



RISØR KOMMUNE

SLUTTRAPPORT

SAMORDNING AV HELSETJENESTER I RISØR KOMMUNE



VERSJON TIL POLITISK BEHANDLING I MARS 2016

VEDTATT AV RISØR BYSTYRE 31.03.2016, POLITISK SAK 35/16, ARKIVSAK 2012/1827

Vi skal vokse

- gjennom kunnskap, regional utvikling og attraktivitet



1) Vedtak

Risør bystyre vedtok følgende 31. mars 2016 (sak 35/16):

Bystyret tar rapporten til orientering og legger den til grunn for videre arbeid med Risør helsesenter.

Rådmannen bes om å utrede aktuelle lokasjoner.

Utredningen tar høyde for lokasjoner med både private og offentlige utbyggere.

Ergoterapitjenesten føres opp på listen «kan» i planen.

INNHOOLD

1)	Vedtak	2
2)	Sammendrag og anbefaling	4
3)	Innledning	6
3.1	Formål og hensikt med utredningen	6
3.2	prosess	6
4)	Nasjonale og regionale føringer	12
4.1	Nasjonale føringer	12
5)	Kommunal forankring	15
5.1	Kommuneplan	15
5.2	Handlingsprogrammet	15
5.3	Relevante planer og utredninger	16
6)	Samordning av helsetjenester	17
6.1	Økt tilgjengelighet	17
6.2	Helhetlige og sømløse tjenester for pasienter	18
6.3	Kompetanseoverføring og samarbeid	19
6.4	Ressursbesparende	20
6.5	Ledelse og styring	20
7)	Strategier for samordning av helsetjenester i Risør kommune	22
7.1	Helsetjenester for hele befolkningen	22
7.2	Tjenester fra Samhandlingsreformen	22
8)	Helsesituasjonen i Risør	24
8.1	Befolkningsutviklingen	24
8.2	Ressursknapphet	24
8.3	Ny teknologi – nye arbeidsmåter	25
9)	Effekt av samlokalisering	26
10)	Relevante helsetjenester til helsesenteret	29
10.1	Fastlegepraksiser i Risør kommune	29
10.2	Helsestasjonen	31
10.3	Fysioterapeuter	31
10.4	Psykolog	31
10.5	Kommunelege	32
10.6	Fylkeskommunale Tannhelsetjenester	32
10.7	Apotek	32
10.8	Treningssenter	32
10.9	Frisklivssentral	33
10.10	Basseng	33
10.11	Lokaler for foreninger/organisasjoner	33
10.12	Sosiale rom/aktiviteter	34
10.13	Ambulansetjenesten	34
10.14	omsorgsboliger	34
10.15	Styring/ledelse av et helsesenter	36
11)	Arealbehov	37
11.1	Anslått arealbehov, Risør helsesenter	37
11.2	Oppsummert arealbehov	39
12)	Økonomi	41

2) Sammendrag og anbefaling

Samhandlingsreformen og primærhelsemeldinga stiller kommunene og den kommunale helsetjenesten overfor store utfordringer. Kommunene har fått flere oppgaver og et større styrings- og ledelsesansvar. Det er tydelig at det må være et tettere samarbeid innen helsetjenestene for å skape et sammenhengende og enhetlig tilbud til pasientene.

Befolkningsframskrivingene og levekårsutfordringene i Risør kommune viser at vi i større grad må tenke forebygging, tidlig innsats og effektive helsetjenester for å håndtere framtidens befolknings sammensetning. I hovedsak er det gruppene «eldre» og «innvandrere» som vil øke mest, men i tillegg forventes et stadig mer sammensatt sykdomsbilde i befolkningen.

En samordning av helsetjenestene kan styrke det forebyggende arbeidet, øke tilgjengeligheten og brukertilfredsheten, bidra til økt faglig bredde, sømløse tjenester og tilrettelegging for framtidige primærhelseteam. Samtidig kan en samordning gjøre det mer attraktivt å jobbe innen tjenestene og bidra til at det blir lettere å rekruttere helsepersonell.

Fastlegetjenestene kan sees på som nøkkelen for å få til gode og framtidsrettede helsetjenester, men for en vellykket samordning er det nødvendig med gjennomtenkte samarbeidsarenaer, struktur og ledelse.

Risør kommune er opptatt av å få til samarbeid på tvers mellom helseprofesjonene, men vil samtidig legge til rette for innovasjon og utvikling. For å få til dette er en avhengig av en god ledelse av helsesenteret.

Vinteren 2016 er prosjektet «Samordning av helsetjenester» gjennomført, med informasjonsmøter, studietur og utarbeidelse av rapport.

Konklusjonen er at det bør gjennomføres en samordning av følgende tjenester:

- Fastleger (både privatpraktiserende og evt. kommunalt ansatte)
- Fysioterapeuter
- Helsestasjonen (inkludert jordmor, ambulerende team og helsestasjon for ungdom)
- Kommunalt ansatt psykolog
- Hjelpepersonell
- Velferdsteknologi –utstyr/rom med mulighet for kommunikasjon/oppfølging
- Treningsrom (flerbruksmuligheter)

I utredningen anslås det et arealbehov på 1600 – 2000 m²¹ for disse tjenestene, og fordelingsnøkkelen mellom kommunale og private (inkl SSHF) er omtrent 50/50.

¹ I kapittel 10 framgår et netto arealbehov på ca 1200 m²¹ for disse tjenestene (uten inngang, korridorer, vegger, infrastruktur osv).

I det videre arbeidet med prosjektet må det være en **fleksibilitet** for å vurdere følgende:

- Frisklivssentral (del av et desentralisert tilbud)
- Kontor for lag/foreninger (må sees i sammenheng med frivilligsentralen)
- Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten rettet mot barn/unge
- Apotek
- Boliger for eldre, eventuelt kommunale omsorgsboliger
- Ambulanse

I et helsesenter må det være en fleksibilitet i forhold til antall leger, fysioterapeuter og ansatte på helsestasjonen. Med bakgrunn i blant annet Primærhelsemeldinga², den forventede befolkningsutviklingen og erfaring fra andre kommuner, bør Risør kommune legge til rette for ca 1000 pasienter pr fastlege, det vil konkret si totalt 7 fastlegehjemler som skal etableres i senteret (det pågår diskusjon hvorvidt det bør åpnes for kommunalt ansatte fastleger). I tillegg bør kommunen ha en sykehjemslege, til sammen 8 hjemler.

Risør kommune har mottatt 375 000 kr til å jobbe med samordning av helsetjenester³. Disse midlene er brukt til å gjennomføre informasjons- og medvirkningsarbeid til referansegruppene, i tillegg til utarbeidelse av denne rapporten.

Prosjektet er definert som «Samordning av helsetjenester». Spørsmål om lokasjon og fysisk plassering er ikke inkludert i rapporten, men vil behandles i en senere omgang.

² Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. 2015.

³ Fra Helsedirektoratets tilskuddsordning «Utrede mulighetene for samlokalisering av allmennlegetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester»

3) Innledning

3.1 FORMÅL OG HENSIKT MED UTREDNINGEN

Samhandlingsreformen og primærhelsemeldinga stiller kommunene og den kommunale helsetjenesten overfor store utfordringer. Kommunene har fått flere oppgaver og et større styrings- og ledelsesansvar. Kommunene må ha et tettere samarbeid innen helsetjenestene for å skape et sammenhengende og enhetlig tilbud til pasientene. Et utvidet og styrket kommunalt ansvar for befolkningens helse vil gjøre det nødvendig å tenke effektivisering og tverrfaglig samarbeid. Prosjektet «Samordning av helsetjenester i Risør kommune» går inn i dette arbeidet.

I rapporten framgår hvilke aktører som bør samordnes i Risør helsesenter og hvilke gevinster en samlokalisering kan gi. Det er viktig med fleksibilitet i løsningene, slik at helsesenteret kan tilpasses aktuelle behov.

3.2 PROSESS

Samordning av helsetjenester i Risør sentrum er en kompleks sak som det har vært jobbet med siden 2014. Andre politiske saker går også inn i prosjektet, spesielt relevant er saken om organisering av framtidige legetjenester i Risør kommune (sak 118/15, september 2015, se også kap. 3.2.2). Prosjektene har blitt drøftet på en rekke interne møter i Risør kommune, også på fastlege-møtene. Helse- og omsorgskomiteen og bystyret har drøftet sakene flere ganger.

3.2.1 Samordning av helsetjenester

Prosjektet *Samlokalisering av helsetjenester i helsehus* ble første gang vedtatt i Handlingsprogrammet 2014-2017 (**112/13**). Da vedtok bystyret at det skulle lages en utredning om temaet. Denne ble utarbeidet internt i Risør kommune og vedtatt høsten 2014. Utredningen konkluderte med at kan være hensiktsmessig med en samlokalisering av fastleger, helsestasjon, fysioterapeuter, psykolog og legespesialister. I tillegg ble det pekt på som viktig for tilgjengeligheten og for Risør by at disse funksjonene blir i Risør sentrum. To kommunale bygg i Risør sentrum ble vurdert som aktuelle å se nærmere på, Tjennasenteret og Kragsgate 48. Utredningen ble behandlet i komite og bystyre i oktober 2014. Bystyret vedtok følgende (sak **103/14**):

Utredningen tas til orientering og legges til grunn for det videre arbeidet med samlokalisering av helsetjenester. Det gjennomføres en mulighetsstudie som ser på organisering, lokasjon og økonomi.

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og eldrerådet flyttes opp fra å være særlig viktige høringsinstanser til å bli referansegrupper.

Rambøll ble etter konkurranse valgt som leverandør av mulighetsstudien. De gjennomførte en kvalitativ kartlegging av behov med intervjuer og workshop med sju referansegrupper (Helse- og omsorgskomiteen, Helsestasjonen, Fastlegene, Fysioterapeutene, samordningsgruppe i Risør kommune, Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet). I tillegg gjorde de en mulighetsstudie av de to kommunale lokasjonene Kragsgata 48 og Tjennasenteret, og utarbeidet romprogram og skisser for helsesenter på den anbefalte lokasjonen Tjennasenteret.

I den politiske saken om mulighetsstudien og videre arbeid i juni 2015, innstilte rådmannen på at arbeidet med helsesenter på Tjenna videreføres. Imidlertid ønsket ikke flertallet i bystyret dette. Bystyret vedtok følgende (sak **88/15**):

1. *Mulighetsstudie fra Rambøll om etablering av helsetjenester i Risør sentrum tas til orientering.*
2. *Med bakgrunn i allerede vedtatte investeringsprosjekter og kommunens samlede lånegjeld, stoppes videre arbeid med planlegging av helsesenter på Tjenna.*
3. *Bystyret ber rådmannen framlegge en ny sak med modeller for hvilke helsetjenester som bør inkluderes i samlokalisering, jf. Stortingsmelding 26 (2014 - 2015) "framtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet" som ble lagt fram 7. mai 2015. Sammen med revidering av helseplan (Omsorgsplan), boligplan og en samlet vurdering av steds- og byutvikling i forhold til økonomisk bæreevne vil dette gi bystyret nødvendig informasjon for å fatte vedtak for organisering og lokalisering av framtidens primærhelsetjeneste.*

I forbindelse med vedtak av Handlingsprogram/økonomiplan for 2016-2019 vedtok bystyret i september følgende (sak 117/15):

Mulighetsstudiet for samordning av helsetjenester.

En videre prosess knyttet til samordning av ulike helsetjenester er viktig å iverksette umiddelbart. Dette må inn i handlingsprogrammet for 2016-19. Rådmannens utredningsarbeid prioriteres høyt. Bystyret kommer tilbake til spørsmål om lokaliseringen på et seinere tidspunkt.

Begrunnelse:

Dette bygger på et enstemmig vedtak i helse- og omsorgskomiteen 13. august. Komiteen anmoder bystyret om å ta opp igjen saken. Komiteen er opptatt av det helsefaglige aspektet sett i lys av utfordringer som skisseres i St. meld. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Rådmannen startet prosjektet «Samordning av helsetjenester» høsten 2015, med planlagt fullføring vinter/vår 2016. Rapporten legges nå fram for politisk behandling i bystyret.

