning i en, vil det naturlig nok være mulig å utnytte bemanning på kveld/natt/helg bedre enn man har i dag. Brukernes behov og hvilke oppgaver som skal gjøres er selvsagt premissgivende for bemanningsbehov. Nye funksjoner som for eksempel KAD og brukergrupper med større pleie- og omsorgsbehov i fremtiden er avgjørende, men er ikke analysert nærmere her.

Dagens bemanning i sykehjem og omsorgssenter i Rauma kommune; kveld/natt/helg er vist i tabell 5. Det er sumtall for både Rauma og Åndalsnes sykehjem, og den øverste tabellen viser maksimum bemanning og den nederste minimum bemanning i dagens drift.



**Tabell 10 Oversikt ovenfor dagens bemanning på Åndalsnes og Rauma sykehjem**

Maksimum	Virkedager		Helg	
	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Sykepleiere	Helsefagarbeidere
Dag max.	14	23	8	22
Kveld max	10	13	8	15
Natt	2	4	2	4

Minimum	Virkedager		Helg	
	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Sykepleiere	Helsefagarbeidere
Dag min.	8	17	5	18
Kveld min.	6	9	4	11
Natt	2	4	2	4

Dersom man forutsetter 80 døgnplasser i nytt helsehus med 24-32 døgnplasser per plan og 2 personer på natt på hvert plan, blir det til sammen 6 på natt. På dag og kveld er det stor variasjon i bemanning og kommunen har i dag 6 pleiepersonell totalt på natt i de to sykehjemmene. I nytt helsehus vil det være behov for å styrke bemanningen for legevakt/KAD. Ved å samlokalisere dagens to sykehjem i et helsehus vil man kunne bruke bemanningen fleksibelt i kort- og langtids døgnenheter, dagsenter og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

## 14 Kostnadsoverslag, investeringer

I vedlegg 3 estimeres investeringskostnader for helsehuset. Følgende forutsetninger er lagt til grunn:

Sykehjemsbygg	Nøkkeltall er gitt av Norsk prisbok 2014, bygningstype 7.2 Sykehjem, konto 7.2.2 Bo- og behandlingssenter, underkonto 7.2.2.4 Kompakt 5 etasjer – Passivhus	29 008 kr/m <sup>2</sup> BTA
Garasje	Nøkkeltall er gitt av Norsk prisbok 2014, byggekategori 4.3.1 Parkeringshus over terreng	7 376 kr/m <sup>2</sup> BTA

I disse nøkkeltallene inngår ikke utomhuskostnader eller inventar og utstyr. For disse er det anslått følgende nøkkeltall:

Utomhusarbeider	Nøkkeltall er beregnet ut fra et referanseprosjekt – se vedlegg Y.	2 157 kr/m <sup>2</sup>
Inventar og utstyr	Nøkkeltall er hentet fra erfaringstall fra SINTEF og Oslo kommune, se vedlegg Y Antatt gjenbruk er satt til 15 %	1826 kr/m <sup>2</sup> BTA

Byggeareal er basert på funksjonsprogrammet som gir følgende kvadratmeter bruttoareal per byggetrinn:

	Byggetrinn 1- m2	Byggetrinn 2 – m2	Til sammen – m2
Sykehjem	7 989	4 227	12 216
Garasje	270	0	270

Utomhusareal er beregnet slik: Hele tomta for helsehuset er fra eiendomsavdelingen oppgitt å utgjøre ca. 18 dekar. Utomhusarealet (tomteareal minus byggenes «fotavtrykk») er basert på at byggetrinn 1 er i 4 etasjer, byggetrinn 2 i 2 etasjer og garasje i 1 etasje, og det er forutsatt at det totale tomtearealet fordeles på byggetrinnene i forhold til bygningsareal.

	Totalt – m2	Byggetrinn 1 – m2	Garasje – m2	Byggetrinn 2 – m2
BTA bygg		7 989	270	4 227
Bebygd areal		1 862	270	2 072
Tomteareal	18 000	11 564	inkl. b.tr. 1	6 436
<b>Utomhusareal</b>		<b>9 433</b>		<b>4 364</b>

Basert på disse forutsetningene er investeringskostnadene estimert som følger:

	Byggetrinn 1			Byggetrinn 2		
	BTA	kr/BTA	NOK	BTA	kr/BTA	NOK
Bygg	7 989	29 009	216 001 014	4 227	29 009	120 213 296
Garasje	270	7 376	1 991 520	0		
<b>SUM bygg</b>	<b>7 716</b>		<b>217 992 534</b>	<b>4 144</b>		<b>120 213 296</b>
Utomhus	9 433	2 157	20 345 543	4 364	2 157	9 412 644
Inventar og utstyr	7 446	1 826	13 600 000	4 144	1 826	7 568 950
<b>Sum inkl. MVA</b>			<b>251 938 077</b>			<b>137 194 890</b>

Med usikkerhetsspenn +/- 20 % blir investeringsspennet slik:

Estimert totalkostnad		Byggetrinn 1	Byggetrinn 2	Sum
		NOK	NOK	NOK
Estimerte investeringer		251 938 077	137 194 890	389 132 966
Usikkerhet	minus 20%	201 550 461	109 755 912	311 306 373
	pluss 20%	302 325 692	164 633 868	466 959 560

## 14.1 Årskostnader

I vedlegg 3 estimeres årskostnader knyttet til bygget (kapitalkostnader og FDVU kostnader). Årskostnader for inventar og utstyr inngår ikke. For beregningene er Statsbygg sitt kalkulasjonsverktøy benyttet som vist i vedlegget, og det er lagt til grunn kalkulasjonsrente på 4 % og kroneverdi per oktober 2014. Oppsummert gir dette følgende resultat:

**Tabell 11 Årskostnader for helsehus i Rauma kommune**

	Byggetrinn 1		Byggetrinn2		Garasje	
	Eier	Leietager	Eier	Leietager	Eier	Leietager
Kapital	11 151 641	0	6 088 640	0	91 436	0
Forvaltning	297 840	0	165 760	0	2 160	0
Drift	3 201 780	0	387 796	1 394 124	110 160	0
Vedlikehold	967 980	0	405 946	132 774	24 300	0
Utvikling	148 920	0	82 880	0	2 700	0
<b>Sum årskostnad</b>	<b>15 768 161</b>	<b>0</b>	<b>7 131 021</b>	<b>1 526 898</b>	<b>230 756</b>	<b>0</b>

Leietager i byggetrinn 2 er legesenteret og omsorgsboliger.

