

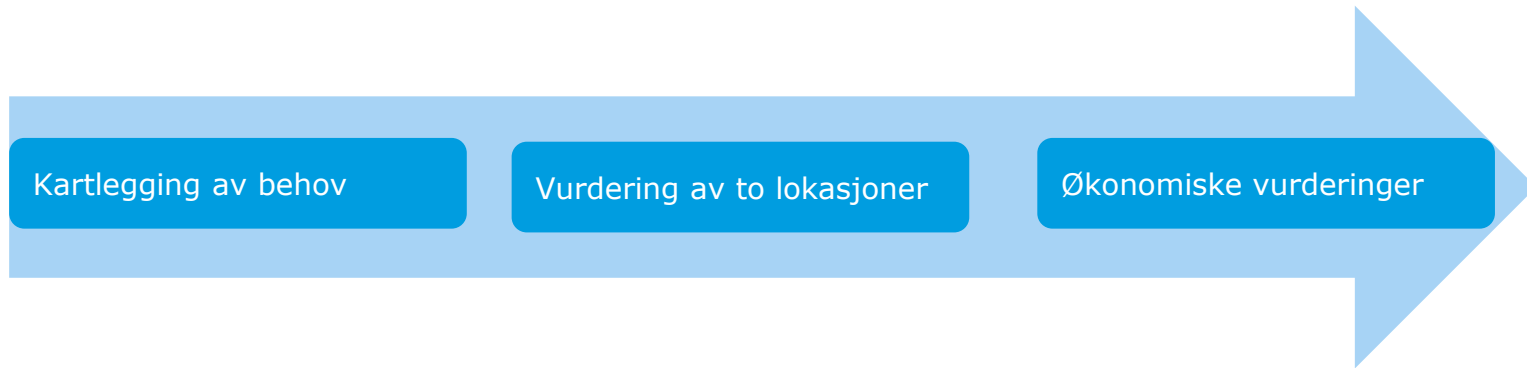


MULIGHETSSTUDIE HELSESENTER **RISØR KOMMUNE**

MANDAT FOR MULIGHETSSTUDIEN

- Mulighetsstudien skal undersøke hvorvidt det er hensiktsmessig med en samlokalisering av helsetjenester i Risør kommune.
- Formålet med mulighetsstudien er å bidra til at kommunen kommer videre i planarbeidet slik at det kan tas politiske beslutninger om oppstart av reguleringsplanlegging.

Mulighetsstudien inneholder tre deloppgaver:





MULIGHETSSTUDIE HELSESENTER **RISØR KOMMUNE**

FUNN FRA KARTLEGGING

KORT OM METODEN

- Kvalitative intervjuer med:
 - Styringsgruppen i kommunen
 - Boligkoordinerende enhet
 - Fysioterapeutene
 - Fastlegene
 - Helsestasjonen, ink. jordmortjeneste og skolehelsetjeneste
 - Helse- og omsorgskomiteen
 - Legespesialiteter
 - Brukerorganisasjoner
 - Eldrerådet
 - Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne



ER DET BEHOV FOR ET HELSESENTER?

- Utredningen om samlokalisering fremhever at samlokalisering ikke er et mål i seg selv
- Kartleggingen avdekker flere argumenter for en samlokalisering av helsetjenestene i Risør kommune

ARGUMENTER FOR SAMLOKALISERING

- Økt tilgjengelighet
 - Samlokalisering av fastlegepraksisene → mer robust praksis? Lengre åpningstider
 - Redusere antallet henvendelser om øyeblikkelig hjelp på legevakten
 - Tilgjengelighet med offentlig kommunikasjon og bil
 - Nærhet til sentrum og andre tjenester
- Helhetlige og sømløse tjenester for pasienter
 - Fastlegen har medisinsk koordineringsansvar → styrke koordineringen
 - Brukernes opplevelse av helsetjenestene som helhetlige
 - For brukere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester er en slik samhandling ikke tilstrekkelig

ARGUMENTER FOR SAMLOKALISERING

- Økt faglig kvalitet på tjenestene
 - sterkere faglige fellesskap *innad* i de ulike profesjonene som er samlokalisert
 - økt kompetanseoverføring *mellom* profesjoner og tverrfaglig samarbeid

NB: krever felles arenaer eller rutiner for samarbeid

- Lettere å rekrutter helsepersonell
- Ressursbesparende
 - Felles arealer og felles utstyr