3.2.2 Framtidens legetjenester

Hvordan kommunen skal organisere sine helsetjenester i framtida, er koblet mot hvordan fastlegene (allmennlegene) skal organiseres. Flere momenter har betydning for framtidens primærhelsetjeneste, blant annet arbeidet med kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) og den interkommunale legevakten, organisert i Østre Agder-samarbeidet. Både samhandlingsreformen, Utviklingsplan for fastlegeordningen og Primærhelsemeldinga (mai 2015) viser tydelig at fastlegene vil få et mer helhetlig og tverrfaglig ansvar for pasientene i framtida (se kap. 4). I tillegg går utviklingen i retning av at solopraksiser avvikles og at kommunene legger til rette for legesentre med flere helseprofesjoner som kan muliggjøre et mer sømløst behandlingsforløp.

Helse- og omsorgskomiteen drøftet 7. mai 2015 (sak **14/15**) framtidige legetjenester. Fra saksframlegget framgår det at det i en årrekke har vært stabilitet i fastlegehjemlene i kommunen, men at Risør kommune har en «pasientflukt» ut av kommunen, det vil si færre fastlegepasienter enn det innbyggertallet skulle tilsi.

Risør vil i fremtiden konkurrere med andre kommuner og med helseforetak om å rekruttere leger til fastlegetjenesten. For å fremme attraktivitet og fleksibilitet i kommunens fastlegetjeneste kan opprettelse av fastlønnede fastleger vurderes: Kommunal drift av fastlegekontor vil kunne frigjøre selvstendig næringsdrivende fastleger for arbeidsgiveransvar og driftsoppgaver, tid som i tilfelle vil kunne benyttes til pasientrettet arbeid. Flere fastleger ønsker kommunale hjemler, og det kan bidra til et bedre rekrutteringsgrunnlag for kommunen. I tillegg gir det kommunen en styringsmulighet for fastlegens prioriteringer.

I bystyret i september 2015 ble saken om framtidig organisering av legetjenester behandlet, sak **118/15**. Bystyret vedtok følgende:

I den kommende planperiode bør kommunens legetjenester utvikles til å bestå av privatpraktiserende -og kommunalt fast ansatte leger.

Basert på demografisk utvikling og kommunens folkehelseoversikt bør antall fasthjemler økes. På kort sikt bør antall hjemler økes fra fem til minimum sju legehjemler. Ved naturlig avgang blant privatpraktiserende leger skal kommunen vurdere kjøp av eksisterende praksis som omgjøres til kommunalt fastlønnede legehjemler. Det tas sikte på at to eksisterende praksiser omgjøres til tre fastlønnede leger.

Stillingshjemmel for leger ved Frydenborgsenteret økes fra 60 til 100 %.

Rådmannen får i oppdrag å gå i dialog med Den Norske Legeforening og den enkelte lege for gjennomgang av inngåtte avtaler med tanke på blant annet endring av offentlig arbeid som er tillagt praksis, avtale om solopraksis og åpningstider.

Opptrapping til kommunalt ansatte fastleger antas på sikt å være delvis selvfinsierende ved basistilskudd og egenandeler samt ved overføring av offentlig arbeid fra privatpraktiserende leger.

For 2016 må eventuell pukkeeffekt legges inn i budsjettet.

Bystyret forutsetter at det arbeides videre med samlokalisering av legetjenester og andre helse- og omsorgstjenester. Inntil det foreligger en avklaring rundt samlokalisering av legetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester vil kommunen vurdere om det er mulig å drifte flere hjemler i eksisterende drift ved for eksempel Kragsgata 48 og/eller ved Frydenborgsenteret.

Ved eventuell samlokalisering av helsetjenester erstattes solopraksis på Sønedeled med et bemannet legekantor deler av uken. Praksisen har sin hovedtilknytning til et framtidig samlokalisert helsesenter.

Vedtaket gir viktige føringer for prosjektet «Samordning av helsetjenester».

3.2.3 Søknad om midler fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet utlyste en tilskuddsordning for å «utrede mulighetene for samlokalisering av allmennlegetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester» i september 2015, med søknadsfrist 1. oktober. Med bakgrunn i bystyrevedtaket fra 24. september, hvor rådmannen ble bedt om å utrede samordning videre, ble det sendt inn en søknad. Risør kommune søkte om og fikk tildelt 375 000 kr, først og fremst for å dekke lønns- og møteutgifter i forbindelse med aktørenes involvering i prosjektet.

Definerede hovedmål i søknaden:

- Øke kunnskapsgrunnlaget
- Oversikt over økonomiske konsekvenser
- Styrke prosjektets politiske forankring

Dette skal oppnås gjennom tre tiltak

- Utredningsarbeid (utarbeidelse av denne rapporten)
- Bedre oversikt over økonomiske konsekvenser
- Styrke prosjektets politiske forankring

De involverte aktørene i prosjektet er:

- Styringsgruppe i Risør kommune (inkl helsestasjonen)
- Helse- og omsorgskomiteen
- Eldrerådet
- Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Fastlegene
- Fysioterapeutene

Det ble avholdt **informasjonsmøte 25. januar**, hvor representanter fra alle gruppene deltok. Det ble gitt informasjon om prosjektet så langt, om sentrale dokumenter (samhandlingsreformen, primærhelsemeldinga) og om hvordan legetjenestene er tenkt organisert i framtida. Det var gruppearbeid hvor det ble drøftet hvilke aktører som må inkluderes i prosjektet. Flere påpekte viktigheten av fleksibilitet i løsningene.

Torsdag **4. februar var det studietur** for alle de involverte aktørene, til helsehuset i Lillesand og helsesenteret i Søgne. 27 personer deltok på turen, fra rådene, helse- og omsorgskomiteen, fysioterapeuter, representanter fra legene, helsestasjonen og hjelpepersonell, i tillegg til styringsgruppa fra Risør kommune.

Helsehuset i Lillesand er et forholdsvis nytt helsehus, innviet i 2013, med helsetjenester i fire etasjer i Lillesand sentrum. Her ble det vektlagt stor grad av samordning mellom de kommunale aktørene, det vil si tjenestekontoret, NAV, barnevern, familierådgivingskontor, helsestasjonen, kommunal fysio-/ergoterapitjeneste, frisklivskoordinator/ kreftkoordinator osv. Det var i mindre

grad samhandling mellom de kommunale tjenestene og legekantoret i toppetasjen. Fysioterapeutene var lokalisert i et annet bygg i sentrum. Vi fikk god kjennskap til den kommunale organiseringen av helsetjenestene og hvilke utfordringer de opplever.

I **Søgne** var det et helt annet fokus på helsesenteret, hvor legekantoret med samtlige fastleger i kommunen var lokalisert i sammen, med nære bånd til kommuneledelsen. Dette er et helsesenter fra 1995, lokalisert med felles tube mot Rådhuset. Helsesenteret var lokalisert på Tangvall i Søgne sentrum. Vår kontaktperson var både assisterende kommuneoverlege og praktiserende fastlege i helsesenteret. Fastlegeskantoret var stort og tok hele første etasje. I andre etasjer var det blant annet helsestasjon, familierådgivingskontor og tannlegeskantor. Fysioterapeutene var i et annet bygg i sentrum. Det var et stort kantinerom i øverste etasje, men det ble ikke brukt som felles kantinerom. Hver enhet hadde sine pause/møterom. Det var minst ett formelt møtepunkt pr semester mellom fastlegene og de andre kommunale tjenestene i senteret, men dessverre var det i liten grad lagt til rette for møtepunkter og formelle/uformelle samarbeidsarenaer.

På begge stedene var aktørene positive til samlokalisering, og det ble fremhevet at det var korte avstander mellom tjenestene, og at det i mange tilfeller ble gjort henvendelser på tvers. Dette styrker den faglige og sømløse oppfølgingen av pasientene.

Både i Lillesand og i Søgne ble det påpekt fordeler ved å være lokalisert sentrumsnært. Det gir god tilgjengelighet for brukere og ansatte, men oppleves også som praktisk fordi en kan utføre andre ærend samtidig. På Tangvall i Søgne har sannsynligvis etablering av samlokaliserte helsetjenestene bidratt til byutvikling og vekst fordi det har gitt grunnlag for andre næringsetableringer i området. Begge steder påpekes også fordelene for kommunen ved å ha et tett og nært samarbeid med helsetjenestene.

Studieturen viste at det er mange ulike måter å organisere et helsehus på, men at fokuset fra de involverte aktørene har stor betydning hvor hvordan senteret utformes og fungerer i det daglige. Verken Lillesand eller Søgne har tilsvarende konsept/samarbeidsfokus som i Risør, men det er likevel nyttig å besøke andre lokasjoner for å se hva vi ønsker å lære av, og hva vi ønsker å gjøre annerledes. Det er tydelig at for å få til god samordning, er en avhengig av å legge til rette for samarbeidsarenaer ut over felles inngang/trapp. Sambruk av arealer, utnyttelse av fellesfunksjoner, tilrettelegging for sømløse tjenester og ikke minst en helhetlig ledelse er noe som Helsesenteret i Risør må fokusere på. I tillegg la vi merke til at graden av universell utforming/tilgjengelighet ikke var tilstrekkelig, spesielt for synshemmede.

3.2.4 Videre prosess

Sluttrapporten skal sendes på høring til samtlige referansegrupper før bystyrebehandlingen.

- Fastlegene
 - Fysioterapeutene
 - Helsestasjonen
-

- Helse- og omsorgskomiteen (får dokumentet til behandling og innstiller til bystyret)
- Eldrerådet(får dokumentet til behandling og kan lage uttalelse til bystyret)
- Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne (får dokumentet til behandling og kan lage uttalelse til bystyret)

Bystyret vil behandle saken i mars 2016, og rådmannen vil innstille på at det gjennomføres en samordning av helsetjenester i Risør kommune, og at denne rapporten legges til grunn for det videre arbeidet.

Bystyret vil etter dette drøfte lokasjon og konsept.

Når lokasjon er valgt, vil det foreligge mye mer konkret informasjon for de involverte aktørene, både når det gjelder plassering, tilgjengelighet, fasiliteter, økonomi, arealbehov. Det vil sannsynligvis gi et mye bedre kunnskaps- og vurderingsgrunnlag som den enkelte tjeneste/aktør kan bruke i sin beslutning og i de økonomiske beregningene.

4) Nasjonale og regionale føringer

4.1 NASJONALE FØRINGER

I henhold til **helse- og omsorgstjenesteloven** skal kommunene tilrettelegge for samhandling og de skal samarbeide med andre tjenesteytere for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester samt gode pasientforløp.

Samhandlingsreformen (St. meld 47, 2008) stiller kommunene og den kommunale helsetjenesten overfor store utfordringer. Kommunene har fått flere oppgaver og et større ansvar. Kommunene må ha et tettere samarbeid innen helsetjenestene for å skape et sammenhengende og enhetlig tilbud til pasienter. Et utvidet og styrket kommunalt ansvar for befolkningen vil gjøre det nødvendig å tenke effektivisering og tverrfaglig samarbeid. For kommunen, som har knappe økonomiske rammer for sin virksomhet, er det vesentlig å legge til rette for økonomisk bærekraftighet og en strategisk utvikling som gir kommunen gode helsetjenester.

Primærhelsemeldinga (St.meld 26, 2014-2015) ble lagt fram i mai 2015 og gir føringer for framtidens primærhelsetjeneste. Det har skjedd store endringer innen helse- og omsorgsområdet, spesielt kan det trekkes fram at kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid. Endringene i samfunnsoppdrag påvirker *tjenesteyterne i kommunene*. I Primærhelsemeldinga framgår det at det er i kommunene det må endres på arbeidsformer og arbeidsdeling, en må samhandle mer og møte brukerne på en ny måte. I tillegg er det utfordringer knyttet til brukerorientering, ledelse, rekruttering, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar (s 14). I meldinga nevnes også utfordringer knyttet til demografi (flere eldre) og innvandring samt selve sykdomsbildet, i tillegg kommer mangelfulle IKT-systemer og for lite vekt på forebygging.

Selve årsaken til behovet for samordning av kommunale helsetjenester er beskrevet i Primærhelsemeldingas kapittel 13, s 50:

Behovet for en endret innretning av tjenestene skyldes at brukernes behov har endret seg. Flere har kroniske lidelser og psykiske plager og det er flere med sammensatte behov. Mange av disse brukerne kunne fått et bedre liv og færre innleggelse i spesialisthelsetjenesten dersom tilbudet de mottok i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var annerledes både i innhold og organisering.