Samlede årskostnader: Byggetrinn 1: 15 768 161 + 230 756 = 15 998 917 kroner.

Sum FDVU kostnader: Byggetrinn 1: 4 616 520 + 139 320 = 4 755 840 kroner  
 Byggetrinn 2: Eier 1 042 382  
 Leier 1 525 898 = 1 569 280 kroner

## 15 Finansiering

Utgangspunktet for konseptutredningen var et arealbehov på ca. 6 000 m<sup>2</sup> brutto for 90 sykehjemsplasser. I saksgrunnlaget for vedtaket i kommunestyret om oppstart av konseptstudien står det:

*«Ved maksimalt tilskudd fra Husbanken og full MVA refusjon vil 75 % av investeringskostnadene dekkes av Staten. Bidraget fra Wenaasgruppen vil utgjøre 11 %. Dersom Rauma kommune får et lån med dagens rentenivå, vil dette tilsvare ca. 2 mill./år. Dersom dette kan dekkes inn ved økt effektivisering, vil man kunne få en kvalitetsøkning uten økte årlige kostnader».*

I det følgende vurderes finansiering av byggetrinn 1. Forutsetningene for dette er justert ift. saksgrunnlaget for vedtaket i kommunestyret:

- Arealbehovet er estimert til 7 446 m<sup>2</sup> BTA (sykehjem) pluss 270 m<sup>2</sup> BTA (garasje)
- Antall sykehjemsplasser i byggetrinn 1 er forutsatt lik 80
- Antall dagplasser i byggetrinn 1 er forutsatt lik 24

Følgende spesielle investeringsforutsetninger legges til grunn for finansieringsplanen:

1. Gave fra Wenaasgruppen 35 millioner kroner
2. Husbankens regler for Investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem:

«Fra 2014 har gjennomsnittet av den statlige tilskuddsandel pr. boenhet økt fra 35 prosent til 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent pr. omsorgsbolig og 55 prosent pr. sykehjemsplass.

Tilskudd til fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger har økt til 55 prosent av godkjente anleggskostnader når kommunene skal gi heldøgns tjenester.

Det gis også 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud. Dagaktivitetstilbudet gjelder ulike grupper hjemmeboende som har behov for et slikt tilbud. Det er ikke knyttet krav til heldøgns tjenester i disse tilfellene. Veiledende størrelse på lokaler til dagaktivitetstilbud er 10 kvm pr. bruker».

- Anleggskostnaden pr. boenhet i omsorgsbolig og sykehjem økes fra 2 885 000 kroner til 3 300 000 kroner i pressområder for å avhjelpe kommuner med særskilt høyt kostnadsnivå.
- Maksimale tilskuddssatser til en omsorgsbolig i pressområder er 1 485 000 kroner og for en sykehjemsplass 1 815 000 kroner.
- I landet for øvrig er satsene 1 298 250 kroner for en omsorgsbolig og 1 586 750 kroner for en sykehjemsplass.

Omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med investeringstilskudd må være tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen [velferdsteknologi](#).

I Husbankens retningslinjer HB 8.B.18 datert 07.2014 står det at:

«For 2014 gis tilskuddet ut fra en anleggskostnad på maksimalt 2,885 mill. kroner per sykehjemsplass eller omsorgsbolig. Dette gir en maksimal tilskuddssats på 1 298 250 kroner per omsorgsbolig og 1 586 750 kroner per sykehjemsplass».

Første byggetrinn forutsettes kun å romme kommunale funksjoner, etter som legesenter og omsorgsboliger først kommer i andre byggetrinn.

### 3. Momskompensasjon

Finansdepartementet skriver i **Prinsipputtalelse/fortolkning**, 02.03. 2004: Særlig om fast eiendom – loven § 4 annet ledd nr. 3 «Hovedregelen er at en kommune som selv fører opp et bygg vil få merverdiavgiften på byggekostnadene helt ut kompensert. Det samme gjelder merverdiavgift på driftskostnader i fast eiendom som kommunen eier og driver». I finansieringsplanen legger vi til grunn at kommunen er berettiget til full kompensasjon av investeringskostnadene.

### Tilskudd fra Husbanken

Tilskudd gis med maksimalt 1 586 750 per sykehjemsplass og dagplass:

- Sykehjem      80 x 1 586 750 = 126 940 000 kroner
- Dagplasser    24 x 1 586 750 = 38 082 000 kroner

Til sammen                                      165 022 000 kroner

Maksimalt tilskudd er betinget av at anleggskostnaden ikke overstiger maksimalgrensen for tilskuddsberettigede anleggskostnader, som i dette prosjektet er:

- Sykehjem 80 x 2 885 000 = 230 800 000 kroner
- Dagplasser<sup>6</sup> 10 x 1,65 kvm/plass x 24 x 29 009 = 11 487 564 kroner

Sum tilskuddsberettiget anleggskostnad 242 287 564 kroner

Estimerte anleggskostnader for byggetrinn 1 er 257 416 801 kroner, altså 15 129 237 kroner høyere en grensen. Beregnet tilskudd må derfor reduseres med dette beløpet. Her må det presiseres at beløpsgrensen som er beregnet for dagplasser er konservativt vurdert, og det kan sannsynligvis oppnås noe bedre betingelser når søknadsgrunlaget til Husbanken utarbeides i større detalj.

Finansieringsplanen for byggetrinn 1 blir med disse forutsetningene slik basert på estimerte kostnader før eventuelt usikkerhetstillegg.

