

MELDAL KOMMUNE

Styringsgruppe for framtidens helse- og omsorgstjenester

Møteinnkalling

Møtested: Formannskapssalen

Møtetid: 13.06.2017 kl. 09:00

Sakliste

| Sak nr. | Sakstittel | Arkivsak nr | Gradering |
|---------|--|-------------|-----------|
| 001/17 | Innretning, dimensjonering og lokalisering av helse- og omsorgstjenester | 16/1575 | |

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Meldal, 8. juni 2017

Odd Arild Svartbekk
leder

Petter Lindseth
rådmann

MELDAL KOMMUNE

Saksframlegg

| | | |
|--|------------|------------|
| Saksgang | | |
| Utvalg/styre: | Møtedato | Saksnummer |
| Styringsgruppe for framtidens helse- og omsorgstjenester | 13.06.2017 | 001/17 |
| Kommunestyret | | |

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|
| Saksbehandler: Tøndel, Ann-Lisbeth | Arkiv: FE - 031, FA - H12 | Arkivsaknr: 16/1575-23 |
|---|----------------------------------|-------------------------------|

Innretning, dimensjonering og lokalisering av helse- og omsorgstjenester

Rådmannens forslag til vedtak:

1) Innretning og dimensjonering

Ny pleie- og omsorgsløsning fram mot 2030 baseres på følgende grunnprinsipp:

- 35 av dagens 38 langtidsplasser ved Meldal Helsetun nedhjemles til heldøgns omsorgsplasser (HDO). En beholder dagens 3 plasser i Solhagen AD som langtidsplasser
- Nedhjemling skjer ved ferdigstilling av nye omsorgsboliger med HDO
- Antall korttidsplasser økes fra 10 til 22
- Dagens 18 plasser ved «Heimtun» gjøres om til HDO-plasser, og samlokaliseres (fortsett) med den nye institusjonen. Dette medfører at bygget «Heimtun» saneres med tanke på nybygging
- Dagens 9 plasser med fellesareal ved «Løvbytunet» oppgraderes til HDO-plasser.
- Dagsenterløsning for eldre (og demente) legges til institusjonen
- I sum medfører dette at planleggingen tar utgangspunkt i :
 - 3 institusjonsplasser langtid
 - 22 institusjonsplasser korttid
 - 3 institusjonsplasser demens
 - 35 HDO som erstatter langtidsplassene ved institusjonen
 - 18 HDO som erstatter Heimtun
 - 9 HDO ved Løvbytunet

Planleggingen tar utgangspunkt i en dimensjonering ut fra behov fram mot 2030, men det skal legges opp til en fleksibilitet både for færre og flere plasser, og for omgjøring mellom type tilbud.

Utredningen skal også alternativt vurdere ny helse- og omsorgsløsning som medfører samlokalisering av de tjenester som i dag er lokalisert ved Meldal Helsetun, samt legekontor, helsestasjon og psykisk helse som er lokalisert i Sentrumsbygget. Denne delutredningen skal også se hen til en helhetlig vurdering av sentrumsområdet i Meldal.

Utredningen skal også avklare sakens økonomiske rammer så langt dette lar seg gjøre,

herunder pris på nye bygg, FDV-kostnader, bemanning og øvrige relevante forhold.

Dimensjoneringen skal drøftes med fellesnemnda og øvrige kommuner i Orkland.

2) Lokalisering

Ny institusjon og heldøgns omsorgsplasser (HDO) lokaliseres i tilknytning til dagens arealer ved Meldal Helsetun/Heimtun.

Vedlegg i saken:

Behovsanalyse - framtidas sykehjem Rapport fra RO
Lokalisering - notat 26.05.17
Arbeidsgruppe - Referat og konklusjon 01.06.17
ROMPROGRAM NYTT HELSETUN 30032017
Byggeår kart
Befolkningsframskriving Meldal

Henvendelse fra:

Sektor Helse- og omsorg

Saksopplysninger:

Hensikten med denne saken er å få nødvendige avklaringer for det videre planleggingsarbeidet med ny helse- og omsorgsstruktur i Meldal kommune. Det legges i saken opp til prinsipielle avklaringer hva angår innretning, dimensjonering og lokalisering. Saken inneholder ikke de siste konkrete avklaringer, og er således ikke et endelig byggevedtak.

Meldal kommune vil fra 01.01.2020 inngå i nye Orkland kommune. Intensjonsavtalen fra oktober 2016 fastslår:

Innbyggerne skal få dekket sine behov for kommunale tjenester innenfor sine naturlige nærområder.

Den nye kommunen skal ha tilbud innen pleie- og omsorg plassert nær innbyggerne.

Enhetene skal ha ressurser, kompetanse og lokaler som gjør dette mulig.

Helsestasjoner, legekantor, tannhelse og fysioterapi opprettholdes med nåværende lokalisering.

Det vil være viktig at prosessen med ny pleie- og omsorgsstruktur forankres hos de øvrige sammenslående kommunene. Saken må derfor forankres i fellesnemd og i det framtidige felles fagmiljøet som er under etablering.

Kommunestyret vedtok i økonomiplan for 2016 – 2019 en ombygging/nybygg av Meldal Helsetun, med mål om ny institusjon i 2020. I gjeldende økonomiplan er det avsatt en økonomisk ramme på 199 mill. kr.

Som et av tiltakene i framdriftsplan for forprosjektet «Framtidas helse- og omsorgstjenester», skal innretning, dimensjonering og lokalisering vedtas politisk før sommeren 2017.

Den eldste bygningsmassen på Helsetunet er fra 1961, og den nyeste fra først på 1990-tallet, da institusjonen ble rehabilitert. Helsetunet tilfredstiller ikke kravene i gjeldende byggteknisk forskrift, og den gamle bygningen er lite funksjonell for dagens tjenesteyting hvor krav og forventninger har endret seg siden det ble bygd, og senere utbygd på 1990-tallet.

Sykehjemmet har i dag en stor andel dobbeltrom, og kun få av rommene i institusjonen har egne bad og toalett. Bygget er dårlig tilrettelagt for beboere med kognitiv svikt. Det er store avdelinger, små fellesrom og lange korridorer. Etter over 20 års bruk dag og natt, er det slitasje på bygg og inventar. Meldal Helsetun har i dag 48 plasser, derav 10 korttidsplasser. I tillegg har kommunen 3 institusjonsplasser i tilknytning til Solhagen omsorgsbolig for aldersdemente (AD)bygd i 2010.

Organisering av prosjektet

I sak 16/1425 i formannskapet 4.10.2016 ble det oppnevnt en bredt sammensatt politisk styringsgruppe, med medlemmer fra formannskap og de to hovedutvalgene.

Mandat: *Utrede og avklare innretning, dimensjonering, lokalisering, arealbehov, finansiering og økonomiske konsekvenser, romprogram og aralplan som grunnlag for byggteknisk prosjektering, pleiemessige/tjenestemessige konsekvenser i utbyggingsfasen.*

Mandat for styringsgruppa og framdriftsplan for forprosjektet ble vedtatt i kommunestyret, sak 007/17 den 1. mars 2017.

Det ble også opprettet en administrativ arbeidsgruppe, med medlemmer fra administrativ ledelse, tillitsvalgte, hovedverneombud og representant fra Eldreråd og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Arbeidsgruppa skal komme med forslag/tilråding til aktiviteter/løsninger til rådmannen, som innstiller overfor styringsgruppa. Styringsgruppa innstiller til kommunestyret.

Arbeidsgruppas konklusjon er vedlagt saken.

Behovsanalyse

Etter et anbud sommeren 2016, ble det i fjor høst gjennomført en behovsanalyse ledet av Ressurscenteret for omstilling i kommunene (RO). Behovsanalysen skal være med å gi et beslutningsgrunnlag for omfanget av prosjektet. Involvering av ansatte og innbyggerne har hatt stort fokus i utarbeidelsen av analysen. RO la fram sin rapport med tilrådninger i kommunestyret januar 2017.

Som et ledd i RO sin behovsanalyse ble ON arkitekter og ingeniører AS bedt om å gjøre en betraktning omkring økonomien i å rehabiliter/bygge om dagens bygningsmasse, kontra å bygge nytt. Det er ikke gjort befaring av bygningsmassen, og betraktningene er gjort på generell basis. Det legges til grunn at det er gjort normalt godt vedlikehold. Det ligger ingen vurdering av brukbarheten i forhold til funksjoner byggene skal fylle.

Ved hovedombygging skal hele bygningsmassen tilfredsstille krav i gjeldende byggteknisk forskrift, og disse endringene vil føre til store utfordringer, som bl.a:

- Bærekonstruksjonene skal etter reviderte forskrifter tåle betydelig større belastninger
- Det stilles langt større krav til varmeisolering av gulv, yttervegger og tak
- Brannsikring og brannvern betyr ofte forsterkning av både etasje skiller, vegger og tak for å tilfredsstille nye forskrifter
- Universell utforming - adkomst og snusirkler

Som følge av nye forskrifter på flere områder, ser man at bygg eldre enn ca. 1990 vil ha behov for nærmest total renovering av tekniske installasjoner (EL og VVS).

Det bør vurderes en mer nøye gjennomgang av bygninger, med tanke på gjenbruk av den nyeste bygningsmassen på Helsetunet fra ca 1990. Gjenbruk må ikke hindre gode løsninger for ny bygningsmasse og funksjonalitet.

RO har også vurdert alle omsorgsboligene i Meldal.

Omsorgsboliger bygd/rehabiliteret først på 1990- tallet, har etter deres anbefalinger behov for oppgradering og tilpasning til bruk av velferdsteknologi.

I tilknytning til Helsetunet ligger Heimtun omsorgsbolig med 18 leiligheter. Størrelse fra 40 til ca 60 m². Alle med eget soverom. Også denne bygningen har samme alder som sykehjemmet. Boligen ble rehabilitert i etterkant av rehabiliteringen av Helsetunet, men er veldig dårlig egnet til dagens beboere. Disse har større bistandsbehov enn tidligere, og mange på samme nivå som flere med langtidsplass på sykehjemmet. For de som har behov for mange tekniske hjelpemidler, blir leilighetene for små, i tillegg til at de er upraktisk innrettet. Forflytning i seng ut av leilighet er ikke mulig.