Meldinga er også tydelig på samlokalisering av tjenestene (kapittel 13.1)

Et første skritt for å gjøre tjenestene mer helhetlige for brukerne, er samlokalisering av tjenester og personell. Samlokalisering bidrar til en dør inn for brukerne og legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene. Fysisk nærhet har i mange studier vist seg å bedre kommunikasjon og samhandling.

I Primærhelsemeldinga fokuseres det på kompetanse og samhandling (kap 4):

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Det er oftere og oftere ikke lenger slik at en tjenesteyter alene kan levere de tjenestene brukerne trenger. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet.

Dette videreføres gjennom satsingen på «Primærhelseteam» (kap 4):

Regjeringen vil legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. I dag er tjenestene for fragmenterte, bl.a. som følge av siloorganisering. Samlokalisering av tjenester er et godt første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester. Regjeringen vil derfor stimulere til samlokalisering. Men samlokalisering alene skaper ikke team. (...)

Primærhelseteam er team med ansvar for grunnleggende helsetjenester til hele befolkningen. En teambasert førstelinjetjeneste muliggjør et bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av personellressursene. Fastlegene vil få bedre tid til å ta seg av brukere med store og sammensatte behov og komplekse medisinske problemstillinger. Samtidig vil brukere med langvarige eller kroniske tilstander, som fortsatt er selvhjulpne, få et bedre tilbud. Det er denne gruppen som særlig vil ha glede av primærhelseteam.

I primærhelsemeldinga fokuseres det mye på kommunens organisering av helsetjenestene. Det pekes på at det har oppstått en organisatorisk fragmentering (s16) hvor oppgavene har vokst fram over tid og hvor kommunene ikke har klart å organisere tjenestene på en helhetlig måte, noe også finansierings- og avtalesystemet har bidratt til. Foreslåtte tiltak skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse. Samlokalisering av tjenester og primærhelseteam er omtalt nærmere bl.a. i kap 13 *Team, tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering.*

Meldingen er tydelig på at det i årene fremover vil være nødvendig å bygge ned organisatoriske og andre skiller mellom ulike typer helsetjenester og mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene fordi skillene ikke reflekterer brukernes behov. Om noen år vil helse- og omsorgstjenestene også omfatte tannhelsetjenester. Primærhelsemeldinga påpeker at det må bygges *en helhetlig og fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste som fyller funksjonen som grunnmuren i pasientens helsetjeneste (kap.4).*

Utfordringsbildet som tegnes i meldingen, og føringene som gis, understreker behovet for å forsterke Risør og andre kommuners prosesser for samlokalisering og koordinering av fastlege- og andre helsetjenester. Forslaget i meldingen som har mest sprengkraft i seg, er uten tvil “primærhelseteamet”. Dette konseptet utfordrer fastlegeordningen hvor mer enn 90 % av fastlegene er selvstendig næringsdrivende.

Konseptet vil også utfordre selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Også ansvarseierne for allmennlege- og fysioterapitjenestene – kommunene – vil bli utfordret.

Som primærhelsetjenesten tydelig påpeker, stilles det store krav til ledelse og styring av kommunens helse- og omsorgstjenester. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ikke bare yte helsetjenester i tradisjonell forstand, men også fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (s 18).

Staten legger viktige rammer for kommunenes ansvar og oppgaver, men kommunen har en stor frihet til å gjøre lokale prioriteringer, høyere tjenestekvalitet, riktigere prioritering og mer effektiv bruk av ressursene (s 12). Det framgår følgende: *Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet. Dette er i tråd med budskapet i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som legger vekt på å utvikle helse- og omsorgstjenestens samspill med samfunnets samlede ressurser gjennom et program for en aktiv pårørendepolitikk, utarbeidelse av en egen frivillighetsstrategi og et utvidet samarbeid både med ideelle organisasjoner og næringsliv.*

Kommunen har dermed et omfattende samfunnsoppdrag, men det tydeliggjøres at det må etableres samarbeid med en rekke andre aktører. Primærhelsemeldinga påpeker behovet for utvikling og innovasjon i årene som kommer.

Morgendagens omsorg, Stortingsmelding 29 (2012-2013) er en «mulighetsmelding for omsorgsfeltet», og skal gi helse- og omsorgstjenestenes brukere nye muligheter til å klare seg selv i hverdagen. Også her pekes det på innovasjon, bedre samarbeid og kompetanseheving blant tjenesteyterne.

5) Kommunal forankring

5.1 KOMMUNEPLAN

I forbindelse med kommuneplanprosessen i 2013/2014 ble det utarbeidet et **utfordringsdokument**⁴ som peker på de viktigste framtidige utfordringene i kommunen. Hovedutfordringer innen folkehelse og levekår er å:

- *engasjere hele kommunen i folkehelsearbeid og forebygging, med spesielt fokus på barn og unges levekår*
- *oppretholde kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene med økt antall og mer krevende brukere*
- *snu negativ utvikling i livsstilssykdommer (fedme, lungesykdommer med mer) og styrke faktorer som fremmer god helse*
- *effektivisere tjenestene gjennom velferdsteknologi, nye rutiner og samarbeidsmønstre*

Kommuneplanen for 2014-2025 har hovedmålet “Vi skal vokse”. Det er vedtatt tre satsingsområder; kunnskap, regionalt samarbeid og attraktivitet, hvor kommunen ønsker å ha spesiell fokus i kommuneplanperioden. Folkehelse, bedre levekår og klima er gjennomgripende tema i hele kommuneplanen. Risør kommune har, som de andre kommunene i Østre Agder, betydelige utfordringer knyttet til levekår (spesielt knyttet til folkehelse og andel utenfor arbeidslivet). I befolkningsframskrivningene er det innbyggere i gruppene “eldre” og “innvandrere” som vil vokse mest i Risør kommune. For kommunen vil det være viktig å tilrettelegge for at disse gruppene blir positive ressurser for lokalsamfunnet som bidrar til ønsket utvikling.

5.2 HANDLINGSPROGRAMMET

Denne rapporten er en oppfølging av bystyrets vedtak i forbindelse med Handlingsprogrammet 2016-2019 (sept 2015, sak 117/15):

En videre prosess knyttet til samordning av ulike helsetjenester er viktig å iverksette umiddelbart. Dette må inn i handlingsprogrammet for 2016-19. Rådmannens utredningsarbeid prioriteres høyt. Bystyret kommer tilbake til spørsmål om lokaliseringen på et seinere tidspunkt.

Tiltaket er definert slik i Handlingsprogrammet 2016-2019:

6.5.32 Utredning Samordning av helsetjenester. Mulighetsstudien er utarbeidet. Det er tett dialog med kommunale og private helsetjenesteutøvere om behov og muligheter. Rådmannen utreder saken videre, med de forutsetninger som ligger i bystyrets vedtak PS 88/15, 117/15 og 118/15. Det er ikke avsatt midler til arbeidet.

I handlingsprogrammet 2016-2019 (PS 117/15) er også andre tiltak relevante for utredningen og prosjektet om å samordne helsetjenestene:

⁴ Kommuneplanen side 17 (Kapittel 6)

6.5.37: Utredning om omsorgsboliger. Behovet for egnede boliger til eldre med pleie- og omsorgsbehov er økende. Satt av 100 000 kr i 2016.

6.5.40: Utredning: Helseplan. Rullering av omsorgsplanen fra 2010. Opprinnelig tenkt gjennomført i 2017, men rådmannen ønsker at det skal vurderes hvorvidt utredning av Helseplan og Boligplan skal framskyndes, jfr PS 88/15. Satt av 100 000 kr i 2017.

6.5.43 Etalering av kommunal øyeblikkelig hjelp-tilbud. Risør kommune har ansvar for sine innbyggere, men samarbeider med Østre Agder om KØH. Evalueringsrapport legges fram vinter 2016. Det er ikke avsatt midler til arbeidet.

6.5.44 Legestilling tilknyttet Frydenborgsenteret. Det er behov for å øke fra dagens 60 % stilling til 100 %. Tiltaket er viktig med tanke på videreutvikling av kommunens legetjenester, spesielt i forhold til antall innbyggere over 80 år. Det er satt av 2,4 til tiltaket, 600 000 pr år i fireårsperioden.

6.5.45 Framtidige legetjenester. To fastlegehemler vil trolig bli ledig i løpet av perioden grunnet naturlig avgang. Det er pasientgrunnlag for ytterligere en legehjemmel. Privat/offentlig praksis og fordelingsnøkler må vurderes. Det må legges til rette for gode faglige fellesskap, god bruke av kommunens styringsrett, hensiktsmessige åpningstider, legevaktsamarbeid og tilgjengelig ekspedisjon. Det er ikke avsatt midler til arbeidet.

6.5.45 Velferdsteknologi/Medisinsk utstyr. Det er behov for ny utredning i forhold til nattilsyn, ultralyd, telemedisin, m.m. Det er pågående nasjonale prosjekt som er tildelt Østre Agder og Risør kommune. Satsing på velferdsteknologi vil kunne styrke de samlede helse- og omsorgstjenestene. Satt av totalt 2,5 mill. kr

6.5.46 Infrastruktur velferdsteknologi. Infrastruktur på tjenestestedene støtter ikke ny teknologi må fornyes. Den Digitale Østregionen er bestillere. Satsing på velferdsteknologi vil kunne gi en bedre totaltjeneste for mennesker med særlige hjelpebehov. Satt av 200 000 kr i 2016.

6.5.53 Oppfølging av beboere i Risør statlige mottak. Vil følges opp fra Risør kommune med en 75 % stilling ved helsestasjonen, 10 % stilling fastlege, 20 % innen enhet for omsorg. Det er ikke avsatt midler til arbeidet.

5.3 RELEVANTE PLANER OG UTREDNINGER

Rambølls rapport «**Mulighetsstudie Helsesenter Risør kommune**» (2015) ligger til grunn for sluttrapporten. I tillegg er utredningen som ble utarbeidet i forkant av «**Utredning om samlokalisering av helsetjenester i Risør kommune**» viktig (2014). Begge utredningene ligger på Risør kommunes heimesider, <http://www.risor.kommune.no/utviklingsarbeid/>

Omsorgsplan for Risør kommune 2010-2020 gir viktige føringer for Risør kommunes tenkning om framtidige helsetjenester og spesielt organisering av heimebaserte tjenester og velferdsteknologi. Planen har ikke med seg de siste endringene innen eksempelvis Samhandlingsreformen, og skal rulleres i 2017. Den vil da få navnet Helseplan for Risør kommune.

Folkehelseoversikten er utarbeidet høsten 2015 og gir et viktig bilde av de vesentligste folkehelseutfordringene i Risør kommune. Se <http://www.risor.kommune.no/dokumenter/kommunale-planer/>

6) Samordning av helsetjenester

Risør kommune har en målsetting om å gi innbyggerne gode og effektive helsetjenester, men er samtidig opptatt av å ivareta kommunens styringsmulighet.

Risør kommune har i flere år jobbet for å få samlokalisert helsetjenestene.

Gjennom bystyrevedtaket i september 2015 ble det vedtatt at prosjektet skal hete «samordning av helsetjenester» og at lokaliseringsspørsmålet avklares senere.

Denne rapporten handler ikke om lokalisering eller valg av lokasjon, men begge begrepene samordning og samlokalisering brukes i rapporten. Årsaken til dette er at det innen forskning/rapporter/andre utredninger brukes begrepet «samlokalisering». Forskjellene mellom begrepene er at samlokalisering inneholder en fysisk plassering, en lokasjon. Fordi prosjektet i Risør ennå ikke innehar lokasjons-elementet, brukes begrepet samordning. Når det er snakk om den framtidige situasjonen med helsesenter i Risør, brukes også begrepet samlokalisering, fordi lokasjonen da er med.

Samordning/samlokalisering må sees på som en metode, et virkemiddel, for å oppnå de målsettinger som Risør kommune setter for helsetjenestene.

Samlokalisering i seg selv er ikke tilstrekkelig for at kvaliteten på tjenestetilbudet øker. En økt kvalitet får man først når fagpersoner og fagsystemer samhandler.

Dette innebærer at en for å få effekt av en samlokalisering må etablere rutiner og systemer for god samhandling.

Det kan defineres tre hovedmål for samlokalisering av helsetjenester i Risør kommune⁵:

1. Bedre pasientforløp

Det skal gis tidligere avklaringer på diagnose/behov og behandlingsforløp/tiltak gjennom flerfaglig dialog og samarbeid basert på tverrfaglig tilnærming.