**Tabell 12 Finansiering av helsehuset i Rauma kommune**

Finansieringselementer	Satser	Plasser	Kroner	Finansiering	Merknad
Estimert anleggskostnad Rauma				257 417 000	
Maksimalt tilskudd sykehjemsplasser	1 586 750	80	126 940 000		
Maksimalt tilskudd dagplasser	1 586 750	24	38 082 000		
Maksimalt tilskudd			165 022 000		
Max. anleggskostnad sykehjemsplasser	2 885 000	80	230 800 000		
Max. anleggskostnad dagplasser	2 885 000	24	11 487 564		10 kvm/plass x nøkkeltall byggekostnad
Tilskuddsberettiget anleggskostnad			242 287 564		
Tilskudd; 55 % av tilskuddsberettiget				-133 258 160	
Gave				-35 000 000	Wenaasgruppen
MVA kompensasjon	0,2			-51 483 400	Full momsrefusjon
SUM finansiering				-219 741 560	
Rest				37 675 440	

Restfinansieringsbehovet er ca. 38 millioner kroner. Dersom finansieringsbehovet beregnes ut fra estimert anleggskostnad med et usikkerhetsspåslag på +20 %, blir restfinansieringsbehovet ca. 79 millioner kroner.

Lånefinansiering til dagens rentenivå (kalkulasjonsrente lang sikt (50 år = 3,58 %) vil gi rentekostnad som er ca. 2,1 millioner kroner i år 0. Dersom investeringskostnaden økes med 20 % for usikkerhet, vil rentekostnaden i år 0 være ca. 4,4 millioner kroner.

## 16 Modell for realisering

### 16.1 Modellevaluering

Alternative anskaffelsesprosedyrer og gjennomføringsmodeller er beskrevet og deres egnethet er evaluert ut fra prosjektets interne og eksterne rammebetingelser i vedlegg 4.

<sup>6</sup> Veiledende grunnlag er 10 kvm per dagplass, som må multipliseres med brutto-/netto-faktor for å finne størrelsen på bruttoarealet, og så multipliseres med nøkkeltall for investeringskostnad. Her er konservativt kun lagt inn byggekostnaden (altså eksklusiv utomhus- og utstyrskostnader).

Følgende gjennomføringsmodeller er beskrevet og evaluert opp mot kriterier som er beskrevet i avsnitt 4.3 i vedlegg 4:

- Delt leverandørorganisasjon
  - Byggherrestyrte delte entrepriser
  - Hovedentreprise
  - Generalentreprise
- Integrrert leverandørorganisasjon
  - Totalentreprise
- Integrrert organisasjon
  - Samspillmodell
  - OPS

Det er foretatt en poengsetting for de ulike modellene der Samspillmodellen kom best ut. Poengsettingen er ingen «eksakt vitenskap», og disse modellene må anses å komme ut relativt likt. Det er derfor foretatt en kvalitativ vurdering av disse som ender opp med følgende:

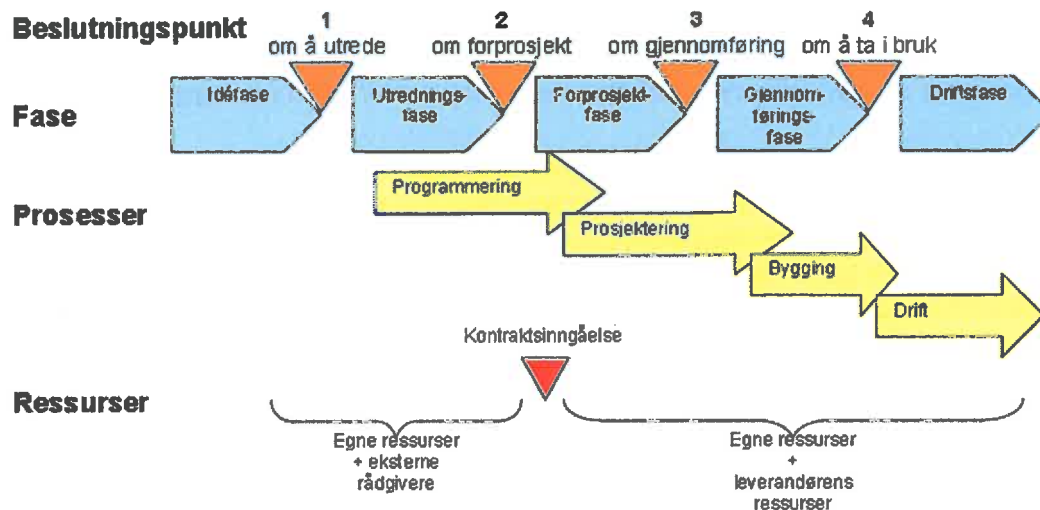
- Totalentreprise medfører relativt stor byggherresisiko forbundet med kvalitet og driftsøkonomi for et så vidt komplekst prosjekt, og kan derfor etter vår vurdering ikke anbefales
- OPS modellen er interessant først og fremst fordi den relativt tidlig vil gi sikkerhet for leiepris i et langsiktig perspektiv, men andre forhold gjør at modellen i evalueringen vurderes bak både generalentreprise og samspillmodell
- Generalentreprise kommer ut som nest best egnet modell. Byggherre kan om ønskelig selv velge underentreprenører for entrepriser som er særlig viktige for brukskvalitet, og tiltransportere disse til generalentreprenøren mot påslag på entripresummene.
- Samspillmodell kommer best ut, til tross for at markedets og Rauma kommunes modenhet for modellen kan være svak.

Vår anbefaling er å velge Samspillmodell, forutsatt at det engasjeres prosjektledelse med nødvendig kompetanse, og at en nærmere markedsvurdering gir positivt resultat. Subsidiært anbefales Generalentreprise som gjennomføringsmodell.

## 16.2 Gjennomføringsmodell

Vår primære anbefaling er å velge en **samspillmodell**. Denne gjennomføres slik som illustrert i figuren nedenfor

Samspillpartner kontraheres umiddelbart etter fullført utredningsfase, og inngår i en felles prosjektorganisasjon med Rauma kommune i prosjekteringsfasen (kalles gjerne samspillfasen i denne modellen). Når prosjektet er ferdig utviklet, inngås en totalentreprisekontrakt for gjennomføringsfasen på grunnlag av spillereglene som ble fastsatt ved kontrahering av samspillpartner. Om samspillet skal fortsette i driftsfasen bør fremgå i grunnlaget for kontrahering av samspillpartner, eventuelt som en opsjon.