Bygningen har to etasjer, er langstrakt med lange korridorer, en liten heis i midten av huset uten plass for seng, og har små fellesareal. Store avstander gjør det uoversiktlig for ansatte, som igjen får liten nærhet til beboerne. Dette skaper utrygghet for beboerne og en stressende hverdag for en minimal bemanning.

I forbindelse med rehabilitering/nybygg av Helsetunet, anbefaler RO også en sanering og bygging av ny Heimtun omsorgsbolig.

Ro sin tilråding:

- **Innretning:** Langtidsplass gies som heldøgns tjenester i omsorgsbolig/bofellesskap. Institusjonsplassene brukes i hovedsak til behandling, utredning og rehabilitering, og drives i hovedsak som korttidsplasser
- **Dimensjonering:** Det totale antall plasser i heldøgnstjenester (institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester) dimensjoneres til 32 prosent av innbyggere over 80 år i kommunen. Fordelingen er 8,8 prosent på institusjonsplasser og 23,2 prosent dekningsgrad for heldøgns omsorgsboliger (HDO). Nåværende dekningsgrad er til sammen på 28 prosent.
- **«Nye Meldal Helsetun»:** Med bakgrunn i rapport om vurdering av bygningsmasse fra ON arkitekter og ingeniører AS, samt RO sin kartlegging av byggets tilstand, alder og funksjonalitet, anbefales sanering av det gamle bygget, og at det bygges nytt
- **Heimtun omsorgsbolig:** rives og bygges nytt
- **Lokalisering:** Det anbefales å starte med lokaliseringsdebatt og avklaring så tidlig som mulig. Det anbefales å starte planlegging og dimensjonering av areal nå, med de økonomiske rammer og framtidig innretning som utgangspunkt. Det anbefales at det etableres heldøgns omsorgsboliger i tilknytning til ny institusjon
- **Samlokalisering:** I utgangspunktet anbefales full samlokalisering av alle helse- og omsorgstjenestene, eller i stor grad av samlokalisering

Informasjon

Innbyggere og ansatte må kjenne til bakgrunnen og hensikten med strukturelle og organisatoriske endringer. Det er viktig med en forankringsprosess der informasjon og dialog står sentralt. Ansatte sammen med lederne må stå i denne omstillingen og omforme nye tanker og løsninger til praktisk handling/tjenesteyting.

Under utarbeidelsen av behovsanalysen ble det gjennomført 2 folkemøter høsten 2016. Senere er det gitt informasjon til grupper av frivillige foreninger og kommunale råd. Alle ansatte har fått felles informasjon på personalmøter, og underveis blir det gitt informasjon om status i prosjektet på interne møter og i hovedutvalg for Helse, oppvekst og kultur.

Erfaringsinnhenting

Medlemmer av styrings- og arbeidsgruppe har besøkt Ladesletta helse – og velferdssenter, Persaunet helse – og velferdssenter og Ringebu kommune. Ringebu har innrettet sine tjenester slik RO anbefaler Meldal kommune.

Tilskuddsordning

Administrasjon har hatt møte med Husbanken, for å få informasjon om tilskuddsordninger. I møtet framkom det opplysninger som er sentrale for saken. Ett og samme prosjekt kan ikke deles på flere geografiske plasseringer, men må være knytt til en bestemt eiendom.

Prosjektet må være samlokalisert. Det er en forutsetning for omfang av tilskudd, at omlegging ikke reduserer antall plasser med heldøgns omsorg.

Det er vedtatt endringer i tilskuddsordningene, der Husbankens ramme fra 2021, kun skal gå til prosjekt med netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser, ikke til rehabilitering av nåværende plasser. Før tilsagn på tilskudd, må tegninger og kostnader knyttet til bygget foreligge, dvs. anbudsprosessen må være ferdig.

Husbanken anbefaler å bygge hver enhet på 8 plasser, som er tilknyttet samme fellesareal. Areal på leilighet/rom i omsorgsbolig med heldøgns tjenester er fra 30 m². Størrelse på institusjonsrom er ca 25m². I tillegg kommer fellesareal for begge.

Innretning av helse- og omsorgstjenesten

Gjennom St. melding 26 (2014-2015), «Framtidas primærhelsetjeneste», ønsker regjeringa en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og bedre løsninger i omsorgssektoren.

I «Omsorg 2020», som er regjeringens plan for omsorgsfeltet, gis sentrale føringer og retning for omsorgsfeltet 2015-2020, med viktige tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenesten.

Langtidsplass i framtida gis som heldøgns tjenester i omsorgsbolig / bofelleskap. Retten til egen heim uavhengig av behov for bistand, er nedfelt i lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene. De siste tiårenes reformer innen omsorgstjenestene har hatt stort fokus på boliggiøring av omsorgstjenestene, også når det gjelder eldreomsorgen.

Hjemmebaserte tjenester

Dette er fundamentet i helse- og omsorgstjenestene. En bærekraftig hjemmetjeneste påvirkes av faktorer som terskel for tildeling av bistand i starten, og terskel for flytting til høyere omsorgsnivå. Dersom terskel for å få hjemmetjenester er for lav, kan dette like gjerne bli tilvenning til mer hjelp, enn målretta forebygging eller stimulans til å vedlikeholde funksjoner og aktivitet. Det er viktig å videreutvikle kompetanse på saksbehandling, tjenesteutmåling og organisering av tildelte tjenester. Etter anbefalinger fra RO utreder sektoren muligheter for tildeling av tjenester organisert som et tildelingskontor, der man skiller forvaltning fra tjenesteyting.

En velfungerende hjemmetjeneste er også avhengig av en god ambulerende nattjeneste og god tilgang på korttidsplasser.

Meldal kommune har hatt ambulerende nattjeneste i mange år, der to ansatte er på vakt samtidig. Det er godt samarbeid mellom institusjon og hjemmesykepleien, også når det gjelder bruken og tildeling av korttidsplasser. Vedtak gjøres i inntaksteamet, der begge parter er representert, i tillegg til tilsynslege, fysio- og ergoterapeut.

Omsorgsbolig/bofellesskap

Heldøgns omsorgsbolig (HDO), er en bolig der brukeren får den assistansen som han/hun til enhver tid har behov for og som beskrives i enkeltvedtaket. Beboeren kan bo der livet ut, når vedkommende ønsker det, og det er faglig forsvarlig. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, noe som sikrer beboeren mot uønsket flytting. HDO- boliger har heldøgns bemanning. Beboeren betaler husleie. Betaling for praktisk bistand er som for hjemmetjeneste. Ellers er det egenandeler på medisin og medisinske forbruksvarer.

Dagens HDO- boliger i Meldal er Solhagen AD (Alders Demens), Solhagen PU, Furumo og Grefstadstunet. Løvbytunet og Heimtun har ikke status som HDO- bolig, da disse mangler heldøgns bemanning. Helse- og omsorgssektoren ser behovet for at disse boligene blir oppgradert til HDO. Dette sikrer beboerne tjenester livet ut i samme bolig.

Sykehjemmet

Med Samhandlingsreformen(2012) fikk kommunene overført flere oppgaver fra staten. Dette betyr mere behandling, utredning og rehabilitering i kommunene. Tidligere utskrivning fra sykehus, gjør at helsepersonellet i kommunen må utføre mere spesialisert og komplisert behandling, som igjen krever økt kompetanse og ressurser.

Sykehjemmets rolle og funksjon har mer og mer dreid over mot disse oppgavene. Korttidsplassene er derfor svært nyttige når det gjelder overgangen mellom sykehuset og eget hjem. Utskrivingsklare pasienter fra sykehuset, oftest kort tid etter en innleggelse og ofte etter en operasjon, er i mange tilfeller avhengige av et rehabiliteringsopphold på korttidsavdelingen, før de kommer tilbake i egen bolig.

Brukeren av en korttidsplass kan også være den som bor hjemme, i en omsorgsbolig eller bofellesskap med heldøgns tjenester, som trenger et løft for bedre å mestre sin egen hverdag eller som trenger døgnkontinuerlig pleie ved livets siste fase.

På denne måten har sykehjemmet blitt en arena for korttidsopphold og spesialisert behandling, der målet for oppholdet blir tydelig. Tilgjengeligheten til korttidsplasser, sikrer smidighet og fleksibilitet i tiltakskjeden.

De sykeste eldre, som den siste tida av livet har behov for behandling og tettere oppfølging gjennom hele døgnet, og som etter en grundig vurdering ikke nyttegjør de tjenester hjemmetjenesten kan tilby, blir i dag prioritert til en langtidsplass ved sykehjemmet.

Med hjemmel i Helse – og omsorgstjenesteloven og Pasient- og brukerrettighetsloven, skal en lokal forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester vedtas og tre i kraft fra 1. juli 2017.

Langtidsopphold på sykehjem eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, defineres som en boform for personer som har behov for omfattende tverrfaglig pleie og medisinsk behandling og oppfølging, og som er helt avhengige av praktisk og personlig hjelp for å klare daglige gjøremål. Oppholdet er ikke tidsavgrenset.

Med denne endingen av lovverket signaliserer staten at langtidsplass på sykehjem kan sidestilles med en plass i en omsorgsbolig med heldøgns tjenester (HDO).

Skulle det bli behov for flere langtidsplasser ved institusjonen, kan korttidsplasser lett gjøres om til dette.

Som et tiltak i Samhandlingsreformen er det foreslått at tannhelsetjenesten overføres fra fylkeskommunen til kommunene i løpet av et par år. Det er høyst uklart om dette vil bety en sentralisering av disse tjenestene til kommunesenteret i en ny storkommune. Utfordringene her vil være lang avstand fra institusjon og omsorgsboliger til et tannlegekontor.

Vurderingene her må være å ta høyde for et behandlingsrom for tannhelse inn i det foreslåtte romprogrammet for ny institusjon.

Dimensjonering

Befolkningsframskriving 2017 – 2040 (MMMM) Meldal kommune

| Framskrevet folkemengde, Meldal kommune | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2017 | 2020 | 2022 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2035 | 2040 |
| 70-79 år | 342 | 411 | 435 | 448 | 456 | 468 | 469 | 464 | 461 | 460 | 494 | 505 |
| 80 år + | 265 | 253 | 253 | 259 | 264 | 265 | 277 | 296 | 321 | 330 | 378 | 418 |

Se vedlegg – Statistikk befolkningsframskriving

Tabellen viser befolkningsutviklingen for aldersgruppen 70 – 79 år og 80 år + etter middels nasjonal vekst. Det forventes en jevn økning av 70 -79 år fram mot 2030. Ved å beholde og utvikle ressursene i denne aldersgruppen, kan dette gi både individuell og kollektiv gevinst for folkehelsen i Meldal.