2. Bedre tilgjengelighet til tjenesten

Det skal være enkelt å komme seg til helsetjenestene. Brukere med sammensatte tjenestebehov skal få et helhetlig tjenestetilbud uten mange fysiske forflytninger. Lokalene skal ha universell utforming.

3. Økt brukertilfredshet

Brukerne/pasienter/ansatte skal være fornøyde med tjenestene som gis, inkludert lokalene.

I de neste avsnittene presenteres viktige argumenter for samlokalisering.

6.1 ØKT TILGJENGELIGHET

En samlokalisering kan bidra til å gi pasienter/brukere bedre tilgjengelighet til helsetjenestene.

Tilgjengelighet handler om nærhet til viktige funksjoner, offentlig kommunikasjon og parkeringsmuligheter, men det handler også om fysisk utforming og åpningstider.

⁵ Fra utredning om samlokalisering av helsetjenester i Oppdal kommune, 2014.

Fra et brukerperspektiv kan man med sikkerhet si at for brukere med behov for sammensatte tjenester er det en klar fordel med felles dør og mottak til de ulike tjenestene de må benytte seg av. En samlokalisering vil øke tilgjengeligheten til tjenestene.

En samlokalisering av helsetjenestene, og særlig en samlokalisering av fastlegepraksisene, vil gi en mer robust legepraksis. Dette vil potensielt kunne medføre blant annet økt tilgjengelighet gjennom samarbeid, som økte åpningstider og bedre regularitet ved ferier. For Risør, som har en voldsom befolkningsøkning om sommeren, kan samlokalisering av fastlegetjenestene muligens innebære at byen får fastlegetjenester gjennom hele sommeren. Videre vil en samlokalisering medføre en større grad av fleksibilitet i det samlede tjenestetilbudet, f.eks. ved at leger kan avlaste hverandre og dermed gi et bedre pasienttilbud. Økt tilgjengelighet (bedre åpningstider) vil også kunne redusere antallet henvendelser om øyeblikkelig hjelp ved legevakten.

6.2 HELHETLIGE OG SØMLØSE TJENESTER FOR PASIENTER

Primærhelsemeldingas kapittel 13, s 50 peker på at en faglig begrunnelse er hovedårsaken til at en bør samordne helsetjenestene:

Behovet for en endret innretning av tjenestene skyldes at brukernes behov har endret seg. Flere har kroniske lidelser og psykiske plager og det er flere med sammensatte behov. Mange av disse brukerne kunne fått et bedre liv og færre innleggelse i spesialisthelsetjenesten dersom tilbudet de mottok i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var annerledes både i innhold og organisering.

Primærhelsemeldingen påpeker at utviklingen – med flere oppgaver og et mer sammensatt sykdomsbilde, stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Det er oftere og oftere ikke lenger slik at en tjenesteyter alene kan levere de tjenestene brukerne trenger.

Meldinga er også tydelig på samlokalisering av tjenestene (kapittel 13.1)

Et første skritt for å gjøre tjenestene mer helhetlige for brukerne, er samlokalisering av tjenester og personell. Samlokalisering bidrar til en dør inn for brukerne og legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene. Fysisk nærhet har i mange studier vist seg å bedre kommunikasjon og samhandling.

Forskning viser at en samordning kan bidra til at brukerne får en opplevelse av mer sømløse tjenester ved at de får tilgang til flere tjenester under sammen tak.

Fra Fastlegenes utviklingsplan (2015-2020) kan en lese følgende:

“Større legesentra med flere yrkesgrupper vil bidra til at pasienter kan få løst flere helseproblemer samme sted. Når pasienten får all nødvendig hjelp på fastlegekontoret blir samarbeidet om pasienten bedre. Det vil redusere behovet for henvisning til sykehus. Økonomiske virkemidler må understøtte

denne utviklingen. En fastlegepraksis med høy tverrfaglig kompetanse, vil både kunne dekke et behov for kontinuitet og gi pasienter med sammensatte og kroniske lidelser bedre hjelp. Det vil også legge et godt grunnlag for arbeid med kvalitet”.

Ved å samlokalisere kan en sikre mer sømløse tjenester, spesielt ved at fastlegepraksisene samordnes med andre tjenester, slik som helsestasjonen og fysioterapeutene, og det tilrettelegger for framtidsrettede primærhelseteam. Særlig er det viktig å trekke frem fastlegenes medisinske koordineringsansvar for pasienter. En samlokalisering av andre tjenester sammen med fastlegepraksisene kan bidra til å styrke en slik koordinering.

For at brukere med behov for sammensatte tverrfaglige tjenester skal oppleve helhetlige og strømlinjeformede tjenester, er det ikke fullt ut tilstrekkelig å samlokalisere fastlege, helsestasjon og fysioterapeutene. Det må sikres gode kommunikasjon og oppfølgingsrutiner med også andre tjenester, slik som spesialisthelsetjenesten, NAV, kommunens tjenesteapparat innen hjemmetjenester, rehabilitering og habilitering, samt andre tjenester til barn og unge slik som blant annet PP-tjenesten.

6.3 KOMPETANSEOVERFØRING OG SAMARBEID

Primærhelsemeldinga er tydelig på hvilke gevinster som kan oppnås gjennom samordning, og det fokuserer på tverrfaglighet og faglig bredde. Spesielt framheves viktigheten av primærhelseteam (se kapittel 13 i meldinga).

Å samlokalisere personer med samme fagbakgrunn gir ikke nødvendigvis en teambasert tjeneste. For å få etablert primærhelseteam, må fastlegenes praksis utvides med andre personellgrupper. Men heller ikke det er nok. Av internasjonal litteratur fremgår at reelle team bl.a. krever felles mål, felles ansvar og felles belønning. Rammebetingelser, både i form av regelverk og finansiering, tilgang til informasjon, samt kvalitetsmål/-indikatorer, bør brukes for å legge til rette for etablering av reelle team.

Etablering av primærhelseteam vil bidra til mer koordinerte tjenester, muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet og bidra til riktigere arbeidsdeling mellom personellgrupper og dermed bedre bruk av de samlede ressurser. På denne måten kan man utvikle et bedre tjenestetilbud til alle innbyggere og spesielt til grupper som har behov for forebyggende tilbud, god opplæring for egenmestring og tettere oppfølging enn de får i dag, inkludert flere tjenester i eget hjem. Gevinstene kommer ved at oppgaver som i dag inngår i fastlegenes ansvar, jamfør fastlegeforskriften, men som i varierende grad utføres, vil bli bedre ivaretatt.

Et av argumentene som fremheves for en samlokalisering av helsetjenestene er at man vil få en mer robust og faglig sterk tjeneste. Det understrekes at en samlokalisering vil kunne medføre sterkere faglige fellesskap innad og mellom de ulike profesjonene som er samlokalisert.

I utviklingsplan for fastlegeordningen 2015-2020 fremheves det at utviklingen går i retning av gruppepraksiser og solopraksiser frarådes. Dette er også i tråd med politiske vedtak i Risør og kommuneoverlegens anbefalinger. Det fremkommer at fastlegene ønsker faglig fellesskap og muligheten til å utnytte hverandres kompetanse og felles ressurser, slik som kontorfasiliteter eller utstyr. Ved å

samløkalisere fastlegene i en større praksis vil en styrke det faglige fellesskapet gjennom at man får flere kolleger å diskutere felles problemstillinger med. Gjennom dette vil man kunne få en økt kvalitetssikring av arbeidet som utføres. Videre vil det være enklere for spesialisthelsetjenesten å forholde seg til større enheter når de skal veilede tjenestene i primærhelsetjenesten.

Kompetanseoverføring mellom profesjonene og tverrfaglig samarbeid mellom de ulike helsetjenestene fremheves som et annet argument for samlokalisering. Gjennom kartleggingen som Rambøll utførte, fremkommer det at flere av tjenestene mener at det vil være lettere å samarbeide på tvers av tjenestene og dra nytte av hverandres kompetanse på tvers av profesjoner når man er samlokalisert. Terskelen for å søke råd og veiledning hos hverandre kan være lavere når tjenestene er på samme sted og det fremheves at man kan få raskere avklaringer på konkrete saker i de tilfeller de ulike tjenestene har felles brukere.

Det påpekes imidlertid at tverrfaglig samarbeid og kompetanseoverføring krever felles arenaer eller rutiner for samarbeid og at det ikke er tilstrekkelig å være fysisk samlokalisert. Eksempelvis fremheves det at det ikke er utstrakt samarbeid mellom fastlegepraksisen og helsestasjonen som er lokalisert i samme bygg i dag (Kragsgate 48). Imidlertid vises det til gode eksempler på samarbeid mellom fastlegepraksisen og særlig helsestasjonen for ungdom.

Rambøll vurderer at det i et helsenter er viktig å opprette samarbeidsstrukturer og arenaer som kan bidra til å legge til rette for tverrfaglig samarbeid og kompetanseoverføring.

Et annet aspekt er knyttet til rekruttering. Det fremheves at man gjennom en samlokalisering vil gjøre det enklere å rekruttere helsepersonell, da det ses på som attraktivt å arbeide i tverrfaglige miljøer som kan gi mulighet for mer spesialiserte oppgaver og arbeidsdeling. Videre fremheves det i utviklingsplan for fastlegeordningen at stadig flere praksiser blir organisert som gruppepraksiser med mer enn én fastlege, da fastlegene ønsker større faglig fellesskap.

6.4 RESSURSBESPARENDE

Ved at flere fastleger er samlet på ett sted, øker muligheten for å tilby nyttige fellestjenester som forenkler og effektiviserer pasientbehandlingen. Ved en samlokalisering kan aktørene også dra nytte av felles funksjoner og utstyr slik at de enkelte tjenestene ikke trenger å investere hver for seg. Dette gjelder eksempelvis hjelpepersonell og helserelatert utstyr, som felles laboratorium. Videre vil en samlokalisering gi muligheten for sambruk av fellesareal som blant annet garderobe, toaletter, venterom, møterom og pause/spiserom.

En kan også for eksempel ha spesialiserte sykepleiere som kan håndtere egne pasientgrupper, f.eks. diabetespasienter, sårbehandling, astma/allergi osv. Sykepleierne vil da være ansatt i legefellesskapet, og kan benyttes av alle legene. Slik inntektssystemet er utformet i dag, er ikke dette aktuelt, men Legeforeningen jobber blant annet for at slike systemer kan effektivisere og forbedre legekapasiteten i framtida. Dette omtales også i Primærhelsemeldinga.

6.5 LEDELSE OG STYRING

Primærhelsemeldinga er tydelig på at kommunens ledelse av helsetjenestene må forsterkes og forbedres. Det pekes på store utfordringer (kapittel 4):

- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har blitt stor og kompleks.
-

- Lav ledertetthet i sektoren (og lav lederkompetanse).
- Organisatorisk fragmentering innen helse- og omsorgstjenestene.
- Mangler i mange tilfeller gode samarbeidsrutiner.
- Mangler helse- og sosialfaglig kompetanse i ledelsen.
- Avtalesystemet for leger og fysioterapeuter motvirker intern ledelse fordi den enkelte er ansvarlig for sine tjenester.
- Kommunene har ulik opplevelse av sitt styringsansvar av helsetjenestene.

Primærhelsemeldinga tydeliggjør at ledelse av helsetjenestene er et kommunalt ansvar. En må også være klar over at en god og helhetlig kommunal helsetjeneste er ressurskrevende. Ledelsesperspektivet ser ut til å være svært viktig i planleggingen av et helsesenter.

Når et helsesenter er i drift, er det også viktig med god ledelse og styring. Det kan bidra til å sikre brukertilfredshet, måloppnåelse og god ressursutnyttelse. Det bør vurderes å avsette ressurser til en stedlig ledelse av helsesenteret, og dette er mest sannsynlig en kommunal oppgave. Det må drøftes hvilken ledelsesmodell som skal velges, spesielt hvorvidt det skal være en fastlege som er teamleder (ihht fastlegeforskriften) eller om andre profesjoner kan benyttes. I primærhelsemeldinga omtales ulike modeller (kap. 13). Dette må konkretiseres i den videre planleggingen av senteret og for Risør kommunes ledelse av helsetjenestene generelt.

7) Strategier for samordning av helsetjenester i Risør kommune

I Risør kommune tilbys en rekke helsetjenester, og det er mange tjenester som ikke inkluderes i prosjektet «Samordning av helsetjenester». Det er først og fremst «helsetjenester for hele befolkningen» som er målgruppen for samordningen.