Figur 19 Samspillmodell

Som konklusjonen i pkt. 4.3 bør det etter at prosjektledelseskompetanse er kontrahert og før endelig valg av samspillmodell gjøres, gjennomføres en kartlegging av det lokale markedets modenhet for modellen. Dersom denne kartleggingen blir negativ, eller hvis prosjektfremdriften tilsier at det er for lite tid til å gjennomføre dette, er vår sekundære anbefaling at Rauma kommune bør velge en generalentreprisemodell slik som figuren nedenfor illustrerer.

Prosjektutviklingen skjer på følgende måte:

- Rauma kommune etablerer et *prosjektstyre* som utarbeider mandat for prosjektorganisasjonen og nominerer en *prosjektansvarlig* fra egen organisasjon
- Prosjektstyret nominerer en *prosjektleder*, enten fra egne rekker eller ved innleie. Prosjektorganisasjonen gjennomfører markedstesting av modenhet for samspillmodellen
- Prosjektorganisasjon etableres og utarbeider styringsdokument for prosjektet basert på om prosjektet gjennomføres i en samspillmodell eller i en generalentreprisemodell.
- Deretter kontraheres arkitekt, rådgivende ingeniører og eventuelle andre spesialrådgivere
- Skisseprosjekt gjennomføres og godkjennes før det startes opp en forprosjektering som ivaretar styringssignaler fra prosjektstyret.
- Kostnadsrammer og fremdriftsplan utarbeides og godkjennes før detaljprosjektering og kontrahering av alternativt totalentreprise (samspillmodell) eller general-entreprenør og eventuelle underentrepriser kommunen selv vil anskaffe, samt utarbeiding av innstilling(er).
- Byggefase følger så opp tett av kommunens prosjektleder.

### 16.3 Kontraheringsmodell

Først må nødvendig prosjektlederkompetanse kontraheres for å få i gang prosjektlederorganisasjonen. Det kan gjøres på grunnlag av gjeldende rammeavtaler Rauma kommune har inngått.

Hvis samspillmodell legges til grunn kontraheres dernest samspillpartner. Dette skjer i en konkurranse basert på målpris som settes av kommunen, «åpen bok», og insitamentsordninger. Pris er altså ikke et utvelgelseskriterium. Dette trinnet utgår dersom Generalentreprise legges til grunn.

Dernest følger kontrahering av prosjekterende og eventuelle spesialrådgivere for skisseprosjektering, forprosjektering, og utarbeiding av spesifikasjoner som grunnlag for kontrahering av entreprenører. I samspillmodellen er det den felles prosjektorganisasjonen som står som oppdragsgiver.

Til sist kontrahering av utførende for byggeprosessen. I samspillmodellen vil grunnlaget være gitt gjennom kontraheringen av samspillpartner, utviklingen av prosjektet i samspillfasen, og hvordan totalentreprisekontrakten utformes iht. til gjeldende insitamentsprogram. Alternativt gjennomføres en ordinær kontraheringsprosess for generalentrepriser og eventuelle entrepriser som kommunen velger å kontrahere selv for senere tiltransport til generalentreprenør.

Kontraheringsmodell bør i alle trinn være enten åpen eller begrenset anbudskonkurranse, men for kontrahering av prosjekteringsgruppe kan Plan- og designkonkurranse vurderes – spesielt hvis videre prosjektutvikling viser at prosjektet vil bestå av mer enn det rene helsehusprosjektet. I så fall kan konkurransen brukes til å få frem idéer til hvordan videre prosjektutvikling bør gjennomføres. Endelig modellvalg (samspill eller generalentreprise) bør vurderes og fastsettes i forbindelse med utarbeiding av prosjektets styringsdokument.

Ut fra prosjektets art og forventet markedsinteresse, anbefales, hvis tiden tillater det, å benytte begrenset konkurranse. Dette fordi det vil gi minst belastning både på oppdragsgivers organisasjon og (totalt sett) for de som skal gi anbud. Prosessen er nærmere beskrevet i vedlegg x

Dersom man i stedet velger prosedyren åpen anbudskonkurranse spares tid og ressurser for prekvalifisering, men risikerer da at arbeidsomfanget med å evaluere tilbudene blir betydelig større dersom det kommer inn et stort antall tilbud.

To fremdriftsscenarioer for generalentreprisemodell er vist til slutt i vedlegg 4. Med begrenset konkurranse indikeres at nybygget kan være klart for innflytting i løpet av juni 2017, og noen måneder raskere ved åpen anbudskonkurranse. Samspillmodell vil kreve noe mer tid før samspillfasen kommer i gang. Til gjengjeld spares tid på kontrahering av entreprenør etter samspillfase, så sluttdato vil sannsynligvis kunne være omtrent den samme.

## 17 Tjeneste- og organisasjonsutvikling

«Omstillingsnotat Helse og omsorg 2013» konkluderer med at det er et betydelig behov for omstilling av tjenestene. Gjennom arbeidet med konseptstudien er dette behovet ikke bare blitt stadfestet, men også i større grad konkretisert. Endringen av tjenestene handler om at flere tjenester må ytes på lavere trinn i omsorgstrappa og at det må være aktivitet på alle trinnene i trappa. I dag er det få tjenester på det laveste trinnet og på trinn 3 og 4. Det synes å være en kort vei mellom trinn 2 og institusjonsplass på trinn 5.

Målet med omleggingen er at brukerne skal oppleve et aktivt liv, der de får brukt seg selv og oppleve seg selv som et viktig element både i nærmiljø og storsamfunn (ref. Kommuneplanens mål). Omleggingen av tjenestene betyr at det skal brukes mer tid til den enkelte bruker, nettopp for å bidra til dette målet.

En endring av måtene tjenestene ytes på krever at det også skjer en utvikling i den organisasjonen som skal yte tjenestene. Dette handler om å ta i bruk ny teknologi i form av velferdsteknologi, utvikle ny kompetanse og endre hvordan kompetansen benyttes, etablere nye arbeidsprosesser og finne frem til nye måter å samarbeide på, både innad og på tvers av organisasjonsstruktur.