80 år + har en nedgang fram mot 2020, og deretter en liten vekst igjen fram mot 2026. En når da dagens nivå(2017). Fra 2026 til 2030 er det en antatt økning på 65 personer over 80 år.

Etter RO sine tall er det totale antall plasser i heldøgns tjenester(institusjon og omsorgsboliger med heldøgns bemanning) i dag på 28%. RO anbefaler ny dimensjonering økt til 32 % av innbyggere over 80 år.

Antall institusjonsplasser bør dimensjoneres til 8,8% av innbyggere over 80 år. Nåværende 18,1%. Antall heldøgns omsorgsplasser (HDO) bør dimensjoneres til 23,2% av innbyggere over 80 år.

Tabellen viser RO sin anbefaling:

Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser

| Meldal | Folketall | Andel innb. 80+ | Antall innb. 80+ | Andel institusjonsplasser 80+ | Antall institusjonsplasser | Andel institusjonsplasser og HDO-plasser 80+ | Antall institusjonsplasser og HDO-plasser | Antall HDO-plasser |
|--------|-----------|-----------------|------------------|-------------------------------|----------------------------|--|---|--------------------|
| 2015 | 3954 | 7,1 | 281 | 18,1 | 51 | 28% | 79 | 28 |
| 2016 | 4013 | 6,8 | 273 | 8,8 | 25 | 32% | 90 | 65 |
| 2020 | 4164 | 6,7 | 245 | 8,8 | 22 | 32% | 79 | 57 |
| 2030 | 4566 | 7,1 | 326 | 8,8 | 29 | 32% | 105 | 76 |
| 2040 | 4895 | 8,5 | 414 | 8,8 | 37 | 32% | 133 | 96 |

Ro sin kartlegging av andel institusjonsplasser og HDO-plasser 80 +, innbefatter også omsorgsboligene for psykisk utviklingshemmede, som i dag har en gjennomsnittsalder på beboerne på 60 år (21 plasser). Rådmannens forslag om dimensjonering fram mot 2030, tilsvarer en dekningsgrad på institusjonsplasser på 8,6% (28 plasser) mot RO sin anbefaling på 8,8% for eldre over 80 år. Rådmannens forslag på dekningsgrad på HDO er 22,6% (74 plasser) for eldre over 80 år, tilsammen 31,2%, mot RO på 32%. I rådmannens forslag blir 21 HDO (2017) for psykisk utviklingshemmede ikke medregnet i andel HDO 80 +, da disse ikke er beregnet for denne brukergruppa. Innbefattes disse, blir dekningsgrad HDO 28,8%. Man må ta høyde for at det blir en sterk reduksjon i behovet for disse omsorgsboligene for gruppa psykisk utviklingshemmede innen 2030. Samtidig med dette frigjøres det bemanning. Mer tilrettelagte privatboliger og bruk av velferdsteknologi, vil høyst sannsynlig også påvirke behovet for HDO i framtida.

RO sin anbefaling om å erstatte dagens 35 langtidsplasser i 2. etg på Helsetunet med plasser i omsorgsbolig med bemanning lik det som er på sykehjemmet i dag, og samtidig mer enn dobling av korttidsplasser, øker behovet for mere bemanning på korttidsavdelingen.

Lokalisering

Arbeidsgruppa har vurdert flere alternativer til plassering av nye institusjons- og heldøgns omsorgsplasser. I tillegg til lokalisering i tilknytning til dagens helsetun, har det spesielt vært sett på Meldal sentrum og området ved Løvbytunet. For informasjon om planstatus, areal og bebyggelse, vises til vedlegg.

Arbeidsgruppa konkluderer med at lokalisering i tilknytning til dagens helsetun er å foretrekke. Samlet sett er det her det er mest areal tilgjengelig, både ubebygde areal og sannsynlig areal etter sanert bygningsmasse. I tillegg ligger Solhagen AD med 12 HDO-plasser og 3 institusjonsplasser, og Solhagen PU med 5 HDO-plasser her fra før. Dette er bygninger arbeidsgruppen mener bør bestå. I tillegg kommer også mulig bruk av de nyere delene av Meldal Helsetun til kontor og fellesfunksjoner.

Sannsynligvis vil det bli nødvendig å endre noe av arealbruken også med lokalisering i tilknytning til dagens helsetun. Dette vil innebære behov for å iverksette en reguleringsplanprosess.

Styrings- og arbeidsgruppa har hatt befaring på bygningsmassen ved Helsetunet og omliggende kommunale omsorgsboliger. Det er også gjennomført befaring på nåværende tomt/tomteareal.

Saksbehandlers vurdering:

Helse- og omsorgstjenestene skal gjøre det mulig for brukerne å klare seg selv i hverdagen, tross sykdom, problem og funksjonsnedsetting. I «Omsorg 2020», regjeringens plan for omsorgsfeltet, understrekes «mestringsperspektivet» i tjenesteutforming og tjenesteyting i helse og omsorg. Dette innebærer at det er brukeren sine egne ressurser som skal mobiliseres for å endre, bedre eller takle egen livssituasjon. Ved å legge til rette for bruk av ny velferdsteknologi, vil også dette øke brukerens mestringsfølelse som igjen er med og skaper trygghet. Dette innebærer at de som yter tjenestene, skal møte brukerne / pasientene ut fra et ressursperspektiv.

I et nytt byggeprosjekt bør en se på mulighetene for et pilotprosjekt for teknologiske løsninger, herunder muligheter for tilskudd og eller forskningsmidler.

I det vedtatte handlingsprogrammet for 2017 – 2020 er det overordnede målet for sektoren: *Meldal kommune skal ha helse- og velferdstjenester som stimulerer til sunne levevaner, tilhørighet, trygghet, mestring og deltakelse.*

For å nå dette målet skal man bl.a sikre nødvendig kompetanse på riktig nivå, sikre gode samarbeidsrutiner internt i sektoren og med 2. linje tjenesten, for å sikre et helhetlig pasientforløp. Det skal jobbes tverrfaglig og utadrettet mot og sammen med innbyggerne, sikre involvering av brukere/pårørende med fokus på mestring og ansvar for egen helse, ha nærhet til helsetjenester som er likeverdige og koordinerte, gi tjenester på lavest mulig omsorgsnivå, legge til rette for innovasjon og ta i bruk velferdsteknologi.

Samlokalisering

Ved å samlokalisere alle helse- og omsorgstjenestene har man større muligheter for å gjennomføre alle disse tiltakene. Vi har svært god erfaring med at institusjon og hjemmetjenesten er samlokalisert. Nærhet gir samarbeid og gode synergieffekter. Det er lettere å koordinere tjenestene på en mere effektiv måte, som for brukeren skal oppleves som positivt. Fragmenterte tjenester forebygges og det skapes et mere helhetlig bruker/pasientforløp. Fagmiljøet blir større og sterkere, som igjen forsterker «vi-følelsen». Ved samlokalisering kan man utnytte hverandres fagkompetanse og det tverrfaglige samarbeidet forsterkes. Det blir «en dør inn» for bruker, der man ved en felles ekspedisjon møter noen som kan bistå. Brukeren slipper å møte stengt dør, slik det kan oppleves i dag, både på helsestasjon og psykisk helse. De ansatte her er ofte ut i «felten» på oppdrag, enten på skole, barnehage, hjemmebesøk eller i tverrfaglige møter.

Ved en lettere tilgang på legeressurs, kan man ved tidlig avklaringer for de som er innlagt i institusjon eller bor i omsorgsbolig tilknyttet nytt helsesenter, forebygge innleggelse på sykehus. Med dette kan man også redusere behovet for legevakt på kveldstid. Da unngår man de belastninger en tur/retur Orkdal/Meldal medfører for beboer.

De kommunale helsetjenestene lokalisert i Sentrumsbygget er legetjenesten, helsestasjon og psykisk helsearbeid. Disse enhetene er i ferd med å «vokse» seg ut av sine lokaler. De to siste årene har det vært vekst i ressurser, og store nok kontorlokaler begynner å bli en utfordring. Spørsmålet er om det i nær framtid er behov for påbygging, hvis bygget skal inneholde de samme helsetjenestene som er der i dag.

Utfordringen ved en full samlokalisering er økonomi. Husbanken gir ikke økonomisk tilskudd til kontorlokaler. Det er heller ikke vurdert muligheter for en eventuell gjenbruk av lokalene i Sentrumsbygget. Hvis det ikke blir full samlokalisering av alle helse- og omsorgstjenestene, anbefales at legekantoret og helsestasjon fortsatt er samlokalisert.

Selv om hovedfokus i denne saken er avklaringer omkring videre utredning, bør ikke dette gjøres helt løsrevet fra øvrige forhold. Det vil være naturlig å vurdere på ny sammenhengen mellom nytt helsetun og helhetlige sentrumsfunksjoner – herunder framtidig bruk av rådhuset og evt. sentrumsbygget.

I denne sammenhengen må en vurdere hvilken gjenbruk en kan legge opp til av de arealene i dagens helsetun, som har tilfredsstillende standard i forhold til nytt formål. Vurderingen her

må både ivareta helheten i nytt bygg (unngå at «gjenbrukt bygg» begrenser optimal løsning for nybygget), vurdere om «gjenbrukt bygg» er rasjonelt til nytt formål (eks. lar dette seg enkelt/kostnadseffektivt ombygge til nytt formål) og om kostnaden med å drifte «gjenbrukt bygg» (FDV) blir uforholdsmessig stort.

Hjemmebaserte tjenester

Dette er grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene. Meldal kommune har som mål å gi riktige tjenester på riktig nivå til riktig tid, slik at brukeren med tilrettelegging kan bo hjemme lengst mulig i eget hjem.