I forbindelse med Stortingsmelding 47 (2008), om Samhandlingsreformen, er det gitt eksempler på hva som kan samlokaliseres. Ut fra dagens tjenestetilbud samt strategier fra Risør kommune (blant annet kommuneplanen (2014), Omsorgsplanen (2010) og Boligutredningen (2014)) er det hensiktsmessig å se på to ulike typer helsesentre i Risør kommune, basert på to ulike behov:

7.1 HELSETJENESTER FOR HELE BEFOLKNINGEN

Risør helsesenter

Det vesentligste kriteriet for å vurdere hvilke helsetjenester som skal inngå i et samlokalisert senter, er at det er helsetjenester for hele befolkningen. Kategorien omhandler allmennhelsetjenester som alle innbyggere i Risør kommune har behov for fra tid til annen, men det er åpenbart at ulike befolkningsgrupper vil ha ulike behov for tjenestene, spesielt fordi mange av tjenestene er rettet mot bestemte aldersgrupper. Mange av disse tjenestene anses som allmennhelsetjenester, og som en bør vurderes å samle i et senter:

- Allmennlegetjeneste (fastlegene)
- Fysioterapeuter
- Helsestasjon
- Jordmortjeneste
- Helsestasjon for ungdom
- Spesialistlegetjenester
- Tannklinikk
- Psykolog

7.2 TJENESTER FRA SAMHANDLINGSREFORMEN

Frydenborgsenteret

Dette er tjenester for personer som har behov for behandling før/etter sykehusopphold, som har behov for forebygging, rehabilitering og lindrende behandling. Tjenestene er ofte relatert til sykehustjenester og for personer som allerede er i risikogrupper. Tjenestene inkluderer:

- Døgnplasser for øyeblikkelig hjelp
 - Rehabilitering/habilitering
 - Lindrende behandling
 - Plasser for korttidsbehandling for å forebygge innleggelse
 - Etter- og restbehandling etter innleggelse i sykehus
 - Ulike tjenestetilbud innen rus og psykiatri
-

- Forebygging og helsefremming i form av frisklivs- og lærings- og mestringstilbud

Risør kommune ønsker at disse tjenestene skal være på Frydenborgsenteret. Implementering av Samhandlingsreformen vil medføre en framtidig styrking av tjenester og ressurser innen dette området. Det må være høy helsefaglig kompetanse tilstede på senteret, gjennom hele døgnet.

Mange av tjenestene fra Samhandlingsreformen, slik som Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) og et tilbud til utskrivningsklare pasienter, organiseres gjennom Østre Agder-samarbeidet. Det gjelder også for legevakt.

Det er svært viktig at det er god samhandling og kommunikasjon mellom aktørene på Frydenborgsenteret, i helsesenteret og i kommunens ledelse. Spesielt gjelder dette for hjemmetjenesten.

8) Helsesituasjonen i Risør

Folkehelseprofilen og folkehelseoversikten for Risør kommune viser at det er særlige utfordringer knyttet til levekår, levevaner, samt helse og sykdom⁶. Utfordringene i Risør deles av mange av de andre kommunene i Østre Agder.

8.1 BEFOLKNINGSUTVIKLINGEN

Befolkningsprognosene mot 2040 kan gi kommunen store utfordringer i forhold til helse og levekår. I SSBs befolkningsframskrivninger framgår det at befolkningen i Risør kommune vil øke med ca 1150 personer (fra 6900 til 8100), noe som er i tråd med kommuneplanens hovedmål "Vi skal vokse". Veksten vil i hovedsak bestå av to grupper, nemlig "eldre" og "innvandrere". Dette er grupper som erfaringsmessig krever mange helsetjenester, og ofte kostnadskrevede tjenester. I tillegg vet vi at sykdomsbildet er i endring, hvor stadig flere lever lengre med sammensatte lidelser. For at kommunens ressurser skal strekke til, er det nødvendig å jobbe for at alle innbyggere skal ha god helse.

		2016	2020	2030	2040	Antall personer	
						2015-2040	Prosent
						2015-2040	2015-2040
Risør	0-9 år	710	784	855	844	121	17 %
	10-19 år	835	799	894	959	106	12%
	20-29 år	780	815	742	796	11	1%
	30-39 år	676	726	809	776	74	11%
	40-49 år	967	925	872	960	-8	-1%
	50-59 år	965	991	996	964	-24	-2%
	60-69 år	1024	1001	1051	1066	47	5%
	70-79 år	601	795	892	965	395	69%
	80-89 år	279	291	531	620	356	135%
	90-99 år	81	65	77	161	76	89%
	100 år eller eldre	2	1	1	3	1	50%
		6920	7193	7720	8114	1155	

Tabellen er basert på faktisk befolkningstall for 2016, og framskrivninger fra SSB.no, 2014. Det vil presenteres nye framskrivninger i juni 2016.

8.2 RESSURSKNAPPHET

For kommunen, som har knappe økonomiske rammer for sin virksomhet, er det vesentlig å legge til rette for økonomisk bærekraftighet. Den forventede

⁶ <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0901&sp=1&PDFAAr=2015>

befolkningsutviklingen med flere eldre gir kommunen utfordringer. Kommunen har økonomisk ansvar for mange deler av helsetjenestene til befolkningen⁷:

- Kommunen gir basistilskudd til fastlegene (5 stk + turnuslege)
- Kommunen gir driftstilskudd til fysioterapeutene (4 stk, 20 % stilling til hver)
- Kommunen finansierer allmennmedisinsk offentlig legearbeid (helsestasjonen, skolehelsetjenesten, sykehjemslege)
- Kommunen finansierer helsestasjonen og skolehelsetjenesten
- Kommunen finansierer pleie- og omsorgstjenesten (noe brukerbetaling)
- Kommunen har opprettet psykologstilling (ansettelsesprosess er i gang)
- Forebyggende helsetjenester (f.eks. frisklivssentral) finansieres hovedsakelig av kommunen

Totalt sett blir det en stor utfordring å opprettholde kvalitet i tjenestetilbudet uten en betydelig opptrapping av kommunenes ressursbruk til pleie- og omsorgstjenester. Dreiningen mot økt forebygging, innovasjon og kreativitet vil være viktig for å redusere omfanget og løse pleie- og omsorgsoppgavene på nye måter. Fastlegenes funksjon er viktig, og god samhandling med sykehus og andre kompetanseinstitusjoner utenfor kommunen blir avgjørende. Regionalt samarbeid, rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og videreutvikling av de ansattes kompetanse likeså. Samhandlingsreformen legger opp til at 30 prosent av tjenestene som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunene og det har hittil i liten grad blitt overført ressurser tilsvarende de nye oppgavene.

8.3 NY TEKNOLOGI – NYE ARBEIDSMÅTER

Kommunen må ta i bruk ny teknologi der det gir kvalitetsheving og bedre ressursutnyttelse. Utviklingen innenfor IKT gir nye muligheter for hvordan kommunen kan møte brukere og pårørende i tjenesten, både i forhold til omsorg, trygghet og rehabilitering. Risør kommune har fokus på omlegging i rutiner og arbeidsmetoder for å oppnå bedre ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestene gjennom investering i teknologi. Økt bruk av velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon sees på som viktige virkemidler. Dette er blant annet tydelig gjennom Omsorgsplanen (2010) og kommunens satsing i Handlingsprogrammet for 2016-2019.

⁷ Hentet fra Helsedirektoratet.no

9) Effekt av samlokalisering

Når det skal vurderes hvilke tjenester som skal samlokaliseres, må det vurderes nytteverdi og hvorvidt samlokalisering kan bidra til å effektivisere tjenestene.

I utredningen om samlokalisering av helsetjenester i Risør kommune (høsten 2014), ble det gjort en enkel analyse basert på fire indikatorer:

Arealeffektivitet: I hvilken grad kan samlokalisering medføre sambruk av areal knyttet til venterom, garderobe, mottak, teknisk rom m.m?

Faglig effektivitet: I hvilken grad vil samhandling medføre kompetanseoverføring, sambruk av faglige ressurser og stor grad av sømløse tjenester?

Kostnadseffektivitet: I hvilken grad vil samlokalisering medføre lavere enhetskostnader knyttet til drift, vedlikehold og utvikling?

Hensiktsmessig: I hvilken grad vil samlokalisering oppleves som hensiktsmessig? Etablering av et godt fagmiljø kan oppleves som attraktivt som arbeidsplass og kan bidra til rekruttering av kompetent personell, noe som oppfattes som hensiktsmessig.

Analysen er nå supplert med flere aktører som det gjennom prosjektfasen har vært diskusjoner om skal inkluderes i et framtidig helsesenter (lag/foreninger, ambulansetjenesten, kafe/møteplass, basseng). Beregningene er basert på skjønn.

I tabellen på neste side er det gjort en enkel analyse av følgende tjenester og hvilken gjensidig effekt de kan ha av samlokalisering (arealmessig, faglig, kostnadmessig og hvorvidt det kan oppfattes som hensiktsmessig):

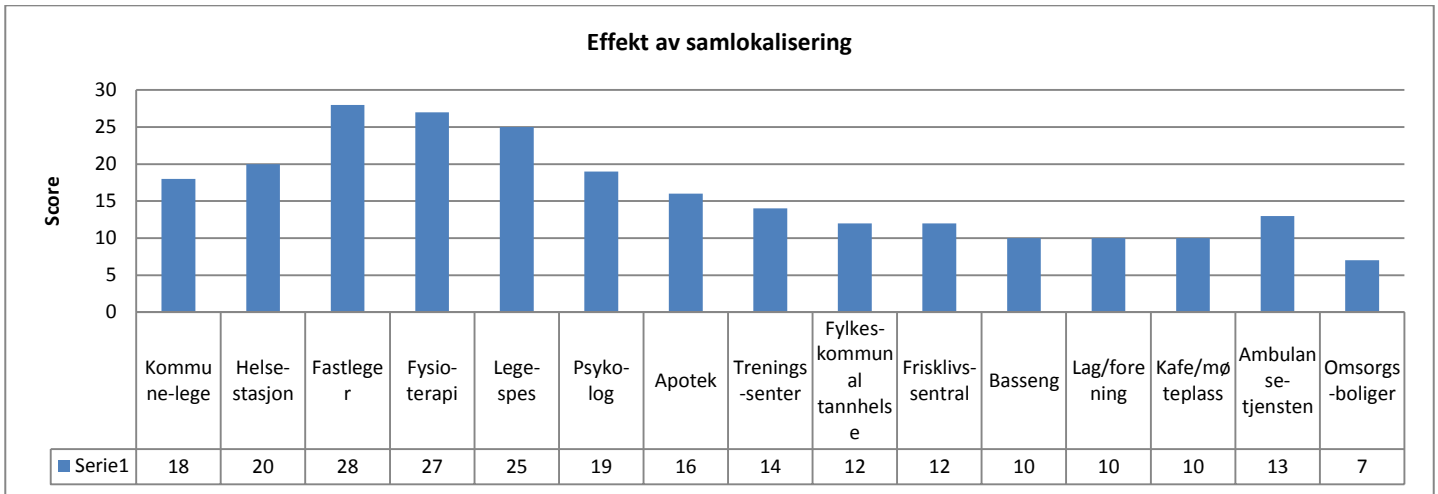
- Kommunelege
 - Psykolog
 - Helsestasjon
 - Fastleger
 - Fysioterapi
 - Legespesialister
 - Apotek
 - Treningssenter
 - Fylkeskommunale tannhelsetjenester
 - Frisklivssentral
 - Basseng
 - Lag/Foreninger
 - Kafe/møteplass
 - Ambulansetjenester
 - Omsorgsboliger
-

	Kommune lege	Psyko-log	Helse- stasjon	Fastlege	Fysio- terapi	Lege- spes.	Apotek	Tren- sent	Fylkesk. tann- helsetj.	Frisk- liv	Basseng	Lag/ forening	Kafe	Ambu- lanse	Omsorgs- bolig
Kommune lege	-	3	3	3	1	2	1	0	1	1	0	1	0	2	0
Psykolog	3	-	4	3	2	3	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Helsestasjon	3	4	-	4	3	3	2	1	2	1	0	1	1	2	0
Fastleger	3	3	4	-	3	4	2	0	1	2	0	1	0	3	1
Fysioterapi	1	2	3	3	-	2	2	4	1	2	2	1	0	1	1
Legespesialist	2	3	3	4	2	-	2	0	1	1	0	0	0	1	0
Apotek	1	1	2	2	2	2	-	0	2	1	0	0	1	1	1
Treningscenter	0	0	1	0	4	0	0	-	0	3	3	0	2	0	1
Tannhelse- tjenester	1	1	3	1	1	1	2	0	-	1	0	1	0	1	0
Frisklivs- sentral	1	1	1	2	2	1	1	3	1	-	3	2	2	1	1
Basseng	0	0	0	0	2	0	0	3	0	3	-	0	1	0	1
Lag/ foreninger	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2	0	-	2	0	0
Kafe/møteplass	0	0	1	0	0	0	1	2	0	2	1	2	-	0	1
Ambulansetjenesten	2	1	2	3	1	1	1	0	1	1	0	0	0	-	0
Omsorgsboliger	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	-
SUM	18	20	28	27	25	19	16	14	12	12	10	10	10	13	7

I tabellen er det sett på hvilken effekt tjenestene får ved samlokalisering, basert på de fire indikatorene (arealmessig, faglig, kostnadmessig og hensiktsmessighet). Alle aktuelle tjenester er koblet sammen (krysset) for å vurdere effekten av de fire indikatorene. Dersom det sees en positiv effekt ved en indikator for samlokalisering, gis ett poeng. Ingen eller negativ effekt gir null i score. Positiv score på alle fire indikatorene gir dermed fire poeng. Jo høyere score, jo større er gevinsten ved samlokalisering. Det er viktig å være oppmerksom på at tallene er basert på en matrise hvor samtlige tjenester/aktører inngår, og at det kan være noen som har stor effekt ved å samlokalisere seg med noen få. Dette er eksempelvis frisklivssentralen mot basseng og treningssenter. Se kommentarer på neste side.