TJENESTER SOM *BØR* INKLUDERES I DAG

Tjenester på primærhelsetjenestenivå

Alle tjenestene som inngår i kartleggingen ser nytten av samlokalisering

➤ ***Fastlegene***

- Har et medisinsk koordineringsansvar → sentral aktør

➤ ***Fysioterapeutene***

- Lokalene som fysioterapeutene disponerer i dag ivaretar ikke kravene til universell utforming

➤ ***Helsestasjonen, inkl. jordmortjenesten og helsestasjon for ungdom***

- Fastlegen er en sentral samarbeidspartner
- Samarbeider også mye med ABUP

TJENESTER SOM *BØR* INKLUDERES I DAG

Tjenester på primærhelsetjenestenivå

➤ **Kommunalt ansatt psykolog**

- Skal org. ligge under helsestasjonen, men skal være et tilbud til alle brukergrupper

➤ **Frisklivssentralen/ Kommunalt LMS tilbud**

- Ønske om å styrke forebygging og folkehelsearbeid fremheves av administrasjonen og tjenestene
- I dag rettes det først og fremst mot kronikere og kurs i bla. depresjonsmestring
- Hvilke grupper skal dette arbeidet rette seg mot og hvilke tilbud skal man gi? → Stor variasjon i hvordan kommunene har utformet slike tilbud
- Bør inkludere treningsmuligheter - frisklivstrening

LMS perspektivet bør styrkes, spesielt overfor kronikergrupper

TJENESTER SOM *BØR* INKLUDERES I DAG

Tjenester på spesialisthelsetjenestenivå

- ***Ambulant virksomhet fra ABUP og ABUP spe og småbarnsteamet***
- ***Ambulant virksomhet fra DPS***
 - mer lavterskel om et slikt tilbud ble lagt til et samlokalisert helsesenter?

TJENESTER DET KAN VÆRE AKTUELT Å INKLUDERE I DAG

- ***Frivillige organisasjoner som driver med forebyggende og helsefremmende arbeid***
 - Viktig i sammenheng med Frisklivssentral og LMS arbeid
 - Norske kvinners sanitetsforening
 - Alternativ til vold
 - Frivillighetssentralen
 - Brukerkontor (var tidligere lokalisert på NAV. Dette er gjenopprettet. Pasient organisasjoner som gir informasjon, råd og veiledning)
 - Krisesenteret
- Er ikke tjenester som kommunen er direkte ansvarlig for (med unntak av krisesenteret) og vil derfor være litt på siden
 - Det er ikke kjent om de nevnte organisasjonene er interessert i en slik samlokalisering

TJENESTER DET KAN VÆRE AKTUELT Å INKLUDERE I FREMTIDEN

Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Inkludering av desentraliserte spesialisthelsetjenester i et helsesenter →

- Økt nærhet til nødvendige helse- og omsorgstjenester
- Eldre og kronikergrupper, samarbeid om livsstilssykdommene
- Tett samarbeid → Unngå innleggelser
- Veiledningsansvar og gjensidig kompetanseoverføring

➤ ***Poliklinikk fra spesialisthelsetjenesten***

- Distriktsmedisinske sentre med ulike polikliniske tilbud, eks. røntgen og dialyse (for behandling før/etter sykehusopphold, som har behov for forebygging, rehabilitering og lindrende behandling)
- Må avstemmes i samråd med det lokale Helseforetaket
- Må avgjøres om disse desentraliserte poliklinikkene skal plasseres ved Frydenborg eller i et helsesenter

➤ ***Private avtale spesialister***

- De som er i Risør i dag er ikke interessert
- Avtalespesialistene er sentrale i den desentraliserte modellen

➤ ***Spesialisert sykepleier*** → nødvendig med endring i regelverk og finansieringsordning

➤ ***Base for hjemmetjenester*** – bemannet på dagtid for å gi tjenester til boliger i tilknytning til helsesenter?

HVA SIER PRIMÆRHELSEMEDLINGEN?

Utfordringer

- Dårlig koordinerte og lite tilgjengelige tjenester – særlig for personer med store behov
- Flere har kroniske lidelser, psykiske plager og sammensatte behov

Tiltak i meldingen

- **Samlokalisering** av helse- og omsorgstjenester i kommunene → økt tilgjengelighet
 - **Primærhelseteam**
 - Flerfaglig gruppe med helse og sosialpersonell
 - Utvidet allmennlegepraksis
 - Spesialiserte sykepleiere – ansatt av fastlege eller kommune
 - Jo større og mer robuste → flere oppgaver
- Krever endringer i regelverk (fastlegeordningen eller folketrygdloven) og finansieringsordning
- Skal utredes nærmere