For å nå dette målet har Meldal kommune de senere år bevisst dreid ressursene mer og mer over mot hjemmebaserte tjenester. I følge RO sin tilråding bør det skje en enda større dreining. De peker spesielt på den omleggingen som har skjedd i Ringebu kommune, og anbefaler at også Meldal legger opp til en tilsvarende omlegging. Under besøket på Ringebu, fikk vi høre og se i praksis hvordan deres organisering fungerer. Etter fem års erfaring, mener de at dette er den beste praktiske innretningen og den mest økonomisk bærekraftig løsningen for både for brukere og kommunen.

En slik innretning og organisering av tjenestene vil også være positivt for Meldal.

Ringebu kommune har som RO anbefaler, erstattet langtidsplass på sykehjem med et tilbud i en omsorgsbolig/bofellesskap med heldøgns tjenester. Beboerne her har hvert sitt rom på ca 30m², med eget bad og toalett. Rommet er såpass stort at det har plass til en sittegruppe, og tekjøkken i tillegg til seng. Hver enhet har 8 beboere, og hvert av rommene fører ut til et stort fellesareal med et lite postkjøkken. En slik innretning forebygger uro og utrygghet og ansatte har god oversikt over beboerne. To enheter er knytt sammen med felles vaktrom i midten. Dette gjør samhandling mellom personalet lettere.

En fin mulighet for beboerne å komme seg ut, er lett tilgjengelighet til de mange terrassene, som var bygd rundt boligene i tilknytning til fellesarealene. I tillegg er det viktig med et godt og trygt uteareal, tilrettelagt for beboerne, uten at de nødvendigvis må føle seg påpasset hele tida. Dette gir trivsel for alle som bor og arbeider der.

Ringebu kommune har samlokalisert institusjon (korttidsplasser) og omsorgsboligene. Dette er også en forutsetning for å få til en mest mulig rasjonell drift, der bemanningen kan styres dit ressursene trengs, og ikke at beboeren flytter etter ressursene, som er mest vanlig i Meldal i dag.

Omsorgsboliger som skal erstatte langtidsplassene på sykehjemmet, kan innrettes lik det som er gjort i Ringebu, med kun ett rom og store fellesareal.

Skal Heimtun rives og bygges som ny bolig, bør disse leilighetene ha eget soverom, og i tillegg ha funksjonelle fellesrom.

Institusjon

Meldal kommune driver i dag et tradisjonelt sykehjem med korttids- og langtidsplasser. Langtidsplassene er tiltenkt de sykeste eldre, som har behov for behandling og tett oppfølging hele døgnet den siste fasen av livet. Enkelte av langtidsbeboerne har hatt sitt hjem ved Meldal Helsetun i mange år. De fleste kunne fungert bra i et tilrettelagt botilbud i en omsorgsbolig med heldøgns tjenester, med tilsvarende grunnbemanning som på sykehjemmet. Slik langtidsavdelingen er innrettet med 4 dobbeltrom, og der alle beboerne må dele bad og toalett med andre, har de liten mulighet for et privat liv. Når de har pårørende på besøk, er det fellesstua der mange andre sitter, som benyttes til samtaler og

hygge med sine nærmeste.

For ansatte oppleves dobbeltrom som en utfordring. Det er vanskelig å vite hvem som passer sammen, og når den ene blir dårlig, må denne ha enerom. Konsekvensen blir mye flytting av beboerne.

Verdighetsgarantien er nå blitt til «Forskrift om en verdig eldreomsorg» i Helse- og omsorgstjenesteloven. I § 3 h skal kommunen tilby alle som bor på institusjon enerom. Dette kan ikke kommunen innfri i dag. Resultatet er misnøye blant beboerne og pårørende, og utfordringer for de ansatte.

Undersøkelser sier at ca 80 % av sykehjemsbeboerne har en kognitiv svikt. Slik kommunens sykehjem er utformet med lange korridorer, store enheter og til dels små fellesareal, er bygningen ikke tilrettelagt for denne brukergruppen. Dette fører ofte til utrygghet og uro, og er ressurskrevende. Husbanken anbefaler enheter på 8 beboere. Meldal har 35 langtidsplasser i 2. etg, fordelt på tre grupper (12+12+11).

Anbefalingene fra RO om å legge ned de fleste langtidsplassene på sykehjemmet, var en fremmed tanke for de fleste i arbeidsgruppa og blant de ansatte i starten av prosjektet. Etter hvert har de fleste endret holdning til dette. Gjennom prosessen har vi hatt mulighet til å sette oss inn i hva dette innebærer, spesielt gjennom erfaringsinnhenting fra andre. Meldal kommune avhjemlet 10 langtidsplasser ved sykehjemmet (demensavdelingen) i 2010, der brukerne flyttet inn i en ny omsorgsbolig med heldøgns tjenester, Solhagen AD. Erfaringene viser at dette har fungert svært bra.

Betalingsordningen er den største forskjellen for brukere på langtidsplass ved sykehjemmet og de som bor i en omsorgsbolig med heldøgntjenester. På sykehjemmet er det vederlag for opphold, der du betaler etter evne, dvs. 75% av grunnpensjon og 85% av tilleggspensjon og renteinntekter/annen inntekt (eks. utbytte av aksjer og fond). Gjennomsnitt for vederlag er i dag på ca kr. 15.000/mnd. (Meldal 2017). I en omsorgsbolig er husleia i snitt ca kr. 7500/mnd. Der må man i tillegg betale for mat og praktisk bistand og egenandeler på medisin og medisinske forbruksvarer, med et tak på kr. 2200. Er man minstepensjonist er det mulighet for å søke Husbanken om bostøtte(inntil 40% av husleia). Økonomisk kan det for mange være billigere å bo i en omsorgsbolig, med samme bistand og trygghet som på et sykehjem, og i tillegg få et bedre tilrettelagt botilbud. Husleieloven beskytter også beboeren mot uønsket flytting. Før et evt vedtak om flytting til et annet omsorgsnivå, må beboeren/pårørende gi sitt samtykke.

Oversikt over utgifter for beboer Sykehjem/HDO Meldal 2017

| Utgifter for beboer langtidsplass sykehjem /år | | Utgifter for beboer i omsorgsbolig (HDO)/år | |
|--|------------|---|--|
| Vederlag for opphold snitt i 2017/år | kr 180.000 | Snitt husleie/år | Kr. 90.000 |
| | | Abonnement mat/sengetøy/forbruksvarer | Kr. 42.000 |
| | | Medisiner, medisinske forbruksvarer | Egenandel kr.2200, deretter statlig finansiering |
| | | Abonnement praktisk bistand(hjemmehjelp) | Kr. 10.500 (timepris kr. 220) |
| | | Tekniske hjelpemidler | Kr. 0. Statlig finansiering |
| | | Evt bostøtte | Inntil 40% av husleia |

RO har beregnet at driftskostnader i snitt for en langtids plass på institusjon og en plass i en omsorgsbolig med heldøgnsomsorg(HDO) er kr. 900.000.

Kostnader med en HDO- plass fordeler seg på kommune, beboer og stat. Staten finansierer det meste av utgiftene med medisiner og medisinske forbruksvarer og tar alle kostnadene med tekniske hjelpemidler. Beboers kostnader – se tabell. Husleia fra beboer er med å finansiere kommunens utgifter til renter og avdrag på lån.

Kommunen må dekke alle driftsutgifter/kostnader på en langtids plass i institusjon.

Alternativet med å bygge omsorgsboliger som skal erstatte langtids plasser vil for kommunen være den mest økonomisk bærekraftige løsningen.

Utgifter for sykehjemsbeboer på langtids plass i Meldal (2017) er i snitt kr. 180.000. I tillegg kommer utgifter til klær.

Utgifter for beboer på Solhagen AD (2017) er i snitt kr. 145.000. I tillegg kommer utgifter til klær og evt kjøp av nye møbler ved innflytting.

Evt bostøtte for minstepensjonister på inntil 40% av husleia, er ikke fratrukket beløpet på kr. 145.000.

Dagsenter

Det er ønske om at all dagsentervirksomhet for eldre og demente legges til institusjonen.

Det er tatt høyde for dette i et forslag til romprogram. Ved felles bruk av aktivitørresurser, muliggjør dette en mer rasjonell drift av dagsenteret. Dette vil være positivt og reduserer sårbarheten ved sykdom og ferier.

Lokalisering

Saksbehandler slutter seg til arbeidsgruppas konklusjon om lokalisering i tilknytning til dagens helsetun. Viktig med nærhet/samlokalisering med dagens omsorgsboliger som er Solhagen AD med 12 HDO-plasser og 3 institusjonsplasser, og Solhagen PU med 5 HDO-plasser. Dette er bygninger arbeidsgruppen mener bør bestå. I tillegg kommer også mulig bruk av de nyere delene av Meldal Helsetun til kontor og fellesfunksjoner.

Økonomi:

Nytt helsetun

I gjeldende økonomiplan er det avsatt 199 millioner til prosjektet. Disse fordeler seg som vist under, hvor ramma i 2017 er knyttet til planlegging. Forutsetningene for beløpet er et låneopptak på 84,5 millioner, full mva-kompensasjon og 50% tilskudd fra Husbanken. Ved legginga av økonomiplanen, var det kommunens evne til å bære renter og avdrag som definerte ramma. Ramma må også ses som en foreløpig ramme.

Prosjekt nytt helsetun – fra økonomiplanen

| | (Alle beløp hele 1000) | År 2017 | År 2018 | År 2019 | År 2020 |
|-------|------------------------|--------------|----------------|---------------|----------|
| | Investering | | | | |
| 02300 | Byggetjenester nybygg | 1 000 | 100 000 | 67 000 | 0 |
| 04290 | Mva-komp. Investering | 250 | 12 500 | 18 500 | 0 |
| | Sum utgifter | 1 250 | 112 500 | 85 500 | 0 |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------|---|---------------|-----------------|----------------|--------------|
| 07000 | Refusjon fra staten (tilskudd Husbanken) | 0 | -50 000 | - 33 50 0 | 0 |
| 07290 | Kompensasjon m.v.a | -250 | -12 500 | -18 500 | 0 |
| 09100 | Bruk av lån | -1 000 | -50 000 | -33 500 | 0 |
| | Sum finansiering investering | -1 250 | -112 500 | -85 500 | 0 |
| | Konsekvens renter og avdrag i driftsbudsjettet | | | | |
| | 8700 Renter/avdrag lån | | | | |
| 15000 | Renteutgifter, låneomkostn. | 0 | 40 | 2 039 | 3 231 |
| 15100 | Avdragsutgifter lån | 0 | 20 | 1 020 | 1 690 |
| | Sum rente og avdrag nytt helsetun | 0 | 60 | 3 059 | 4 921 |

I oppsettet er det tatt høyde for lånefinansiering av prosjektet, og rente og avdragskostnadene er vist. Det er lagt til grunn 4% rente, og avdrag over 40 år. Dersom renta endrer seg vesentlig, eller øvrige finansieringsforutsetninger endrer seg, må dette enten medføre endring i låneomfang, eller at andre tiltak iverksettes for å forsvare økte rente og avdragskostnader.