Effekt av samlokalisering

I søylediagrammet presenteres summene fra tabellen på forrige side:



Alle aktuelle tjenester er koblet sammen (krysset) for å vurdere effekten av de fire indikatorene (arealmessig, faglig, kostnadmessig og hensiktsmessighet). Dersom det sees en positiv effekt ved en indikator for samlokalisering, gis ett poeng. Ingen eller negativ effekt gir null i score. Positiv score på alle fire indikatorene gir dermed fire poeng. Jo høyere score, jo større er gevinsten ved samlokalisering

Analysen viser at det er fastlegene som får den største effekten ved å samlokalisere seg med andre tjenester. Helsestasjon, fysioterapi, legespesialister og psykolog kommer også ut med høye score og vil ha god effekt ved å samlokalisere seg med andre.

En ser også at det er gevinster ved å samlokalisere apotek, kommunelege, tannhelsetjenester, ambulansetjenesten og trenings-senter i et senter.

Fra et brukerperspektiv vil en samlokalisering med legetjenester, helsestasjon, fysioterapi og legespesialister og psykolog se ut til å være godt tilrettelagt for store grupper med behov for sammensatte tjenester. Flere tjenester kan ytes under samme tak og muligheten for arealeffektivitet, faglige gevinster og økonomiske innsparinger er stor.

10) Relevante helsetjenester til helsesenteret

I kapittelet gjøres en vurdering av de aktuelle tjenestene og hvorvidt de bør samlokaliseres.

10.1 FASTLEGEPRAKSISER I RISØR KOMMUNE

Kommunen har i dag fem legehjemler og én turnuskandidat. Alle legene har driftsavtaler med kommunen, det vil si at legene er selvstendige næringsdrivende, men får et basistilskudd av kommunen. Resten finansieres av staten (refusjoner) og fra brukerne (egenandeler).

Oversikt over fastlegesituasjonen i Risør kommune pr. mars 2016:

Fastlege	Kjønn	Praksisnavn	Tilgj. lokaler	Poststed	Antall innbyggere på listen	Ledig
Achenbach, Anna-Katharina	K	Sønedeled Legekontor	Ja	4990 Sønedeled	1001	199
Kjørholt, Lars	M	Solsiden Legesenter	Ja	4950 Risør	1503	0
Moen, Aslaug Hektoen	K	Kragsgata Legesenter	Ja	4950 Risør	1192	0
Tylden, Bernt Erik	M	Solsiden Legesenter	Ja	4950 Risør	1194	0
Wiik, Alexander	M	Kragsgata Legesenter	Ja	4950 Risør	1398	0

Hentet fra www.tjenester.nav.no/minfastlege

Til sammen har legene 6288 innbyggere på sine hjemmelister, noe som innebærer en ledig kapasitet til 199 innbyggere⁸. Totalt har Risør kommune fastlegehjemler tilsvarende 6466 innbyggere, altså noe lavere enn innbyggertallet. Det er en "legeflukt" på 400-500 personer. Dette skyldes blant annet pendlere som velger å ha lege i sin arbeidskommune, i tillegg er det nok en del som ikke ønsker å ha en fastlege i lokalsamfunnet.

På Solsiden legekontor er det i dag to fastleger i private lokaler. Lokalene er forholdsvis små, med noe vanskelig atkomst på grunn av mange dører/trange rom. Det er parkeringsplasser rett utenfor, men kun noen få kommunale plasser som ikke er reservert pasienter til legekontoret. Det er ca 650 m til busstasjon, ca 300 meter til holdeplassen ved Torvet, men bybussen stopper like ved.

Kragsgata legesenter har to fastleger og en turnuskandidat. Legesenteret er i første etasje i Kragsgata 48, som er et kommunalt bygg hvor også helsestasjonen er lokalisert (2. etg). Lokalene har god tilgjengelighet og heis, men lufteanlegget

⁸ I september 2014, da den forrige utredningsrapporten ble laget, var det ledig kapasitet tilsvarende 600 pasienter. Nå er 4 av 5 lister uten ledig kapasitet og det er atskillig dårligere valgmulighet når det gjelder å få byttet lege i Risør kommune.

fungerer dårlig og det er tidvis for varmt på sommerstid. Det er god kollektivbetjening til senteret, og mange kommunale parkeringsplasser utenfor. Sønedeled legekontor er en solopraksis i første etasje på Sønedeledtunet. Det er god parkeringsdekning til legekantoret, og lokalbussen kjører på fylkesveien like ved.

10.1.1 Fastlegehjemler i framtida

Se kapittel 3.2.2 for en oppsummering av den politiske prosessen av saken «Framtidens legetjenester i Risør kommune».

Fra Fastlegenes utviklingsplan 2015-2020 kan en lese: *“Legeforeningen ønsker at primærhelsetjenesten skal ta et mer helhetlig og tverrfaglig ansvar for helse-tjenestene til pasienter med kronisk sykdom enn før, pasienter som med samhandlingsreformen skal gis tilbud i kommunene og ikke i sykehus og samtidig gi et faglig godt og tilgjengelig tilbud til pasienter med behov for primærhelsetjenester for forbigående tilstander. Det forutsetter en økning av kapasitet”*.

Kommunen må legge opp til en dimensjonering som er forsvarlig, samtidig som at utgiftene blir dekket av legene (ved næringsdrivende fastleger) eller basistilskuddet (ved kommunalt ansatte lege).

I Risør kommune ser det ut til å være behov for flere fastlegehjemler. I følge helsedirektoratet (www.helsedirektoratet.no) kan en beregne ca én legehjemmel pr 1000 innbyggere. Flere oppgaver, forventet befolkningsvekst og befolkningssammensetning, sammenholdt med at flere fastleger når pensjonsalder de nærmeste årene, tilsier målrettet økning av kapasitet og rekruttering av fastleger. Hvorvidt man ønsker fast ansatte kommunale leger eller leger ansatt med driftsavtaler anses utgiftsnøytralt (fra utredningen til Oppdal kommune, 2014), det kan i så fall være andre momenter som betyr noe i den sammenheng, f.eks personalpolitikk og styringsmuligheter. I framtida kan det nok likevel være et spørsmål om økonomi, dvs hvor mye kommunen er villig til/nødt til å subsidiere legene for å sikre rekruttering.

Om det er kommunen som skal ansette hjelpepersonell eller om det er legene selv som gjør det, er også et forhandlingsspørsmål, og vil derfor reguleres i avtalen med den enkelte lege. Dette vil derfor avklares underveis i prosessen.

I bystyrevedtaket om framtidige legetjenester i Risør kommune (118/15), framgår det at antall legehjemler i Risør kommune skal økes. I tillegg skal det gjøres vurderinger hvorvidt det skal være kommunale legehjemler i tillegg til de privatpraktiserende. Ved eventuell samlokalisering av helsetjenester erstattes solopraksis på Sønedeled med et bemannet legekantore deler av uken. Praksisen skal ha sin hovedtilknytning til et framtidig samlokalisert helsesenter.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Fastlegene er en svært vesentlig aktør i et samlokalisert helsesenter i Risør. De har en viktig funksjon som koordinator for pasientenes helsetilbud og har avgjørende kompetanse for kommunens helsetjenester.

Med bakgrunn i blant annet Primærhelsemeldinga⁹, den forventede befolkningsutviklingen og erfaring fra andre kommuner, bør Risør kommune legge

⁹ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. 2015.

til rette for ca 1000 pasienter pr fastlege, det vil konkret si totalt 7 fastlegehjemler som skal etableres i senteret (det pågår diskusjon hvorvidt det bør åpnes for kommunalt ansatte fastleger). I tillegg bør kommunen ha en sykehjemslege, til sammen 8 hjemler.

10.2 HELSESTASJONEN

Helsestasjonen er lokalisert i Kragsgata 48 og har i tillegg til skolehelsetjeneste og jordmortjeneste også helsestasjon for ungdom på kveldstid. Amulante team fra f.eks ABUP har jevnlig kontordager i Risør.

Eksisterende samlokalisering av helsestasjon, jordmortjeneste og helsetjeneste for ungdom fungerer godt og har høy grad av samhandling og felles faglig ledelse.

Det er god kollektivbetjening og parkeringsdekning og tilgjengelighet til andre sentrumsfunksjoner. Bygget har heis og fungerer i hovedsak greit, men noen problemer med ventilasjonsanlegget medfører at det er veldig varmt om sommeren og kaldt om vinteren. Helsestasjonen rapporterer om kalde gulv som må dekkes med tepper ved konsultasjoner av små barn. Det er et romslig venterom og som regel nok kontorer. Det er lite samhandling med Kragsgata Legesenter i etasjen under. Lege Lars Kjørholt (fra Solsiden legesenter) er på helsestasjonen og på skolehelsetjenesten hver onsdag.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Helsestasjonen er en viktig aktør i et samlokalisert helsesenter, og har konsultasjoner med så godt som alle gravide, barselkvinner og nyfødte i kommunen. Helsestasjonen følger opp barnet fram til det er 18 år. De har i dag et verdifullt tilbud til ungdom.

10.3 FYSIOTERAPEUTER

Risør fysikalske institutt og manuellterapi er lokalisert i Trekta i Risør sentrum. Der er fire terapeuter: to manuellterapeuter (fysioterapeuter videreutdannet i manuellterapi) og to fysioterapeuter. Alle terapeutene har driftsavtale, noe som betyr at kommunen og HELFO delvis eller fullstendig dekker behandlingskostnadene for pasientene.

Lokalene er i to etasjer, men med trappeheis. Det er treningssenter lokalisert sammen med praksisen, som fysioterapeutene selv driver.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det kan gi store samlokaliseringsevner å ha fysioterapeutene i et samlokalisert helsesenter, spesielt vurderes samarbeidet med fastlegene og helsestasjonen som viktig.

10.4 PSYKOLOG

Det er vedtatt at kommunen skal ansette en psykolog (bystyresak 49/14). Risør kommune har i flere år jobbet for å få innpasset en stilling som psykolog i det kommunale tjenesteapparatet. Da staten økte tilskuddene for en slik stilling, ble det vedtatt at Risør kommune skulle ha en egen psykolog for å styrke det samlede kommunale arbeidet, spesielt innen forebygging og tidlig intervensjon. Det pågår nå ansettelsesprosess.