Samhandlingsreformen, som betyr ny oppgavefordeling mellom helseforetakene og kommunene, innebærer at det må utvikles en ny kompetanseprofil i kommunene. For å få dette til må det først fremskaffes en tydelig avklaring mht fordelingen av oppgavene i praksis for så å etablere et tett samarbeid om utførelsen. Kommunens kompetanse må utvikles innenfor et felt som den tidligere ikke har hatt oppgaver på, og det kan være nødvendig å rekruttere for å få denne kompetansen på plass tidlig nok. Innføring av omfattende ny teknologi, noe som vil bli gjort i forbindelse med helsehuset, krever også at kommunen har egen kompetanse i bruk av disse systemene. Derfor må det tidligst mulig skaffes relevant kompetanse for både support og utvikling. Denne kompetansen bør være på plass allerede ved detaljprosjekteringen av helsehuset

De organisasjonsmessige endringene har ikke som utgangspunkt at de som er brukere av tjenestene er misfornøyd med de tjenestene de faktisk mottar i dag. Rauma kommune har ikke gjennomført noen målinger av brukernes tilfredshet, men det blir hevdet at det er en generell oppfatning i kommunen at brukerne er fornøyd med den service som ytes på sykehjemmene og at de får godt stell og god mat. Intervjuer som ble gjort med noen brukere i forbindelse med workshopene underbygger dette.

Imidlertid påpeker de ansatte selv, gjennom tema som er brakt frem til drøfting i avdelingene, at de bruker for lite tid direkte rettet mot brukerne. I hverdagen blir de ansatte mer opptatte av de rutineene som skal følges enn om disse rutineene faktisk bidrar til at brukerne opplever å kunne ha et rikt og aktivt liv samtidig som de er mottakere av helse og omsorgstjenester.

## 17.1 Utviklingsområder

Utviklingsprosesser tar tid, og denne prosessen må starte opp allerede nå. I det øyeblikket helsehuset står ferdig på Stokkekaia, må organisasjonen være klar til å yte de tjenestene som huset omfatter på en ny måte. Underveis i arbeidet med konseptstudien er det fremkommet flere ulike forslag til hva som konkret må gjøres for at den ønskede endringen i tjenestetilbudet skal kunne skje raskt. Av disse vil vi anbefale at følgende tiltak prioriteres:

1. Etablere et tettere og mer teambasert samarbeid mellom ledelsen i institusjonsbasert omsorg, hjemmebasert omsorg og kurative tjenester.
  - a. Etablere en tverrfaglig vurdering ved søknadsbehandlingen, slik at helhetssituasjonen blir vurdert tidligst mulig, og tjenestene vurderes grundig i forhold til omsorgstrappa. Gi tilbud som motiverer brukeren for egen-aktivitet og selvhjulpenhet
  - b. Etablere et tydelig pleie- og aktivitetsforløp for hver enkelt bruker og følge opp dette tett.
  - c. Utnytte og utvikle all kompetanse innen sykepleie, ergoterapi og fysioterapi ut fra brukernes behov, uavhengig av hvilken enhet kompetansen tilhører.
2. Utvikle dagens dagaktivitetstilbud til også å omfatte flere brukergrupper.
3. Utvikle arbeidet med hverdagsrehabilitering. Her kan nettverksarbeidet i Kommunenes Sentralforbund utnyttes.
4. Gjennomgå dagens arbeidsprosesser i institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg ved hjelp av Lean som metode. Planlegge nye arbeidsprosesser samtidig som forprosjektet for helsehuset pågår. Starte med utprøving av nye arbeidsprosesser der dette er mulig, før helsehuset står ferdig.
5. Planlegge bruk av velferdsteknologi samtidig som forprosjektet for helsehuset pågår. Starte med utprøving av ny velferdsteknologi der dette er mulig, før helsehuset står ferdig.

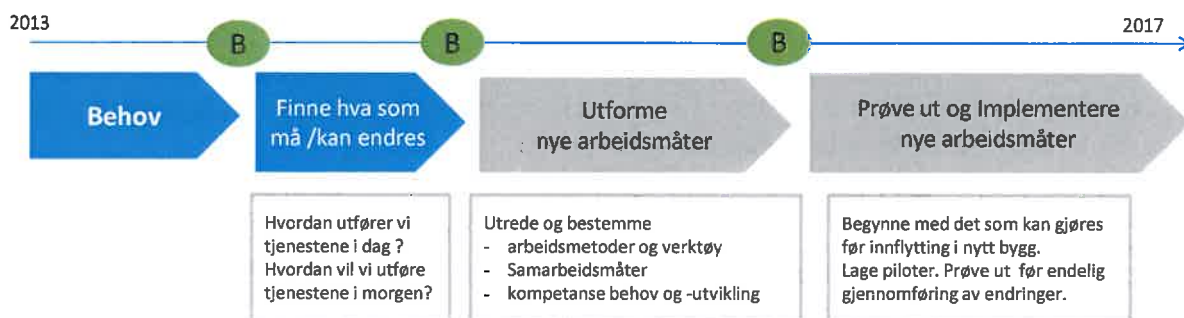
I flere kommuner i Norge, bl.a. i Trondheim kommune, er det nå tatt i bruk et kulturkonsept som heter «Livsglede for eldre». Dette konseptet ble utviklet i 2006 av en gruppe sykepleiestudenter som ville *gjøre*

mer mulig i eldreomsorgen. Visjonen er å «skape livsglede for alle gjennom en kultur der hver enkelt skal være en glad, trygg og engasjert lagspiller». Denne måten å tenke og arbeide tas også i bruk for andre målgrupper innen helse og omsorgstjenestene enn de eldre. Rauma kommune kan også gjøre dette konseptet til sitt, og legge denne tankemåten til grunn for det kulturelle utviklingsarbeidet som skal skje fremover.

## 17.2 Organisasjonsutviklingsprosjekt

Tjeneste- og organisasjonsutviklingen er to sider av samme sak. Når det er snakk om en så omfattende endring som Rauma kommune nå skal inn i, i sammenheng med at helsehuset bygges, er det nødvendig å gjennomføre endringsarbeidet i en styrt prosess. Den beste måten å gjøre dette på er å etablere det som et eget organisasjonsutviklingsprosjekt.

Prosjektarbeidet må gå i faser, og det anbefales at fasene i stor grad tilpasses de fasene helsehuset utvikles og bygges i.



Figur 20 Faser i organisasjonsutviklingsprosjekt

Gjennom konseptstudien ble det etablert en prosjektgruppe og en referansegruppe med sentrale personer i Rauma kommune. Disse gruppene har nå et høyt bevissthetsnivå om de endringene som skal skje, og det vil være fordelaktig om disse gruppene fortsetter å ha en rolle i forhold til både utbyggingsprosjektet og prosjektene knyttet til utviklingen av tjenestene og utviklingen av organisasjonen.