Når det gjelder tilskuddet fra Husbanken, er tilskuddssatsen i oppsettet satt til 50%, basert på forutsetninger i oktober/november 2016. Husbanken har opplyst at de tar stilling til en samlet søknad når prosjektplanlegginga er kommet så langt at en har foreløpige tegninger/planer med arealbruk. Tilskuddsramme på 50% er maksimal sats for nye sykehjemsplasser, og med et tungt innslag av omsorgsboligplasser, vil både forventet prosjekt-kostnad og tilskudd bli noe lavere. Videre er det behov for å foreta løpende avklaringer med Husbanken framover i prosjektet.

I oppsettet er det forutsatt full kompensasjon for mva. Dette forutsetter at byggekostnaden er knyttet til virksomhet som gir rett til mva-kompensasjon. Reglene er litt komplekse på dette området, men enkelt oppsummert vil kommunen få tilbakebetalt mva knyttet til investering i sykehjemsplasser og omsorgsboliger for somatisk syke og demente. Dersom det bygges inn andre funksjoner i nytt bygg, må disse vurderes særskilt. Eksempelvis er det ikke fradragsrett for mva knyttet til boliger for mennesker med psykiske lidelser, rusavhengighet eller økonomisk vanskeligstilte.

Meldal kommune har tidligere år bygget og tatt i bruk nye skole- og barnehagelokaler. Vi har derfor erfaring med at nye bygg kan være mer kostnadseffektive enn eldre bygg. Dette blant annet ut fra bedre energiøkonomi (bedre isolasjon og bedre tekniske løsninger for temperatur-regulering), samt at nyere bygg ofte er mer arealøkonomiske enn gamle bygg (mindre areal medgår til ganger o.s.v.)

Vi vet at Meldal Helsetun er et relativt gammelt bygg, selv om en har foretatt oppgraderinger og vedlikehold. Helsetunet antas derfor å være relativt uøkonomisk i drift, sammenliknet med et nytt, tilsvarende bygg. Pr i dag vet en ikke omfanget av et eventuelt nytt bygg, og en har ikke erfaringstall i forhold til forvaltnings- drift- og vedlikeholdskostnader i et nytt bygg. Det er grunn til å anta at et nytt bygg vil være billigere i drift enn det/de gamle, men det er ikke mulig pr nå å tallfeste et nivå på dette.

Når en enda ikke har definert omfang og innretning av ny pleie og omsorgsløsning, er det

også vanskelig å forutse endret bemanningsmessig behov framover.

Videre arbeid med tilgjengelig investeringsramme.

Rådmannen har lagt vekt på arbeidsgruppas konklusjoner, og fremmer innstilling i tråd med dette.

Konsekvenser for folkehelse og miljø:

En god innretning og organisering av framtidens helse – og omsorgstjenester i denne delen av nye Orkland kommune, vil gavne brukere og samtidig gi gode arbeidsforhold for ansatte.

Dette vil virke positivt inn på folkehelsen både for brukere, pårørende og ansatte.

Meldal kommune

Behovsanalyse – framtidas sykehjem

Rapport fra RO – desember 2016



RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1. Oppdraget og bakgrunn | 3 |
| 1.1 Organisering | 3 |
| 1.2 Gjennomføring og metode | 4 |
| 2. Rammeforutsetninger | 4 |
| 2.1 Kommunereformen | 4 |
| 2.2 Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO)..... | 5 |
| 2.3 Brukerperspektivet i framtidig tjenesteyting | 5 |
| 3. Helse- og omsorgstjenesten i Meldal 2016 | 7 |
| 3.1 Omsorgstrappa | 7 |
| 3.2 Styrke og muligheter..... | 9 |
| 3.3 Utfordringer..... | 11 |
| 4. Framtidig innretning og dimensjonering av helse og omsorg | 13 |
| 4.1 Hva skal kjennetegne tjenestene? | 13 |
| 4.2 Hva innebærer trygghet i tjenesten? | 13 |
| 4.3 Verdighetsgarantien | 14 |
| 4.4 Innretning av helse- og omsorgstjenesten..... | 15 |
| 4.5 Dimensjonering av plasser for heldøgns tjenester..... | 17 |
| 4.6 Økonomiske konsekvenser av en eventuell omlegging av tjenestestruktur | 21 |
| 5. Hvilke behov og funksjoner skal det «nye bygget» dekke | 25 |
| 5.1 Folkemøtet 24. oktober 2016 | 25 |
| 5.2 Forslag til samlokalisering..... | 26 |
| 5.3 Tjeneste- og personalbase – Helsetunets hjerte..... | 26 |
| 6. Tilråding | 27 |
| 6.1 Innretning av helse- og omsorgstjenesten..... | 27 |
| 6.2 Dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten | 27 |
| 6.3 «Nye» Meldal Helsetun | 28 |
| 6.4 Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten | 28 |

1. Oppdraget og bakgrunn

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har hatt oppdraget med å gjennomføre en behovsanalyse for framtidens sykehjem i Meldal kommune.

I konkurransegrunnlaget viser Meldal kommune til kjente utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen, slik som: lite funksjonell planløsning for dagens tjenesteyting som følge av eldre bygningsmasse / tilbygg, for stor andel dobbeltrom på sykehjemmet, endrede krav og forventninger til botilbud.

Kommunestyret i Meldal kommune har i Økonomi- og handlingsprogrammet for 2016-2019 besluttet en ombygging, eventuelt nybygg, av sykehjemmet. Uttalt mål er en «ny» institusjon i 2020, og det er gitt følgende mandat for prosessen:

Det skal utarbeides en behovsanalyse som, gjennom grunnlagsdata, skal gi et beslutningsgrunnlag for omfanget av prosjektet:

- Framtidig innretning og dimensjonering med muligheter og utfordringer.
- Sykehjemmets rolle og funksjon - hvilke behov og funksjoner skal det «nye bygget» dekke.
- Betydningen for de øvrige tjenester innen helse og omsorg.
- Synliggjøre økonomiske konsekvenser av en eventuell omlegging av tjenestestruktur.
- Ekstern konsulent skal bistå i oppstartsfasen med involvering, oppfølging og informasjon til interessentene / aktørene.
- Analysen skal oppsummeres i en skriftlig rapport innen 31.12.2016.
- Tilbakemelding til administrativt og politisk nivå skal skje gjennom en presentasjon av rapporten / powerpoint-presentasjon i januar 2017.

1.1 Organisering

Styringsgruppa:

Medlemmer fra formannskap: Vibeke Mehlum (leder), Olaug Muan (nestleder), Harald Garberg

Medlemmer fra Hovedutvalg helse, oppvekst og kultur: Odd Arild Svartbekk, Mildrid Nesheim, Sivert Dombu

Medlemmer fra hovedutvalg landbruk og teknikk: Lars Kirkholt, Mari S. Myrmæl, Stein Elshaug

Arbeidsgruppa:

Ann-Lisbeth Tøndel, Kommunalsjef helse og omsorg

Siri Eithun, Kommunalsjef landbruk og tekniske tjenester

Roy Fritzon, Økonomisjef / ass. rådmann

Unni Resell, Seksjonsleder Helsetun og Hjelpetjenesten

Bente Ratøyen, Seksjonsleder Hjemmetjenesten 1

Ole Sandvik, Seksjonsleder Hjemmetjenesten 2

Janne Løkkbakk, Plasstillitsvalgt Fagforbundet, hjelpepleier Helsetunet

Jorunn Kisten, Hovedtillitsvalgt NSF, sykepleier Hjemmetjenesten

Monica Syrstad, Hovedverneombud, sykepleier Helsetunet

Rolf Furuhaug, representant Eldrerådet

Olav Huseby, representant Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne

1.2 Gjennomføring og metode

Behovsanalysen bygger på følgende grunnlagsdata:

- Meldal kommunes planverk og styringsdokumenter.
- Registerdata.
- Individuelle samtaler og gruppeintervju med til sammen 39 informanter.
 - Intervju med ledere, tillitsvalgte, verneombud, ansatte fra hjelpetjenesten, hjemmetjenesten og Meldal Helsetun, kommuneoverlege, flyktningekoordinator og enhetsleder i SiO.
 - Intervju med ungdomsrådet.
- Resultatet av fire arbeidsdager i arbeidsgruppa.
- Informasjon innhentet fra to åpne informasjonsmøter med til sammen 150 deltakere.
- Samtaler i styringsgruppa, i alt fire møter.

Arbeidet ble gjennomført i perioden 16. september til 22. desember 2016.

Behovsanalysen presenteres for administrativt og politisk nivå i januar 2017.

2. Rammeforutsetninger

I dette kapitlet pekes det på tre viktige rammeforutsetninger for innretning og dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten i Meldal kommune.

2.1 Kommunereformen

Meldal kommune blir Orkland kommune sammen med kommunene Orkdal, Agdenes og en tredel av Snillfjord kommune fra 1. januar 2020. Kommunesenteret i den nye kommunen skal være Orkanger, og politisk og administrativ ledelse legges dit. Den nye kommunen vil ha et befolkningsgrunnlag rundt 18 000 innbyggere.

Kommunestyret vedtok 27. oktober 2016, intensjonsavtalen for sammenslåingsprosessen. Intensjonsavtalen legger til grunn at den nye kommunen skal gi gode tjenester med utgangspunkt i brukernes behov. Ressursene skal brukes effektivt i en veldrevet organisasjon av kvalifiserte fagfolk. Den nye kommunen skal være en foregangskommune for IKT, for å sikre effektivitet i tjenesteproduksjonen, og gi gode informasjons- og kommunikasjonsløsninger.