I primærhelsemeldinga (2015) framgår det at regjeringen vil lovfeste psykolog som del av kjernekompetansen. Slik lovfesting vil innebære en utvidelse i forhold til

gjeldende rett. I kapittel 22 i meldinga er det redegjort for satsingen på psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, herunder hvilke oppgaver psykologer særlig er tenkt å skulle ivareta. Regjeringen tar sikte på at lovplikten om psykologkompetanse skal tre i kraft fra 2020.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Psykologen skal samarbeide tett med fastlegene, helsestasjonen, skolehelsetjenesten og psykisk helse. Det er ønskelig å samlokalisere psykologen i et framtidig helsesenter.

10.5 KOMMUNELEGE

Risør kommune har i dag en felles kommunelege sammen med Tvedestrand kommune. Kommunelegen er lokalisert hos Rådmannens stab, på kommunehuset i Risør. Kommuneoverlegen har jevnlig kontakt med helsetjenestene i kommunen og kommunens ledelse.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det vurderes slik at kommuneoverlegen fremdeles bør ha kontorer sammen med kommunens ledelse, for å sikre god medisinskfaglig styring av hele organisasjonen.

10.6 FYLKESKOMMUNALE TANNHELSETJENESTER

Flere kommuner drøfter nå hvorvidt et helsesenter også skal inkludere tannhelsetjenestene. Tjenesten er tatt med i denne utredningen for å vurdere om det kan være gevinster. Fylkestannlegen leier i dag lokaler på Tjenna (NAV-bygget), og bygget er eid av Risør kommune. Fylkeskommunen vil til en hver tid leie de lokalene som bidrar til best mulig helsetjenester for brukerne sine.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Tannhelsetjenestene har barn og ungdom som viktigste kundegruppe, og samhandler mye med både fastlegene og helsestasjonen, og en samlokalisering med disse kan være aktuelt, men må avklares i den videre prosessen. Det har ikke vært formell kontakt med tannhelsetjenesten på nåværende tidspunkt i prosessen fordi en ønsker å ha politiske klarsignaler først.

10.7 APOTEK

I noen helsesentre er det også etablert apotek. Mange som har vært hos lege eller andre helsetjenester har behov for apotek tjenester. Tjenesten er tatt med i denne utredningen for å vurdere om det kan være gevinster ved samlokalisering. Det har ikke vært formell kontakt med apoteket på nåværende tidspunkt i prosessen fordi det er ønskelig å ha politiske klarsignaler først.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det kan være aktuelt å etablere et apotek i tilknytning til helsesenteret, men det er i så fall en privat næringsaktør som må etablere dette og stå for driften.

10.8 TRENINGSSENTER

I dag finnes et treningssenter i tilknytning til Risør fysikalske institutt i Trekta. Fysioterapeutene driver treningssenteret og benytter det i sine behandlinger. De sier imidlertid at de ikke er avhengig av treningssenter i sin drift, og at de ved ny

lokalisering ikke ønsker å drive et helt treningscenter selv. For sin behandling har de egentlig kun behov for et lite treningsrom med noen få apparater.

Det finnes privat et treningscenter på Frydendal, ca 1,5 km fra Risør sentrum. Senteret tilbyr apparater for styrke- og kondisjonstrening og har både tilrettelagte timer og gruppetimer.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Spesielt fysioterapeutene har nytte av et treningscenter/treningsrom på helsesenteret, og det kan også benyttes av eksempelvis helsestasjonen og frisklivssentralen. Et treningscenter kan også være aktuelt å benytte for andre, både for hverdagsrehabilitering, trening eller mer spesialisert behandling med veiledning. Dersom det etableres treningscenter i tilknytning til helsesenteret, må det være med en god drifts- og økonomimodell.

10.9 FRISKLIVSSENTRAL

Frisklivssentralen i Risør kommune ble etablert i 2015 og koordineres gjennom enhet for omsorgstjenester på Frydenborgsenteret. Det er ikke en «sentral» i tradisjonell forstand, men tilbud om kurs og veiledning som gjennomføres av kommunalt ansatt fysioterapeut/frisklivs koordinator. Risør kommune ønsker å fortsette en økonomisk effektiv modell for frisklivssentral som utnytter den sterke kompetanse- og driftsstrukturen som er etablert i organisasjonen.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det kan være aktuelt å knytte frisklivs koordinator og flere av frisklivssentralens aktiviteter i tilknytning til et nytt helsesenter, men det avhenger av hvor senteret skal lokaliseres, hvordan romløsningene blir og kostnader.

10.10 BASSENG

Brukerorganisasjonene som har deltatt i utredningsarbeidet, Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet, har pekt på at Risør kommune mangler et tilbud for varmtvannsbassengtrening til kronikere. Dette ble i sin tid planlagt inn i Frydenborgsenteret, men måtte droppes på grunn av kostnadene.

Risør kommune tilbyr varmtvannstrening i det store bassenget i svømmehallen, men dette er kun på onsdager. På Sørlandet helsepark foregår nå etablering av et varmtvannsbasseng som vil gi et viktig tilbud til de aktuelle brukergruppene.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det vurderes som ikke nødvendig å etablere et ytterligere varmtvannsbasseng i tilknytning til helsesenteret, selv om det er åpenbart at kronikere og andre kan ha stor nytte av varmtvannsbasseng.

10.11 LOKALER FOR FORENINGER/ORGANISASJONER

Det kan være aktuelt at lag/foreninger/organisasjoner som jobber spesielt innen temaene folkehelse/helserelaterte tema får tilbud om å leie lokaler i tilknytning til helsesenteret. Det har blant annet tidligere vært drøftet etablering av et Brukerkontor i Risør kommune, spesielt har brukerorganisasjonene vært opptatt av dette (Rådet og Eldrerådet). Andre lag/foreninger kan også være aktuelle.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det er mye usikkerhet om hvorvidt det skal åpnes opp for at foreninger/organisasjoner skal ha kontorer i helsesenteret, dette avhenger av pris/konsept, og må avventes politiske signaler om prosjektet. I prosjektet har det ikke vært gjort noen utspørring av aktuelle aktører hvorvidt det er ønskelig å etablere seg i nye lokaler i helsehuset.

10.12 SOSIALE ROM/AKTIVITETER

Brukerorganisasjonene har påpekt at de ønsker at det etableres sosiale møteplasser i tilknytning til et helsehus. Dette kan være en kafe el lignende.

Det finnes i dag mange ulike sosiale møteplasser, både etablerte kafeer/restauranter/bakeri i Risør sentrum, frivilligsentral/kulturhus, foreningslokaler, menighetstreff, eldretreff, fellesarealene på Frydenborgsenteret osv.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

I forhold til de helsefaglige aspektene ved tjenestene, anses dette ikke som direkte relevant i samordningen, men det må vurderes når prosjektet får politiske klarsignaler og en kan se nærmere på lokasjon og økonomi.

10.13 AMBULANSETJENESTEN

Ambulansetjenesten i Risør er en del av det prehospitale tilbudet til Sørlandet sykehus HF. I dag er tjenesten lokalisert ved Sørlandet Helsepark i Caspersensvei, noen kilometer utenfor sentrum. En ambulanser er tilgjengelig der, og de ansatte har oppholdsrom samt garderobe. Ambulansen rykker ut på oppdrag, og har nært samarbeid med fastlegene og Frydenborgsenteret. I noen tilfelles må fastlegene rykke ut sammen med ambulansen.

Det har ikke vært kommunikasjon mot ambulansetjenesten i utredningsarbeidet.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Ambulansetjenesten har en del samhandling med leger og de er på oppdrag sammen. I og med at ambulansetjenesten har stor kompetanse innen akuttmedisin og de har konkret samhandling med blant annet fastlegene, anses det som relevant å vurdere om det er mulig å inkludere dem i prosjektet. Tilgjengelighet, kostnader og mulighet til å nå store geografiske avstander på kort tid, gjør at dette må vurderes nærmere når en vet mer om lokasjon.

10.14 OMSORGSBOLIGER

I boligutredningen til Risør kommune (vedtatt i bystyret i mai 2014) framgår det et behov for tilrettelagte boliger til eldre mennesker i Risør sentrum.

Befolkningsframskrivingene viser at det vil være en stor økning i aldersgruppen over 80 år fram mot 2040.

I dag har kommunen 64 slike boliger, i tilknytning til Frydenborgsenteret (28), Sønedeledtunet (14) og Tjennasenteret (14). Boligene er finansiert med støtte fra Husbanken og kommunen har tildelingsplikt til at personer med behov for helsetjenester skal bo i omsorgsboligene. Bindingen opphører på Tjenna og Sønedeled i 2019, og da kan de i prinsippet brukes av andre vanskeligstilte.

På Tjennasenteret er det i dag 38 kommunale leiligheter, i tillegg til de 14 omsorgsboligene mot Fredsparken. De 38 leilighetene ble bygget på 70-tallet og har varierende standard og størrelse. Mange av dem mangler tilgjengelighet, (trappeatkomst), teknologi og er svært små (20m²). De fungerer ikke som omsorgsboliger (selv om de i mange år har vært forbeholdt eldre), og mange av dem står tomme. I det siste har kommunen leid ut noen av boligene til andre vanskeligstilte.

Det er komplisert å gjøre beregninger av det konkrete behovet for omsorgsboliger på kort og lang sikt. Befolkningsframskrivningene viser at antallet personer over 80 år vil øke dramatisk etter år 2030.

I dag bor det flere med behov for kommunale omsorgsboliger i de små leilighetene på Tjenna. Det er behov for å utbedre disse, og her finnes gode tilskuddsordninger fra Husbanken.

Omsorgsenheten anslår at det på kort sikt er behov for 20-25 omsorgsleiligheter.

- Ca 10 omsorgsboliger for å erstatte de dårligste boligene på Tjennasenteret
- Ca 10 omsorgsboliger for å dekke etterspørselen i dag

På lang sikt bør det vurderes å etablere enda flere kommunale omsorgsboliger, men samtidig kan bygging av flere attraktive, private boligprosjekt (med mulighet for velferdsteknologi) bidra til å dekke store deler av den framtidige etterspørselen etter omsorgsboliger (dette gjelder også for brukere med lettere funksjonshemming). Imidlertid avhenger dette av en rekke faktorer, blant annet personenes helsetilstand og deres bokvalitet i dag.

Enhet for habilitering har anslått et behov for 5-7 omsorgsboliger tilpasset yngre med funksjonshemming. Dette er en gruppe som i størst mulig grad bør være en del av samfunnet, og sentral lokasjon – helst i Risør - sees på som viktig, spesielt i forhold til tilgjengelighet til transport/handels- og servicefunksjoner og kulturopplevelser.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det er mulig å kombinere etablering av et helsesenter med etablering av boliger, f.eks at det bygges boliger i toppetasjene. Det er ikke nødvendigvis direkte samlokaliseringsgevinster ved denne kombinasjonen, men det sees heller ingen ulemper ved det. For mange av beboerne kan det bety økt trygghet å vite at det er helsetjenester i bygningen deler av døgnet, men det er viktig å presisere at eksempelvis fastlegene ikke har ansvar for beboerne ut over det alminnelige fastlege/hjemmebesøk-ansvaret.

Husbanken gir tilskudd til omsorgsboliger på ca. kr. 1,4 millioner pr. bolig forutsatt at de tilrettelegges for personer med behov for heldøgns helse og omsorgstjenester. Kommunen tildeler boligene for 30 år.

For Risør kommune kan etablering av omsorgsboliger i tilknytning til et helsesenter bety flere attraktive og tilrettelagte boliger med livsløpsstandard som bidrar til at flere kan klare seg med punktjenester (behovet for institusjonsplasser kan reduseres), samtidig som det kan bidra til å sikre kommunen leieinntekter.

Det er mulig å se behovet for omsorgsboliger til omsorgsenheten og behovene til habiliteringstjenesten i sammenheng, men dette avhenger av lokasjon og konsept.

10.15 STYRING/LEDELSE AV ET HELSESENTER

I kapittel 6.5 pekes det på viktigheten av god ledelse og styring av et helsesenter. Både i planleggings/etableringsfasen og i driftsfasen pekes det på som en vesentlig suksessfaktor at det er god ledelse og styring. Det sikrer brukertilfredshet, måloppnåelse og god ressursutnyttelse. I planleggingen av et senter må en sikre at ledelse/styring ivaretas, også i driftsfasen. Se kapittel 6.5 for en mer utførlig beskrivelse av viktigheten med god styring.

Vurdering i forhold til samlokalisert helsesenter:

Det må vurderes å avsette ressurser til en stedlig ledelse av helsesenteret, og dette er mest sannsynlig en kommunal oppgave.