## 17.3 Endringsledelse

Ledelse er et nøkkelbegrep i den videre prosessen. Det vil være behov for ulike typer lederkompetanse: prosjektledelse, prosessledelse, daglig ledelse og endringsledelse. Prosjekt og prosessledelse kan leies inn om kommunen selv ikke har kompetanse eller kapasitet. Men den daglige ledelsen og ledelsen av endringene som må skje i avdelingene må skje gjennom dagens ledere. Derfor må det sikres at lederne har både kunnskap om og evne til å lede de endringene som organisasjonen står overfor.

Endringsledelse handler om å utvikle en kultur for endring, der ledere og ansatte sammen virkeliggjør ideer og planer for en ny organisasjonsvirkelighet. Lederne blir nøkkelpersonene i forhold til å skape en ny organisasjonsvirkelighet med utgangspunkt i det bestående samspillet som er etablert innenfor og på tvers av de ulike avdelingene. Endringsledelse har sin største verdi når ideer skal omskapes og realiseres til ny praksis. Her må lederne vise vei og skape oppslutning, slik at alle bidrar aktivt til å skape de arbeidsmåtene som gir størst effekt i forhold til målene. I dette arbeidet blir også brukerne og deres pårørende viktige medspillere.

Organisasjonsutviklingsprosessene handler ikke om å endre selve organisasjonsstrukturen, men om å få etablert best mulig arbeidsprosesser i forhold til brukerens behov på tvers av de strukturelle forholdene. Gjennom konseptstudien er det benyttet noen metoder og verktøy som også kan tas i bruk i det videre utviklingsarbeidet

## 17.4 Utvikling knyttet til velferdsteknologi

Når Rauma kommune vil satse på bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene er det viktig å være proaktiv. Anbefalingen nedenfor er basert på anbefalinger som er gjort fra Helsedirektoratet<sup>7</sup>. I tillegg har SINTEF gitt egne erfaringer som er relevante for Rauma kommune.

- 1. Vær oppdatert på den Nasjonale satsingen på velferdsteknologi.** Fra og med 2017 vil den nasjonale satsingen stimulere og understøtte kommunene til å ta velferdsteknologiske løsninger aktivt i bruk. Omfanget av aktivitetene bestemmes av de årlige budsjetttrammer over Statsbudsjettet, men det er ønskelig å tilby kommunene 1) Opplæring i verktøykassen «Veikart for velferdsteknologi», 2) Prosessveiledning som følger hele tjenesteinnovasjonsforløpet fra forankringsarbeid, via utviklingsfase, gjennom integreringsfase i løpende drift og gevinstrealisering, 3) Praksisnær følgesforskning med effektmåling og 4) Økonomisk stimuleringstilskudd til bl.a. frikjøp av ansatte i tjenesteinnovasjonsprosessen. Mer informasjon om aktiviteter i nasjonal regi kan finnes på Facebook-gruppen «Arena #Samveis». Gruppen er åpen for alle.
- 2. Fra analoge til digitale løsninger.** Konsentrer ressurser først på overgangen fra analog til digital kommunikasjonsplattform med anbudsprosess for utskifting av alle analoge trygghetsalarmer. Fremtidens velferdsteknologi for bruk i hjemmet vil være helhetlige løsninger som er tilpasset den store brukergruppen med stort funksjonsinnhold. Alarmløsningen vil i tillegg til mobil funksjonalitet ha mulighet til varsling via sensorer, som komfyrvakt, røykvarsler, oversvømmelsessensor, mer avanserte sensorer for varsling når noen går ut, ved fall, GPS mv.
- 3. Samme alarmløsning i hjem og helsehus.** Utred muligheten for å benytte samme fremtidige trygghetsalarm både i hjemmet og ved nytt fremtidig helsehus. I fremtiden vil en trolig ikke skille mellom teknologi for bruk i hjemmet og teknologi for bruk i institusjon. Trygghetsalarmen som vil benyttes i hjemmet er mobil, og vil også kunne benyttes når man er på institusjon. Vi vil også se at alarmen som benyttes ved institusjon har større grad av funksjonalitet og kan benyttes ut over institusjonen. Automatisk fall-alarm, elektronisk dørlås, GPS osv. er eksempler på funksjoner som vi vil finne på fremtidens pasientvarslingsanlegg.
- 4. Start planleggingen av alarmmottak.** Start planleggingen av ny løsning for mottak av signaler fra trygghetsalarmer og andre velferdsteknologiske løsninger. Det må etableres en full digital mottaksfunksjon som tilfredsstillt kravene til mottak og avsendelse av ulike typer signaler. Helsedirektoratet vil gi nærmere anbefalinger om dette i medio 2015. Nasjonal referansearkitektur planlegges å være på plass senest i 2017.
- 5. Start planleggingen for å møte fremtidens utfordringer.** Vurder hvilken velferdsteknologi som er mest aktuell for Rauma kommune. Geografisk avstander, valgt journalsystem, organisering av helsetjenesten er noen faktorer som kan påvirke valget av teknologi.

---

<sup>7</sup> Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området 10/2014

6. **Hold dere oppdatert på aktuell teknologi.** Orienter dere i det velferdsteknologiske markedet og få et overblikk over alle løsninger som tilbys. Snakk med mange ulike leverandører! Prøv ut løsninger som virker interessante, eks medisindispenser i hjemmet, kommunikasjonsløsninger mellom helsefagarbeider og hjem, sporingsteknologi etc. Vurder å bruke innovative anskaffelser når kommunen skal anskaffe velferdsteknologiske løsninger.
7. **Velferdsteknologi forutsetter innovasjon av tjenester.** Utvikling av velferdsteknologi forutsetter en samtidig satsning på tjenesteinnovasjon i kommunene slik at de settes i stand til å kunne implementere og dra nytte av de velferdsteknologiske løsningene.