Når det gjelder helse- og sosialtjenester¹, skal helsestasjon, legekontor, tannhelse og fysioterapi opprettholdes med nåværende lokalisering. De mest spesialiserte tjenestene innen helse og sosial skal samles i sterke og kompetente fagmiljøer, som også skal prioritere tilstedeværelse i tverrfaglige samarbeid ute hos enhetene.

Den nye kommunen skal prioritere forebygging gjennom tidlig innsats og tverrfaglig samordning innen helse-, oppvekst- og familietjenestene.

¹ Helse- og sosialtjenesten består av NAV, legevakt / kommunelege, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, pedagogisk / psykologisk tjeneste (PPT), flyktningetjenesten, barnevernstjenesten, psykisk helsearbeid og rusomsorg, og frisklivsarbeid.

Når det gjelder pleie og omsorg, skal den nye kommunen ha tilbudet plassert nær innbyggerne, og enhetene skal ha ressurser, kompetanse og lokaler som gjør dette mulig. Det skal være klare tildelingskriterier for pleie- og omsorgstjenester. Felles organisering og samordning av administrative ressurser skal sikre gode tjenester.

Innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. En felles utvikling av framtidsetta helse- og omsorgstjenester med blant annet velferdsteknologi, skal være en prioritert oppgave.

2.2 Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO)

Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) ble etablert i 2012 som middel for å utvikle gode og effektive helsetjenester for deltakerkommunene.

Virksomheten består av en kommunal akuttsegepost drevet etter statlige prosjektmidler og det interkommunale legevaktsamarbeidet. SiO er dessuten organisert slik at den skal kunne initiere og gjennomføre utviklingsarbeid.

Deltakerkommunene har inngått en samarbeidsavtale med Orkdal som vertskommune for virksomheten. Vertskommunenemda er politisk sammensatt og er virksomhetens øverste organ. Hver av kommunene har utnevnt nettverkskoordinator som møtes fire ganger årlig i et koordinatortnettverk. Koordinatorene fremmer forslag til tiltak og gir råd om utvikling og drift av virksomheten.

Vertskommunen har tilsatt enhetsleder som ansvarlig for utvikling og drift ved SiO. Enhetsleder rapporterer administrativt til kommunalsjef i vertskommunen og legger fram saker for vertskommunenemda.

2.3 Brukerperspektivet i framtidig tjenesteyting

Helse- og omsorgstjenestene skal gjøre det mulig for brukerne å klare seg selv i hverdagen, tross sykdom, problem og funksjonsnedsetting. Omsorg 2020² understreker «mestringsperspektivet» i tjenesteutforming og tjenesteyting i helse og omsorg. Dette innebærer at det er brukeren sine egne ressurser som skal mobiliseres for å endre, bedre eller takle egen livssituasjon. Dette innebærer at de som yter tjenestene, skal møte brukerne / pasientene ut fra et ressursperspektiv.

Tjenesteyting i kommunal sektor har tradisjonelt tatt utgangspunkt i at de ansatte har en ekspertrolle og at tjenestemottakerne er passive mottakere av en tjeneste. Gjennom de siste revideringene av pasient- og brukerrettighetsloven er brukeren / pasienten tilkjent mer makt. Dette innebærer en endring som kan beskrives slik:

- Fra tjenestemottakere til likeverdige parter som er i stand til, og ønsker å ta ansvar for eget liv.
- Fra aktive deltakere til likeverdige parter i alle saker som omhandler deres liv.
- Fra en ansatte-rolle som «ekspert», til at rollen i mye større grad enn tidligere blir å dele kunnskap med brukeren.

Det er lett å glemme mennesket bak sykdommen, diagnosen eller funksjonstapet. Vår helse- og omsorgslovgiving bygger på en faglig forståelse av at aktiv medvirkning i tjenesteutforming og tjenesteyting både er en rett og skal synes i praksis. Om vi trenger assistanse eller behandling, er vi

² Regjeringa sin plan for omsorgsfeltet 2015-2020

mennesker med de samme grunnleggende følelser og behov for å høre til, og et ønske om å delta i fellesskapet.

Utviklinga i helse- og omsorgstjenesten skal ha en innovativ retning³:

- Morgendagens tjenestemottakere skal møtes med et ressursorientert perspektiv.
- Morgendagens omsorgsfellesskap skal gi rom for pårørende, frivillige, ideelle og private tjenesteleverandører.
- Morgendagens omsorgstjeneste spiller sammen med brukeren, familie og nettverk med god kompetanse både faglig og sosialt.
- Morgendagens omsorgsarena er eget hjem med tekniske løsninger og assistanse som gir mestring i hverdagen og i fellesskapet, i et mangfold av løsninger.

Gjennom Meld. St. 26 (2014-2015), Framtidas primærhelsetjeneste, ønsker regjeringa en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og bedre løsninger i omsorgssektoren. Omsorg 2020 gir sentrale føringer og retning for omsorgsfeltet 2015-2020, med viktige tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenesten.

Framfor å heve terskelen for å få hjelp, må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommuneorganisasjonen, må det ses med nye øyne på hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med på å skape den.

HVERDAGSMESTRING

et forebyggende og
rehabiliterende tankesett

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens den det gjelder, bor hjemme. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: *Hva er viktige aktiviteter for deg nå?* Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmåte, og arbeidsinnsatsen er tverrfaglig. Mestring er sentralt i hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering i Norge omtaler hverdagsmestring som et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring er både et rehabiliterende og et helsefremmende tankesett.

Ei sterkere satsing på hjemmebasert omsorg og hverdagsrehabilitering, betinger endring i tankesett og arbeidsmåter som bygger opp om brukeren sine verdier og livskvalitet. Arbeidsmåter som tjenstedesign og bruk av velferdsteknologi vil påvirke innholdet i tjenestene. I tillegg til spesifikk fagkompetanse vil tjenesteyterne trenge fagovergripende kompetanser, som kommunikativ kompetanse og evne til samhandling. Med arbeidsplassen som læringsarena, kan ledere og medarbeidere involveres i den daglig utviklinga av ei ressurseffektiv helse- og velferdstjeneste.

³ Morgendagens omsorg Meld. St. 29 (2012-2013)

3. Helse- og omsorgstjenesten i Meldal 2016

Sammen skaper vi trivsel og aktive lokalsamfunn, er Meldal kommune sin visjon. Visjonen er tydelig på at framtidssbildet for Meldal-samfunnet utvikles i et samvirke med de som bor i kommunen. Videre skal Meldal kommune ha helse- og velferdstjenester som stimulerer til sunne levevaner, tilhørighet, trygghet, mestring og deltakelse.

Strategien for å nå dette, er et godt tverrfaglig samarbeid med brukere og frivillig sektor gjennom å:

- Gi riktige tjenester på riktig nivå til riktig tid.
- Prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid med fokus på mestring og ansvarliggjøring av egen helse.
- Legge til rette for god livskvalitet, felles sosiale møteplasser, velferdsteknologi, kultur og idrett.
- Jobbe kunnskapsbasert, utvikle tverrfaglig kompetanse om helsetilstand, virkemidler og tiltak som har effekt.

Meldal kommune har de siste årene dreid tjenesten mer og mer over mot hjemmebasert omsorg. Etter en gjennomgang i 2013, ble det vedtatt å legge ned fire langtidsplasser fra 2014. Dette ble gjennomført med bakgrunn i reduksjon i innbyggere 80 år og eldre. Hjemmetjenesten, ergo- og fysioterapitjenesten kunne da styrkes, i tillegg til nødvendig reduksjon i budsjettet.

Meldal kommune har 51 institusjonsplasser⁴. I 2010 ble Solhagen bofellesskap for mennesker med demens med 15 plasser tatt i bruk. Totalt har Meldal kommune 107 boenheter i omsorgsbolig, hvor 28 plasser er heldøgns plasser (HDO-plasser). I 2015 var det 266 personer som fikk hjemmetjenester, inkludert de 28 HDO-plassene. I 2015 var det 48 personer som fikk sitt tjenestetilbud ved institusjonen i Meldal kommune. Dette innebærer en beleggsprosent på sykehjemmet på 94,1 prosent⁵.

Kommunen har etablert viktige funksjoner for framtidig utvikling av helse- og velferdstjenesten. Dette gjelder årsverk til rehabilitering (fysio- og ergoterapi), psykiatri, demensteam, legetjeneste, diabetessykepleier, kreftsykepleier og ernæringsfysiolog. Det satses på økt kompetanse innen tjenestetildeling og hverdagsrehabilitering.

3.1 Omsorgstrappa

Omsorgstrappa er et begrep som beskriver det kommunale tilbudet som en tiltakskjede.

Tjenestemottakernes vei innen ulike tjenestetyper kan betraktes som pasientforløp. Tankegangen bak omsorgstrappa er *LEON-prinsippet* (laveste effektive omsorgsnivå). Prinsippet innebærer at helse- og omsorgstjenester skal ytes på laveste effektive tjenestenivå i helsevesenet.

Primærhelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten, skal behandle størstedelen av befolkningens helseproblemer og være basis for helsetjenestens øvrige ledd. Primærhelsetjenesten skal også være bindeleddet mellom befolkningen i en kommune og de spesialiserte helsetjenestene.

Omsorgstrappa er en illustrasjon på kommunens tjenestetilbud på ulike nivå, og er fagfolkenes og saksbehandlernes rettesnor. De fleste av kommunens tjenester er lovpålagte i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunen kan også ha tjenestetilbud ut over det som er lovpålagt. Meldal kommunes omsorgstrapp presenteres i figur 3.1-1.

⁴ Institusjonsplassene fordeler seg på 10 korttidsplasser, 38 langtidsplasser og 3 plasser for personer med demens.

⁵ Meldal kommunes innrapporterte regnskapstall for 2015 til KOSTRA: Konsern, pleie og omsorg, grunnlagsdata, revidert per 15. juni 2016.

Figur 3.1-1 Omsorgstrappa i Meldal kommune

Omsorgstrappa brukes aktivt i utvikling, tilpasning og organisering av tjenestetilbudet

Brukerne er ofte i flere trinn av trappa samtidig, med ulike kombinasjoner av tjenester.

Samspill med andre kommunale tjenester foregår gjennom ansvarsgrupper, individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Samspill med bruker / pasient, pårørende, frivillige lag og organisasjoner.