11) Arealbehov

I mulighetsstudien fra Rambøll framgår en oversikt over anbefalt arealbruk. Romprogrammet er utarbeidet av arkitekt i samarbeid med referansegruppene. I denne rapporten er romprogrammet fra Rambøll-rapporten gjennomgått og videreutviklet.

En vesentlig diskusjon er i hvilken grad aktørene kan dele på fellesfunksjoner. For å få til god samordning, er det vesentlig med mange møtepunkter og sambruk av rom og funksjoner. Det bidrar til å styrke faglig interaksjon/kompetanseheving og samarbeid. De mest åpenbare fellestønsningene er møterom, personalrom, garderobe og pause-/lunsjrom, men det kan også sees på muligheter for at noen aktører kan dele venterom, laboratorium, undersøkelsesrom osv, men her er det mange hensyn å ta i forhold til smitte/diskresjon osv. Muligens må det etableres flere lunsj/pauserom og venterom (personvern hensyn/smittehensyn).

Erfaringer fra andre kommuner, og signaler gitt i dette prosjektet, viser med stor tydelighet hvor viktig det er med fleksibilitet i prosjektene. Det må være en mulighet for å utvide eller endre lokalene, avhengig av behov. Kapittel 10 viser med tydelighet at det er mye usikkerhet om hvilke aktører som skal inkluderes. Spesielt er det vesentlig å opprettholde en mulighet til å utvide bygget, både i sideretninger og på taket. Kontraktsmessig bør det også tilstrebes å møte aktørenes behov for fleksible løsninger.

11.1 ANSLÅTT AREALBEHOV, RISØR HELSESENTER

Tabellen nedenfor skisserer arealbehov for hver av tjenestene som skal samlokaliseres. I tabellen er det ulike farger på private og kommunale tjenester (oransje), samt at det er synliggjort hva som er arealbehov som kan være felles for flere aktører (grå farge).

Fastleger			PRIVAT
	Kontorer 7 stk a 20 m2	140	
	4 undersøkelsesrom a 15 m2	60	
	Laboratorium	20	
	Mottakelsesrom (evt EKG)	20	
	Venting i gangen/utenfor kontor	15	
	Lager til utstyr, datarom, bøttekott.	30	
Kun fastlegeareal (sum)		285 m2	Kun fastlege
Felles med noen?	Ekspedisjon	20	Felles med fysio og helsestasjon/psykolog?
Felles med noen?	Venterom (20-25 personer) og toalett/stellerom for pasienter	40	Felles med fysio?
Felles med noen?	Møterom/pauserom/lunsjrom	40	Felles med fysio?
Felles med noen?	Garderobe inkl toalett	15	Felles med fysio?
Areal som kan være felles med noen av aktørene		115 m2	Fellesarealer?
Sum arealbehov fastlegene		400 m2	
Fysioterapeuter			PRIVAT
	Kontorer 4 stk a 15 m2	60	
	Avlastningsrom, 2 stk a 10 m2	20	
Kun fysio-areal		80 m2	

Felles med noen?	Treningsrom	70 m2	Felles med Risør kommune?
Felles med noen?	Garderobe til pasienter	20 m2	Felles med Risør kommune?
Felles med noen?	Lunsjrom/pauserom	15 m2	Felles med fastleger?
Felles med noen?	Venterom, sambruk med fastlegene? Halvåpen løsning?	15 m2	Felles med fastleger?
Felles med noen?	Personalgarderobe	10 m2	Felles med fastleger?
<u>Areal som kan være felles med noen av aktørene</u>		<u>30 m2</u>	<u>Fellesarealer?</u>
<u>Sum arealbehov fysioterapeutene</u>		<u>210 m2</u>	
Helsestasjon			
8 kontorer a 20 m2 (noen litt mindre)		150 m2	KOMMUNAL
Arkiv		5 m2	
Veie-rom		5 m2	
Grupperom		30 m2	
Ekspedisjon med sluse		15 m2	
Printerrom/kontor		10 m2	
Venterom 20-25 personer		40 m2	Kan ikke dele med fastleger pga smitte
<u>Areal kun helsestasjon</u>		<u>270 m2</u>	
Felles med noen?	Møterom	15 m2	Felles med leger/fysio?
Felles med noen?	Lager	10 m2	Felles med leger/fysio?
Felles med noen?	Spiserom med kjøkkenkrok	20 m2	Felles med leger/fysio?
Felles med noen?	Personalgarderobe, helst med dusj	15 m2	Felles med leger/fysio?
<u>Areal som kan være felles med noen av aktørene</u>		<u>60 m2</u>	<u>Fellesarealer?</u>
<u>Sum arealbehov fysioterapeutene</u>		<u>210 m2</u>	
Psykolog			
2 kontorer a 15 m2		30 m2	Kommunal
Felles med noen?	Venterom	20 m2	Felles med leger/fysio?
<u>Areal som kan være felles med noen av aktørene</u>		<u>20 m2</u>	
<u>Sum arealbehov psykolog</u>		<u>50m2</u>	
Fellesrom med telemedisinsk utstyr			
Rom med overføringsutstyr og evt små møter		40 m2	Kommunal
Sum arealbehov		<u>40 m2</u>	Felles med helsestasjonen?
<u>Må vurderes etter at lokasjon er valgt:</u>			
Frisklivssentralen			
Kursrom		30m2	Kommunal
Kontor		15m2	
<u>Kun frisklivssentral</u>		<u>45 m2</u>	
Felles med noen?	Rom til gruppetrening ca 50 m2	50m2	Felles med fysio?
Felles med noen?	Ekspedisjon	20m2	Felles?
<u>Areal som kan være felles med noen av aktørene</u>		<u>70 m2</u>	
<u>Sum arealbehov frisklivssentralen</u>		<u>115 m2</u>	
Ambulansetjenesten			
Kontorer 2 stk		40m2	SSHF
Oppholdsrom		30m2	
Utstyersrom		20m2	
		<u>90 m2</u>	

Poliklinikk DPS			
	Kontor	20 m2	Privat el utleie
<i>Felles med noen?</i>	<i>Venterom</i>	20 m2	
Sum arealbehov poliklinikk DPS		40 m2	
Frivillige organisasjoner			
	Kontor a 20 m2 (kan utvides ved behov)	40 m2	Privat el utleie
<i>Felles med noen?</i>	<i>Møterom</i>	35 m2	Felles?
Sum arealbehov frivillige organisasjoner		75 m2	
Poliklinikk fra spesialisthelsetjenesten		Ukjent	Privat
Private avtalespesialister		Ukjent	Privat
Kafé		Ukjent	Privat

Tabellen ovenfor (netto-tall) synliggjør at det er mange funksjoner som kan deles av flere (tydeliggjort med grå farge). Det er viktig å gjøre oppmerksom på at det er mye usikkerhet i oversikten, og det må gjøres mer nøyaktige beregninger sammen med aktørene og arkitekt.

11.2 OPPSUMMERT AREALBEHOV

Tabellen viser at en (grovt anslått) kan si at halvparten av arealbehovet i helsesenteret er privat, og den andre halvparten er kommunalt. Dette har stor betydning for organisering og selvfølgelig finansieringen av prosjektet.

Bruksområde		Netto m2	Ansvar
Fastleger		285 m2	PRIVAT
Fysioterapeuter		80 m2	PRIVAT
Helsestasjonen		270 m2	Risør kommune
Psykolog		30 m2	Risør kommune
SUM		665 m2	
Fellesarealer	Grupperom (kombi møterom og rom for telemedisinsk overføring).	40 m2	Helsestasjonen Risør kommune
	Mindre møterom 2 stk	30 m2	Fordelingsnøkkel
	Venterom helsestasjon	40 m2	Helsestasjonen Risør kommune
	Venterom leger/fysio/privatprakt	40 m2	PRIVAT (evt noe komm)
	Personalgarderobe m/dusj	30 m2	Fordelingsnøkkel
	Spiserom/kantine	100 m2	Fordelingsnøkkel
	Teknisk rom	50 m2	Fordelingsnøkkel
	Ekspedisjon	30 m2	Fordelingsnøkkel
	Treningsrom + garderobe	90 m2	Risør kommune + fysio
	SUM FELLESAREALER	450 m2	
	SUM NETTO AREALBEHOV	1115 m2	

Tallene er netto arealbehov, det vil si innvendige rom-mål, men uten nødvendige funksjoner som inngang, korridorer, dører, vegger, infrastruktur osv.

Oversikten viser at arealbehovet har økt noe siden Rambølls gjennomgang, men siden tallene kun er netto-tall og det er mye usikkerhet i materialet, må det gjøres mer nøyaktige beregninger. **Det anslås et samlet arealbehov på ca 1600 – 2000 m2 dersom de fire aktørene samlokaliseres.** Legg merke til at nesten en tredjedel

av netto-tallene er felles-funksjoner som aktørene kan dele på. Det er ressursbesparende, i tillegg til at det styrker den faglige samhandlingen.

Når det blir mer klarhet i lokasjon og hvilke aktører som skal inkluderes i helsesenteret, vil det jobbes videre med arealbehov. Universell utforing, tilrettelegging for faglig samordning, ledelse og økonomi/fellesløsninger er uansett sentrale perspektiver å inkludere i planleggingen av prosjektet. Det er også viktig å inkludere miljøvennlige og varige løsninger, som samtidig innehar stor grad av fleksibilitet.

12) Økonomi

Samlokalisering i et helsesenter vil kunne gi innsparinger for de næringsdrivende og helsestasjonen med hensyn til sambruk av rom, utstyr, programvarer og lisenser. Behovet for hjelpepersonell kan også reduseres. Grad av besparelse ved sambruk er imidlertid vanskelig å anslå og må vurderes nærmere, blant annet er det avhengig av lokalenes utforming, kontrakts- og avtaleforhold, antall brukere/pasienter, mulig sambruk av hjelpepersonell og utstyr.

På nåværende tidspunkt er det ikke avklart hvorvidt kommunen skal eie eller leie helsesenteret, eller hvorvidt eksisterende bygningsmasse kan utnyttes, eller om en må bygge nytt. Det finnes mange eksempler på ulike modeller. For kommunen er det viktig å legge til rette for god samhandling og effektive tjenester, men økonomien i prosjektet er også av stor betydning.

For Risør kommune er det relevant å se på hvor mange kvadratmeter som skal inneholde offentlige/kommunale helsetjenester, hvor mange kvadratmeter som skal inneholde private helsetjenester, og hvor mange kvadratmeter som er fellesarealer (med en fordelingsnøkkel).

Mulighetsstudien fra Rambøll antyder at riving av eksisterende bygningsmasse på Tjenna og etablering av et nytt helsesenter med ca 1600 m² ville ha en kostnad på ca 40 mill. kr. I denne summen var MVA inkl, og kommunen vil få fritak for MVA på investeringer. Selv om det var en betydelig investeringskostnad i helsesenteret, vil det også være en inntektsside. Kommunen vil få leieinntekter fra fastlegene, fysioterapeuter, ambulant virksomhet, treningssenter og legespesialister m.m.

Det kan også være aktuelt for kommunen å samarbeide med andre private aktører utvikling av et helsesenter. Lov om offentlige anskaffelser krever at kommunen må innhente flere tilbud før en beslutning om bruk av private tilbydere kan tas. Det må tas strategiske beslutninger i Risør kommune angående styringsmulighet, fleksibilitet og kostnader.

Økonomisk sett kan det være fordeler og ulemper ved å eie eller leie. Hvis kommunen selv eier og gjør investeringen for etablering/ombygging i et helsesenter, vil leieinntektene bidra til å dekke renter/avdrag og fdv-kostnadene. En investering i et kommunalt bygg bidrar også til å bygge opp kommunens infrastruktur og tilrettelegger for optimal kommunal bruk og utnytting av lokalene. Kommunen selv har omtrent halvparten av totalt arealbehovet, og dermed vil det være store arealer som ikke får leieinntekt, selv om noe av felleskostnadene kan dekkes inn gjennom leieinntekter. Imidlertid er det en avveining mellom leiekostnader og attraktiviteten for private næringsdrivende.

Ved å leie lokaler betaler kommunen kun for de leide arealene, noe som kan gi en besparing. Imidlertid er ulempene redusert styringsmulighet, mindre forutsigbarhet samt at midlene ikke bidrar til å styrke kommunens kapital og infrastruktur. Det er ikke gjort beregninger på langsiktige kostnader ved å leie framfor å eie.