## 18 Videre fremdrift

Tentativ fremdrift for bygging av sykehjemmet er gitt i grunnlaget for kommunestyrets vedtak om igangsetting av konseptfasen:

Høst 2014:	Forstudie/konsept
Vår 2015:	Forprosjekt
Høst 2015:	Byggestart
2016/2017:	Innflytting og ibruktaking

På bakgrunn av analysene som er gjennomført i denne Konseptstudien ser vi at denne planen må justeres, jfr. vedlegg 4 om realiseringsmodell. Vi har i dette vedlegget primært anbefalt at Samspillmodell velges som gjennomføringsmodell, subsidiært Generalentreprise dersom markedsundersøkelser ikke gir tilstrekkelig støtte for primærvalget.

Forprosjektfasen (benevnes Samspillfasen hvis samspillmodell legges til grunn) kan starte våren 2015 iht. opprinnelig plan forutsatt at prosjektlederkompetanse er på plass til kommunestyrets behandling av konseptrapporten i desember 2014, slik at kontrahering av samspillpartner og prosjekteringsgruppe kan starte ved årsskiftet. Tid for kontrahering avhenger av hvilken kontraheringsform som velges. Kontrakt med entreprenør kan være på plass i månedsskiftet november/desember 2015, og med kontrahering etter forhandling i månedsskiftet mars/april 2016. Byggestart vil dermed forskyves til hhv. desember 2015 eller april 2016. Innflytting og ibruktaking forskyves derved til hhv. april 2017 eller juli 2017.

### 18.1 Overordnede mål og føringer for forprosjektfasen

Formålet med forprosjektet er å omsette funksjons- og romprogrammet som er beskrevet gjennom konseptstudien og som blir godkjent i kommunestyret, til løsninger som understøtter eier- og brukerbehovene, samt å gjøre klart grunnlaget for byggefasen gjennom å dokumentere løsningene tilstrekkelig for inngåelse av utførelseskontrakt(er). Forprosjektet gjennomføres av arkitekt, tekniske rådgivere og andre spesialrådgivere som prosjektet vil trenge, og hvis Samspillmodell legges til grunn vil samspillpartner (entreprenør) delta allerede i denne fasen. Det er viktig å opprettholde kontakten med kompetanse på funksjonsplanlegging gjennom prosjekteringen, slik at eventuelle bygningsmessige endringer blir vurdert ut fra et virksomhets- og driftsperspektiv.

Vi anbefaler at fasen starter med å utvikle et skisseprosjekt som skal godkjennes av prosjektstyret og dokumenteres i et forprosjektmateriale med kostnadsestimat og plan for gjennomføringsfasen, før resten av forprosjektarbeidet gjennomføres. Dette skal gi grunnlag for prosjektstyregodkjenning og

kommunestyrets vedtak om fortsettelse av prosjektet og fastsettelse av kostnadsramme. Det bør derfor gjennomføres usikkerhetsanalyse av prosjektkostnadene før fremleggelse for godkjenning.

Det må være et tett samarbeid med brukerorganisasjonen gjennom hele forprosjektet. I skisseprosjektfasen er dette samarbeidet av største betydning siden kommunen enda ikke har kommet skikkelig i gang med den nødvendige omstillingen av helse- og omsorgstjenestene. Den fremtidige tjenesteytingen er nå i støpeskjeen på samme måte som det fremtidige helsehuset.

Vi har anbefalt at det etableres et eget utviklingsprosjekt for tjenestene og organisasjonen. Samarbeidet mellom de respektive prosjektlederne bør formaliseres gjennom faste møter. Det må tas spesielt hensyn til hvordan det legges til rette for bruk av velferdsteknologi. Kommunen har liten kompetanse på dette området i dag. For å få til gode løsningen må det sikres en spisskompetanse både i brukerorganisasjonen og i prosjektorganisasjonen på dette området.

## 18.2 Organisasjonsplan

Kommunens prosjektorganisasjon bør bestå av et prosjektstyre, en prosjekteier med mandat fra prosjektstyret, og en prosjektleder som rapporterer til prosjekteier. I tillegg bør det formaliseres en brukerorganisasjon og gis retningslinjer for hvordan dennes grensesnitt mot prosjektorganisasjonen skal være. Det bør tidligst mulig utarbeides et styringsdokument for prosjektet.

Dersom Samspillmodell legges til grunn etableres det en felles prosjektorganisasjon der kommunen og samspillpartner utvikler prosjektet sammen i en samspillfase, og samspillpartner senere gjennomfører byggefasen som totalentreprenør. Det vises til nærmere beskrivelse i vedlegg 4 om realiseringsmodell. Partene utpeker en felles prosjektleder som sørger for kontrahering av prosjekteringsgruppe og ledelse av forprosjektfasen.

Dersom Generalentreprise legges til grunn er kommunen selvfølgelig alene om eierskapet til prosjektet i forprosjektfasen.

## 18.3 Fremdriftsplan for forprosjektet

For å kunne ha helsehuset klart til innflytting sommeren 2017, er det nødvendig å sette opp en stram tidsplan.

Tabell 13 Tidsplan for prosjektet

	<i>Periode</i>	<i>Aktivitet</i>	<i>Kommentar</i>
1	Desember 2014	Etablering av prosjektstyre	Utarbeider mandat for prosjektorganisasjonen og nominerer prosjekteier fra egen organisasjon
2	Des. 14 / Jan. 2015	Nominering av prosjektleder	Kontraheres basert på gjeldende rammeavtaler
	Løpende		Prosjektleder forbereder saker for prosjektstyret og leder prosjektorganisasjonen på grunnlag av mandatet.