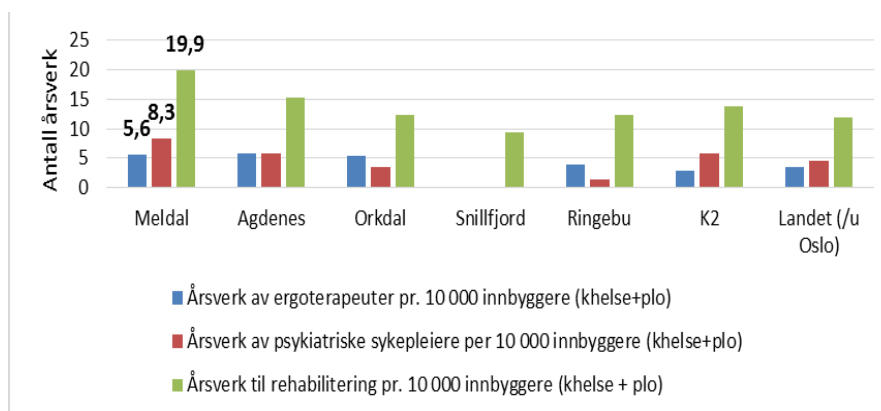


1) Familieavlastning/helgeavlastning i institusjon + omsorgsboliger (barn/ungdom)
Avlastning i institusjon og omsorgsbolig (eldre)

RO mener Meldal har en god og godt gjennomtenkt opplæringsplan for etaten. Det satses også på saksbehandlingskompetanse. Videre satses det på kompetansehevende tiltak i samarbeid med de andre kommunene i SiO.

Kompetanse innen rehabilitering

Figur 3.2-1 Årsverk – kommunehelse

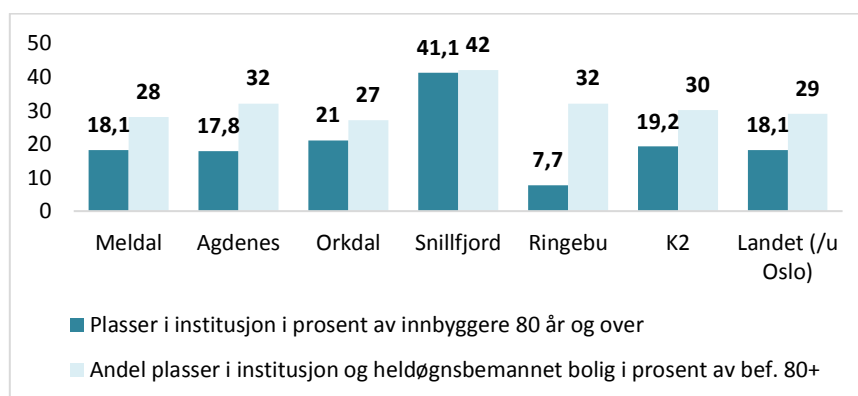


I figur 3.2-1 Årsverk – kommunehelse, har RO sammenlignet Meldal kommune med kommunene Agdenes, Orkdal, Snillfjord og Ringebu, samt KOSTRA-gruppe 2 og landet utenom Oslo. Ringebu er valgt fordi den hører til samme KOSTRA-gruppe som Meldal og har ellers likhetstrekk, når det gjelder tjenester til mennesker med utviklingshemming, bortsett fra at det er bare Meldal kommune som har vertskommunetilskudd. I 2015 utgjorde dette rundt 20 mill. kr. De andre kommunene i sammenligninga er de kommunene som blir den nye kommunen, sammen med Meldal.

Meldal kommune har over tid satset på god kompetanse innen rehabilitering, noe som også har vist resultat. Kommunens innrapporterte regnskapstall for 2015 viser at Meldal kommune har flest årsverk per 10 000 innbyggere når det gjelder ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere og årsverk til rehabilitering i den valgte sammenligninga (figur 3.2-1). Den målretta oppbyggingen av komplementære kompetanser i hele helse- og velferdstjenesten, er et gunstig utgangspunkt for ei bærekraftig tjeneste i samarbeid med bruker / pasient og dennes nettverk. Dette er også et godt utgangspunkt for regionens framtidige felles rehabiliteringstilbud.

Hjemmebasert omsorg

Figur 3.2-2 Dekningsgrad, plasser for heldøgns tjenester, i prosent av innbyggere 80 år og eldre



Figur 3.2-2 Dekningsgrader i prosent av 80+, viser at Meldal med 28 prosent og Orkdal med 27 prosent, har de laveste dekningsgradene, når det gjelder antall plasser med heldøgns tjenester, institusjonsplasser pluss omsorgsbolig med heldøgns tjenester. Ringebu og Agdenes har begge en dekningsgrad på 32 prosent av innbyggere 80+.

Når det gjelder institusjonsplasser, har Ringebu den laveste dekningsgraden på 7,7 prosent, mens Meldal kommune har samme dekningsgrad som gjennomsnittet for landet utenom Oslo.

Pleie- og omsorgsplanen 2007- 2015 beskriver utviklingsretningen for tjenesten som hjemmetjenesteorientert, med nok tilgjengelige korttidsplasser.

3.3 Utfordringer

På bakgrunn av innhentet informasjon gjennom intervjuprogrammet i forbindelse med oppdraget, Meldal kommunes styringsdokumenter⁶ og arbeidet i arbeidsgruppa, vil RO beskrive utfordringsbildet innen helse og omsorg i Meldal kommune som følger:

- Tjenesteutvikling – samfunnsutvikling, statlige føringer og reformer krever endringer i struktur og innhold av tjenesteproduksjonen, basert på BEON-prinsippet, Beste Effektive Omsorgs Nivå⁷.
- Planbehov: revidering av pleie- og omsorgsplan til helse- og velferdsplan, der også helsetjenestene er innlemmet i planen, revidere psykiatriplan, smittevernplan, demensplan og rehabiliteringsplan, jf. Planstrategi 2016-2019.
- Meldal Helsetun har en bygningsmasse som er lite funksjonell etter dagens krav, med store enheter, lange korridorer, flere dobbeltrom og rom uten egne bad og WC.
- Omsorgsboliger trenger oppgradering og tilpasning til bruk av velferdsteknologi.
- Videreutvikle tjenestetildelingsfunksjonen i samarbeid med teamet for hverdagsrehabilitering og koordinerende enhet.
- Skaffe kvalifisert arbeidskraft, ta vare på kompetanse.
- Større medvirkning /autonomi i eget liv for brukerne.
- Økt bemanning i hjemmetjenesten og omsorgsboliger for å unngå for tidlig tildeling av plass ved sykehjemmet – sikre balanse og sammenheng i omsorgstrappa.
- Tjenestemottakerne bør ha færre tjenesteytere å forholde seg til, særlig i hjemmetjenesten, men også på sykehjemmet.

Vurdering av bygningsmasse for Meldal Helsetun

Rapport per 02.11.2016 v/ ON arkitekter og ingeniører

Meldal kommune har bedt ON gjøre en betraktning omkring økonomien i å rehabilitere / bygge om dagens bygningsmasse, kontra å bygge nytt. Det er ikke gjort befaring av bygningsmassen, betraktningene er gjort på generell basis. Det legges til grunn at det er gjort normalt godt vedlikehold. Det ligger ingen vurdering av brukbarheten i forhold til funksjoner byggene skal fylle.

⁶ Meldal kommune Planstrategi 2016 – 2019 vedtatt 30. juni 2016 (ks-037/16)

⁷ Stortingsmelding 47 (2008 – 2009) – Samhandlingsreformen

Ved hovedombygging skal hele bygningsmassen tilfredsstillende krav i gjeldende byggt teknisk forskrift, og disse endringene vil føre til store utfordringer, som bl.a.:

- Bærekonstruksjonene skal etter reviderte forskrifter tåle betydelig større belastninger
- Det stilles langt større krav til varmeisolering av gulv, yttervegger og tak
- Brannsikring og brannvern betyr ofte forsterkning av både etasjeskiller, vegger og tak for å tilfredsstillende nye forskrifter
- Universell utforming – adkomst og snusirkler

Som følge av strengere forskrifter på flere områder, ser man at bygg eldre enn ca. 1990 vil ha behov for nærmest total renovering av tekniske installasjoner (EL og VVS). På generell basis kan man ikke nødvendigvis si at det blir dyrere å renovere eldre bygningsmasse, men heller ikke billigere og man får ikke optimale forhold. Ved brannforhold vil man f.eks. komme til kompromisser.

Rapporten tilrå:

- Det er stort sett Solhagen AD (2010) og kanskje omsorgsboligene, bygget på 90-tallet, som er mest egnet til å inngå i en rehabiliteringsplan.
- Byggene fra 1961 og omsorgsboligene mot Ressveien er, ut fra byggeår, moden for sanering. Mellombygget fra 1990 kan man vurdere å bygge om, men da skal dette bygget ha det meste av dagens krav innebygget, og det skal stemme inn i behovet / den nye planen som nå er under utarbeidelse. Det er sannsynlig at det vil være best for en god utvikling av et nytt prosjekt, at også dette bygget saneres.
- Det er mange momenter som spiller inn, og økonomisk vil det høyst sannsynlig ikke være billigere å rehabilitere enn å bygge nytt, særlig hvis en tar hensyn til framtidig drift.

Boligsosial handlingsplan for Meldal kommune 2016 -2020

Kommunene har et lovpålagt ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Kommunen har felles boligkontor med mandat og arbeidsrutiner. Ombyggings- og restaureringsprosjekter innarbeides i økonomiplanen for godkjenning i kommunestyret.

I boligsosial handlingsplan har kommunen sett boligbygging, omsorgsboliger og gjennomgangsboliger i sammenheng. Meldal kommune har 107 omsorgsboliger og 21 gjennomgangsboliger per 1. des. 2016. Datagrunnlaget som boligsosial handlingsplan bygger på, er et godt fundament for modernisering av omsorgsboligene.

Tjenestetildeling

Tjenestetildeling er den viktigste faktoren for å styrke hjemmetjenesten. Saksbehandling og tjenestetildeling innebærer evne til dialog med tjenestesøkerne, tid til hjemmebesøk, kartlegging og avdekking av det reelle behovet for bistand, og systematikk i utøvelsen av det faglige skjønnet i vedtaksfasen. Tjenestetildelingen er en av de viktigste styringsredskapene i ressursstyringa av omsorgstjenesten.