- **Oppfølgingsteam** – rettet mot brukere med store og sammensatte behov
 - Sammensetning varierer ut fra brukergroupe og behov

TEKNOLOGISKE LØSNINGER

Telemedisin

Behov for areal til møterom med mulighet for videooverføring

Viktig å legge til rette for kompetanseoverføring:

- Førstelinjen og andrelinjen
- Internt på senteret
- Mot publikum

Teknologiske løsninger for å sikre god samhandling internt og mellom førstelinjen og andrelinjen



Felles utstyr

- Eks. røntgen/Dialyse
 - Krever spesialisert kompetanse
 - Dyr investering. Hvem skal ta denne?
 - Evt. sykehuset oppretter poliklinikker med utstyr - dette bemannes av personalet fra spesialisthelsetjenesten

HVILKE FOKUS SKAL HELSESENTERET HA?

- Helsetjenestene som er foreslått samlokalisert retter seg mot hele befolkningen → Stort spenn i alder og behov

Innretning og lokasjonen må ivareta mange ulike brukergruppers behov

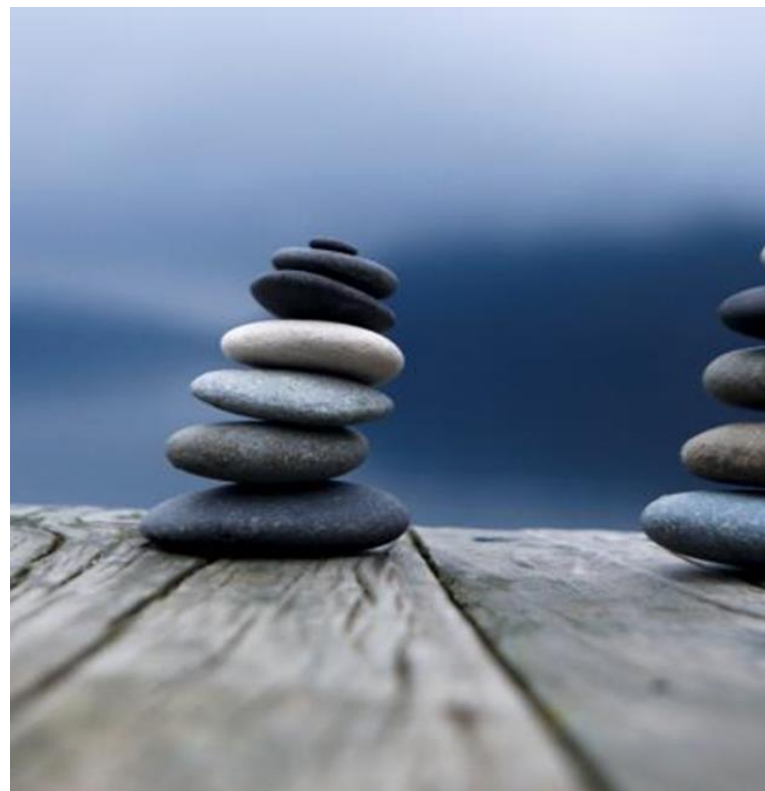
- Flere er opptatt at fokus ikke bare skal være på geriatri
- Viktig med fokus på barn og unge



PERSPEKTIVER FRA BRUKERORGANISASJONENE

- Intervjuer med Eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Det er ikke innhentet perspektiver fra andre brukergrupper, slik som barn eller unge

- Samlokalisering er hensiktsmessig, men er ikke enige i lokasjonene som er valgt utredet
- Sørlandet Helsepark vil dekke flere av behovene disse brukergruppene har
 - Tilgjengelighet (parkering, universell utforming og fasiliteter, herunder varmtvannsbasseng)
- Er bekymret for at prosjektet vil ta uforholdsmessig lang tid å realisere



PERSPEKTIVER FRA BRUKERORGANISASJONENE

- Savner fokus på det sosiale aspektet
 - Behov for arenaer for sosialt samvær
- Etterspør treningsfasiliteter, inkl. gruppetrening
- Universell utforming er viktig



Behov for flere lavterskeltilbud, kommune og samarbeid med frivillige

Frikslivssentralen på Frydenborgsenteret er lite kjent og lite synlig

FORDELER OG ULEMPER MED DE TO LOKASJONENE

- Begge lokasjonene regnes som egnet
- Tjennasenteret har mer potensiale for å tenke mer langsiktig
 - Attraktivt boområde
- Kragsgate er litt mer inneklemt
 - I Kragsgate er det allerede noen som er lokalisert