	<i>Periode</i>	<i>Aktivitet</i>	<i>Kommentar</i>
3	Januar 2015	Markedstesting	Samspillmodellen krever kompetanse på byggherresiden og et marked som er tilstrekkelig modent. Dette må testes ut før det gjøres et endelig valg av gjennomføringsmodell. Hvis testen ikke er positiv, velges generalentreprise som gjennomføringsmodell.
4	Vår 2015	Kontrahere samspillpartner	Hvis generalentreprise velges, utgår dette punktet
5	Vår 2015	Utarbeiding av styringsdokument for prosjektet	Styringsdokument
<p>Ved valg av samspillmodell vil tid før kontrahering av prosjekteringsgruppe bli lenger men til gjengjeld vil senere kontrahering av entreprenør bortfalle. Byggstart antas derfor ikke å påvirkes av dette modellvalget. I fortsettelse beskrives derfor prosessen som om Generalentreprise velges, fordi denne modellen har et utviklingsløp som det er lettere å beskrive basert på erfaring.</p>			
6	Vår 2015	Etablering av prosjekteringsgruppe (Rådgiverorganisasjon)	Kontrahering av arkitekt, rådgivende ingeniører og eventuelle andre spesialrådgivere – Plan- og design-konkurranse anbefales.
7	2. kvartal 2015	Gjennomføring av skisseprosjekt	<p>Skisseprosjektet er første steg i prosjekteringen der løsningene blir illustrert på et overordnet nivå</p> <p>I denne fasen av arbeidet er det svært viktig at brukerorganisasjonen trekkes inn i arbeidet. Brukerorganisasjonen har etablert et eget prosjekt for utvikling av tjenestene og egen organisasjon. Bygningsmessige løsninger og teknologiløsninger, inklusive bruk av velferdsteknologi, og utviklingen av hvordan helse og omsorgstjenestene vil gjensidig påvirke hverandre. Bygget og teknologien skal være virkemiddel for å realisere kommunens fremtidige helse- og omsorgstjenester.</p>
7	3. kvartal 2015	Videre forprosjektering	Prosjektutvikling frem til grunnlag for gjennomføringsvedtak inkl. kostnadsramme.
8	4. kvartal 2015 / 1. kv. 2016	Kontrahering av entreprenør	Kan gjennomføres som del av forprosjektfasen dersom kontrahering gjøres med forbehold om godkjenning i kommunestyret.

## 18.4 Finansiering forprosjektfasen

Norsk prisbok 2014 gir nøkkeltall for samlede prosjektkostnader brutt ned på delposter. Til administrasjon er nøkkeltallet 98 kr/kvm og til prosjektering 2 335 kr/kvm, til sammen 2 960 kr/kvm. Vi antar forprosjektet utgjør ca. 20 – 30 % av administrasjons- og prosjekteringskostnadene, som gir et nøkkeltall på ca. 600 – 800 kr/kvm. Legger vi til grunn 7 600 kvm i byggetrinn 1 (garasje regnes ca. 50 %), blir kostnad til administrasjon og prosjektering i området 4,6 – 6,1 MNOK i forprosjektfasen.

## 18.5 Mandat (rammer) for gjennomføring av forprosjektet.

Målet med forprosjektfasen er beskrevet ovenfor.

I forprosjektet er det behov for å gjennomføre følgende analyser/utredninger og planer:

- Kvalitetssikre romprogram og utarbeide romliste og romfunksjonsprogram
- Utarbeide netto utstysprogram
- Etablere database/Excel med oversikt over alle rom – tilrettelegges for planlegging av utstyr
- Skisse-/forprosjekt med arkitekt og rådgiverfag
- Teknisk program, energi og miljø
- Økonomiske analyser og usikkerhetsanalyse
- Plan for detaljprosjektering og bygging
- Plan for organisasjonsutvikling, ibruktaking av bygg og implementering av endringer som konsekvens av etableringen av nytt Helsehus

## 19 Oppsummering

Med bakgrunn i utfordringen helse- og omsorgstjenestene står overfor og de muligheter som ligger i å etablere en ny funksjon, anbefaler vi at Rauma kommune går fra bygging av et sykehjem til bygging av et helsehus. En omlegging av helse- og omsorgstjenestene til forebyggende tjenester, mer hjemmebaserte tjenester og dagsentertilbud, samt tilrettelagte omsorgsboliger, vil gjøre det mulig for flere å bo lengre hjemme.

Vi anbefaler at det bygges et helsehus med følgende funksjoner:

90 langtids- og korttids døgnplasser, 42 omsorgsboliger med bemanning, dagplasser for behandling, base for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, administrasjon, legesenter og legevakt, helsestasjon og jordmortjeneste, dagsenter og frisklivsentral.

Kapasitetsbehovet er beregnet i forhold til år 2030, og kommunen vil ikke ha behov for denne kapasiteten de første årene i perioden. For å fordele kostnaden og kunne vurdere behov på nytt anbefaler vi en utbygging i to byggetrinn. I byggetrinn 1 (ferdig i 2017) vil vi anbefale at det bygges 8 000 m<sup>2</sup> brutto til 80 døgnplasser, dagplasser for behandling, base for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, administrasjon, dagsenter og frisklivsentral. Da vil man i byggetrinn 2 (ferdig i 2020) ha behov for ca. 4 000 m<sup>2</sup> til omsorgsboliger, 10 kort- og langtids døgnplasser, legesenter og helsestasjon/jordmortjeneste. Det samlede arealbehov for et helsehus slik det er beskrevet i denne rapporten er ca. 12 000 m<sup>2</sup> brutto.

Dersom kommunen ønsker å bygge de siste 10 døgnplassene i første byggetrinn, kan disse innrettes og fungere som omsorgsboliger de første årene. Dette medfører et tillegg på ca. 600 m<sup>2</sup> brutto ut over de 8 000 m<sup>2</sup> som byggetrinn 1 forutsetter. Ønsker man å ta inn legesenter og helsestasjon/jordmortjeneste i tillegg, vil det være behov for ytterligere 660 m<sup>2</sup> brutto.

Kostnader for byggetrinn 1 er beregnet til i underkant av 260 MNOK. Med tilskudd fra Husbanken, gave fra Wenaasgruppen og momskompensasjon, vil restfinansieringsbehovet være ca. 38 MNOK for Rauma kommune.

En gjennomgang av ulike realiseringsmodeller for et nytt helsehus kommer ut med at en samspillmodell for gjennomføring vil være det beste. Det forutsetter at kommunen tilsetter en prosjektleder tidlig.

Et nytt helsehus er langt mer enn et bygg. Det er en mulighet for Rauma kommune til å iverksette endringer som gir et bærekraftig tjenestetilbud innenfor helse- og omsorgstjenestene. Endringsprosessene og utviklingen av tjenestetilbudet bør gå parallelt med planlegging og bygging av helsehuset. Vi anbefaler at også dette utviklingsarbeidet skjer gjennom et strukturert prosjektførløp og at det opprettes en tett kontakt mellom de respektive prosjektledelsene.





Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)