MULIGHETSSTUDIET



MULIGHETSSTUDIET



MULIGHETSSTUDIET



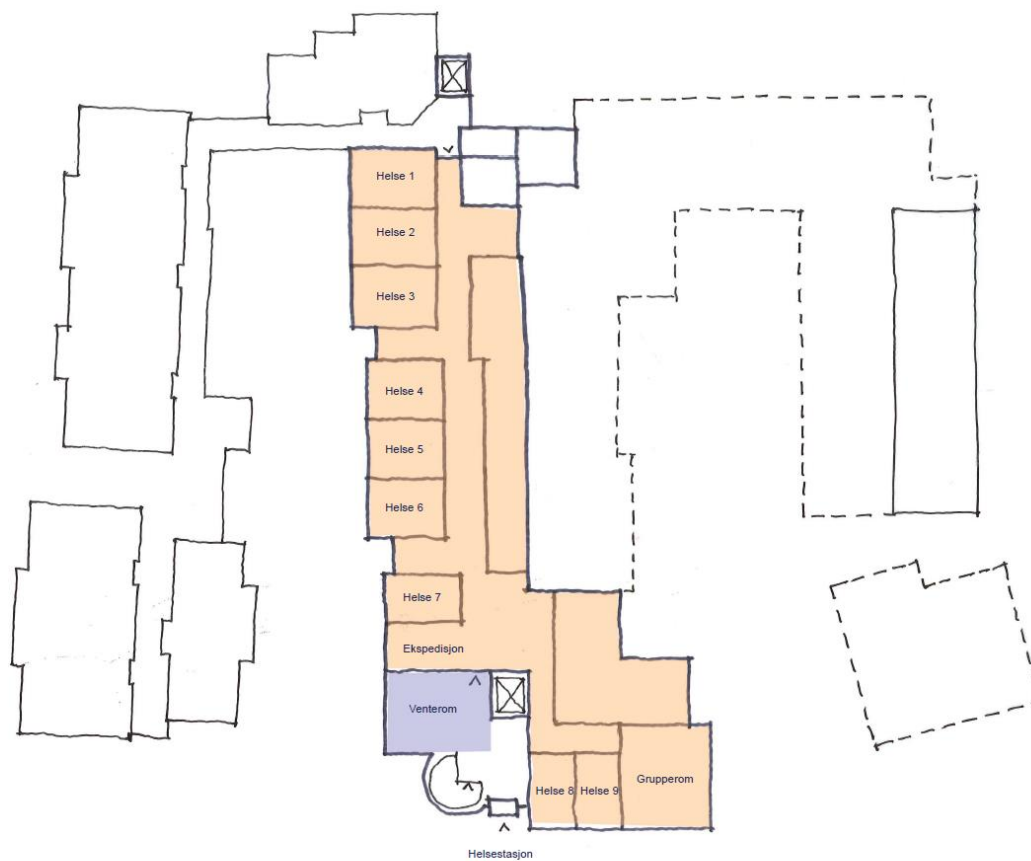
MULIGHETSSTUDIET



MULIGHETSSTUDIET

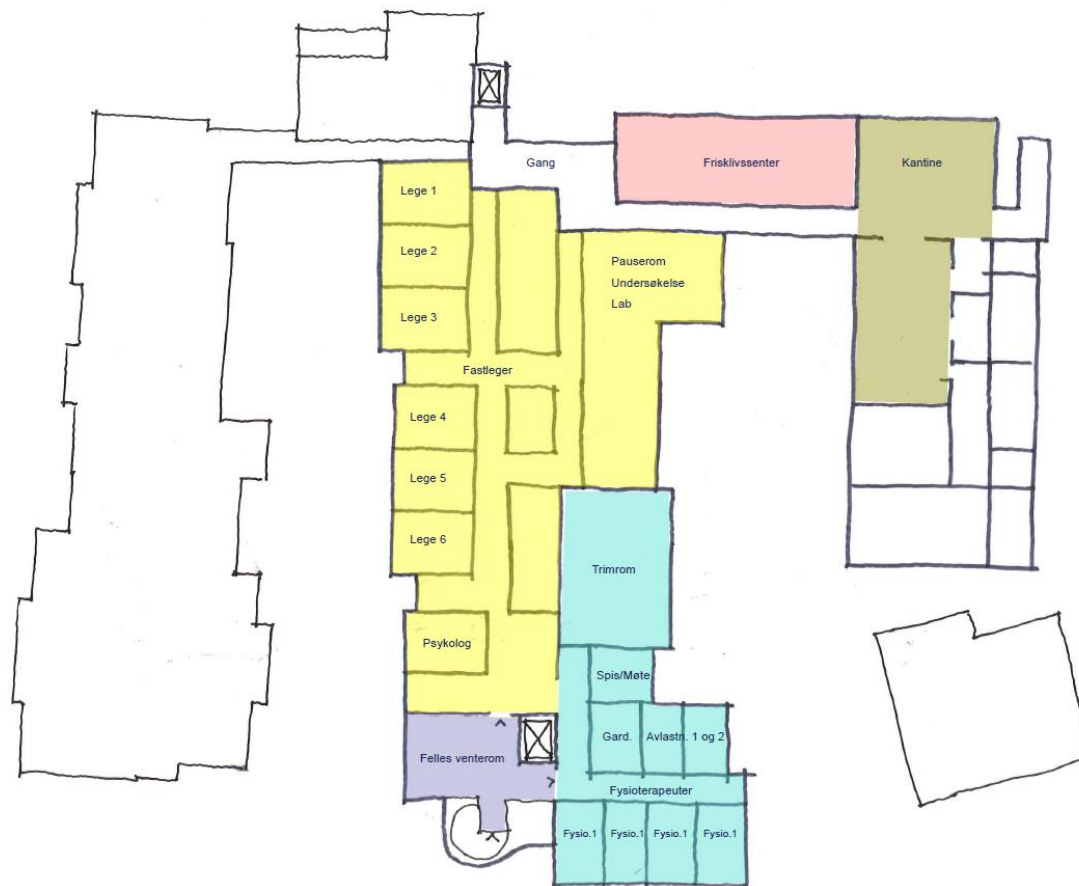


MULIGHETSSTUDIET



Risor helsesenter - Tjenna - Mulighetsstudie - Side 5 - 29.04.15

MULIGHETSSTUDIET



Risor helsesenter - Tjenna - Mulighetsstudie - Side 6 - 29.04.15

RAMBOLL

KOSTNADSKALKYLE

- Areal ca. 1600 m²
- Totale kostnader
kr. 40 mill. kroner
- FDV kostnader
kr. 400 000 pr. år

KOSTNADSKALKYLE RISØR HELSEHUS

Areal av bygningsmasse som skal rives = 1390 m²

Areal av ny bygningsmasse = 1590 m²

RIVING AV EKSISTERENDE BYGNINGSMASSE (kr 1 000)

Riving av eksisterende bygningsmasse og klargjøring av tomt 1 460

OPPFØRING AV HELSEHUS (kr 1 000)

Postnr.	Beskrivelse	Enkel standard	Normal standard	Høy standard
1.	Felleskostnader	1 690	1 940	2 390
2.	Bygning	11 580	12 810	14 840
3.	VVS	4 210	5 550	7 600
4.	Elkraft	1 560	1 980	2 230
5.	Tele og Automatisering	550	610	1 080
6.	Andre inst.	500	890	980
Huskostnad (1-6)		20 090	23 780	29 120
7.	Utendørs	210	260	310
Entreprensekostnad (1-7)		20 300	24 040	29 430
8.	Generelle kostnader	1 850	2 670	3 280
Byggekostnad (1-8)		22 150	26 710	32 710
9.	Spesielle kostnader	5 130	6 260	7 730
Grunnkalkyle (1-9)		27 280	32 970	40 440
Forventede tillegg		960	1 260	1 550
Forventet prosjektkostnad		28 240	34 230	41 990
Sikkerhetsmargin		830	1 010	1 240
Avsetning første driftsår		60	150	280
Rammekostnad		29 130	35 390	43 510

RIVING AV EKSISTERENDE BYGNINGSMASSE OG OPPFØRING AV HELSEHUS (kr 1 000)

Rammekostnader + rivekostnader: 30 590 36 850 44 970

FORVALTNIG DRIFT OG VEDLIKEHOLD (kr 1 000)

FDV kostnader pr. år 400

Forbehold:

Kalkyle er basert på prisbaser fra Norsk prisbok, Holte Kalkulasjonsnøkkel samt erfaringspriser fra tidligere prosjekt gjennomført i Rambølls regi.

Byggherreadministrasjon, tomtekostnad, prisstigning, finans-, salgskostnader, løst inventar og utstyr er ikke medtatt. Kun 25% mva er inkludert.

FDV kostnader er beregnet til å være 250 kr/m² pr. år. Dette vil være avhengig av energiløsninger, detaljutforming og materialvalg.