Terskel for tildeling av tjenester er viktig for økonomistyringa. Kvaliteten på tildeling av helse- og omsorgstjenester må kontinuerlig utvikles. Dette innebærer at terskelen for tildeling av tjenester må defineres, og at både de faglige og de økonomiske kriteriene blir gjennomgått og gjort gjeldende.

For saksbehandlingsfunksjonen er det viktig å se forvaltning og koordinerende enhet i sammenheng. Dette vil sikre god flyt mellom tjenestene og målretta økonomistyring.

Ordsky 4.2-1 Hva legger du i ordet trygghet?



Deretter fikk deltakerne i oppgave å utdype og konkretiserte forståelsen av og innholdet i begrepet Trygghet i tjenesten. Deltakerne skulle drøfte og vurdere trygghet ut fra et brukerperspektiv, pårørendeperspektiv, og et leder- og tjenesteyterperspektiv. I det følgende blir hovedpunktene fra gruppedrøftingene presentert.

Brukerperspektivet:

- bli møtt med respekt og verdighet
- en individuelt tilpasset tjeneste / assistanse
- å vite at det er mulig å få hjelp når en trenger det

Pårørendeperspektivet:

- å vite at bruker får den hjelpen hun / han trenger
- at personen blir respektert for den hun / han er
- Informasjon – god dialog

Tjenesteytere og ledere:

- mulighet for assistanse, råd og veiledning
- kompetanse og mestring når det gjelder oppgavene
- faglig samarbeid og tverrfaglighet

4.3 Verdighetsgarantien

Verdighetsgarantien ble etterlyst på folkemøtet, og den presenteres her som ei rettesnor for atferd og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Opplevelsen av kvalitet og verdighet skjer i møte med andre. Samtidig etableres kvalitetssikringssystem, der rutiner og prosedyrer skal minne oss om viktigheten av riktig tjenesteatferd og at tjenesten oppleves å være av god kvalitet.

Forskriften om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) er hjemlet i Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Forskriften gjelder den eldreomsorgen som ytes i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Den får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud.

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt, forskriften § 3. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- e) Lindrende behandling og en verdig død.
- f) Å bevare og øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.
- h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

4.4 Innretning av helse- og omsorgstjenesten

Meldal kommune sine helse- og velferdstjenester skal ytes på en måte som stimulerer til tilhørighet, mestring og deltakelse⁸. Målet er riktig tjeneste til riktig tid i eget hjem, og å kunne bo hjemme lengst mulig, enten i opprinnelig hjem eller omsorgsbolig / bofellesskap med heldøgns tjeneste.

I Omsorg 2020 blir hjemmebaserte tjenester omtalt som «Den nye hjemmetjenesten» og «Brukeren sin hjemmetjeneste». Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved tildeling av bistand og i gjennomføring og utvikling av tjenestene. Dette utfordrer evnen til kommunikasjon, dialog og innsikt i det reelle behovet for bistand, og målretta utmåling av tjenesten.

Hjemmebaserte tjenester er fundamentet i helse- og velferdstjenesten

Når det gjelder innretning av helse- og velferdstjenesten, er det hjemmebasert tjeneste som er fundamentet. Ei bærekraftig hjemmetjeneste påvirkes av faktorer som terskel for tildeling av bistand i starten, og terskel for flytting til høyere omsorgsnivå. Dersom terskel for å få hjemmetjenester er for lav, kan dette like gjerne bli tilvenning til mer hjelp, som det blir målretta forebygging eller stimulans til å vedlikeholde funksjoner og aktivitet. Meldal kommunes kompetanse og satsing på habilitering / rehabilitering og hverdagsrehabilitering er viktig å videreutvikle, særlig i saksbehandling og tjenesteutmåling og organisering av tildelte tjenester.

Sykehjemmets rolle og funksjon

Sykehjemmets rolle og funksjon i den totale tjenestekjeden er avgjørende for å unngå at det oppstår flaskehals i vekslingsfeltet mellom ulike tjenester eller tjenestenivå. Tilgjengelighet til korttidsopphold, sikrer smidighet og fleksibilitet i tiltakskjeden. En velfungerende hjemmetjeneste er også avhengig av at det er etablert ambulerende nattjeneste.

Sykehjemmets rolle og funksjon er behandling, utredning og rehabilitering, enten brukeren bor hjemme, i omsorgsbolig eller bofellesskap med heldøgns tjenester. På denne måten blir sykehjemmet eller institusjonen en arena for korttidsopphold og spesialisert behandling. Dette innebærer ei tydelig målsetting for korttidsoppholdet og målretta arbeid for behandling, rehabilitering og utredning. Korttids plassene kan også være nyttige når det gjelder overgangen mellom sykehuset og eget hjem.

⁸ Meldal kommune planstrategi 2016-2019 vedtatt 30.06.16 (ks-037/16)

Korttidsopphold er ei tjeneste som er uavhengig av hvilke tjenester personen har fra før. Korttidsopphold innebærer behandling, rehabilitering eller utredning for å takle egen livssituasjon, eller for videre behandling på et annet nivå. Målet er å yte tjenester som gir personen støtte til å mestre hverdagen, både for de med størst behov for lindring og pleie, og de som trenger assistanse gjennom hele livet.

Grad av tilgjengelighet til korttids plass sier noe om samarbeidet mellom institusjonen og hjemmebasert omsorg. Når behov for korttids plass oppstår, er hovedspørsmålet om det er ledig plass. Mer viktig enn tallet på plasser, er spørsmålet om hvordan plassene blir brukt og hvilke funksjoner sykehjemmet fyller i den samlede omsorgstjenesten i kommunen.

Langtidsplass i framtida gis som heldøgns tjenester i omsorgsbolig / bofellesskap. Retten til egen heim uavhengig av behov for bistand, er nedfelt i lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene. De siste tiårenes reformer innen omsorgstjenestene har hatt stort fokus på boliggingjøringen av omsorgstjenestene, også når det gjelder eldreomsorgen.

Omsorgsbolig / bofellesskap med heldøgns tjeneste

En omsorgsbolig med heldøgns tjenester er en bolig der beboeren får den assistansen som han / hun til en hver tid har behov for og som beskrives i enkeltvedtaket. Videre kan beboeren bo der livet ut, når vedkommende ønsker det, og det er faglig forsvarlig. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, noe som sikrer beboeren mot uønsket flytting.

Når det gjelder avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, kan disse tjenestene ytes i en omsorgsbolig. Slik kan tjenestemottaker fortsatt få tjenester fra hjemmetjenesten, på samme måte som hjemme, men med tillegg av de tjenestene som pårørende yter ellers i året.

Omsorgsboliger bør bygges som bofellesskap slik at de som bor der, kan velge om de vil være i fellesarealet eller i sitt private rom. Erfaringer fra tjenesteyting i omsorgsboliger og bofellesskap, er at pårørende oftere besøker sine der, enn når de bor på en institusjon.

Kommunen kan søke Husbanken om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. Investeringstilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet tildeles kommunene gjennom Husbanken.

Gjennomsnittet av den statlige tilskuddsandel pr. boenhet er 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent pr. omsorgsbolig og 55 prosent pr. sykehjems plass. Det kan også gis inntil 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud i tilknytning til allerede eksisterende omsorgsboliger. Det er en forutsetning at dagaktivitetstilbudet omfatter beboerne i omsorgsboligene, men tilbudet kan også benyttes av andre som har et slikt behov. Veiledende størrelse på lokaler til dagaktivitetstilbud er 10 kvm pr. bruker.

På Husbankens nettsider finnes veileder og dialogverktøy for søknadsprosessen og bruken av investeringstilskuddet.

4.5 Dimensjonering av plasser for heldøgns tjenester

I dette kapitlet gjør RO en framskriving av antall institusjonsplasser og plasser med heldøgns tjenester, med utgangspunkt i KOSTRA-tall fra 2015. Framskrivninga er gjort på bakgrunn av framskriving av folketallet og befolkningsprofilen i Meldal kommune fra 2015 til 2040 etter middels nasjonal vekst, MMMM.⁹ Dette innebærer at antall plasser endrer seg med endring i andelen innbyggere 80 år og eldre av det totale innbyggertallet i kommunen.

Forutsetningene i denne framskrivinga er at folketallsframskrivinga og befolkningsprofilen etter SSB sin prognose slår til, og at innbyggerne har samme behov for tjenester som i 2015. Hensikten er likevel å få et bilde av hva som kan bli situasjonen dersom Meldal kommune fortsetter som i 2015.

Framskrivninga er gjort ut fra tre ulike alternativ:

Alternativ 1: Samme fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser som i 2015, tabell 4.5-1.

Alternativ 2: Samme fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser som i Ringebu kommune, tabell 4.5-2. Ringebu og Meldal kommune har tilnærmet samme beregnet utgiftsbehov for 2015.

Alternativ 3: Fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser ut fra en vurdering av dagens situasjon i Meldal kommune, tabell 4.5-3.

Tabell 4.5-1 Alternativ 1: Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser

| Meldal | Folketall | Andel innbyggere 80+ | Antall innbyggere 80+ | Andel institusjonsplasser 80+ | Antall institusjonsplasser | Andel sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+ | Antall sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+ | Antall HDO-plasser |
|--------|-----------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|--|---|--------------------|
| 2015 | 3954 | 7,1 | 281 | 18,1 % | 51 | 28 % | 79 | 28 |
| 2016 | 4013 | 6,8 | 273 | 18,1 % | 50 | 28 % | 77 | 27 |
| 2020 | 4164 | 6,7 | 245 | 18,1 % | 45 | 28 % | 69 | 24 |
| 2030 | 4566 | 7,1 | 326 | 18,1 % | 59 | 28 % | 92 | 33 |
| 2040 | 4895 | 8,5 | 414 | 18,1 % | 75 | 28 % | 116 | 41 |

Med samme dekningsgrad som i 2015, vil behovet for institusjonsplasser i Meldal kommune øke fra 51 til 75 plasser. Behovet for HDO-plasser vil øke fra 28 til 41 plasser. Totalt vil kommunen trenge 24 institusjonsplasser og 13 HDO-plasser, til sammen 116 plasser med heldøgns tjenester.

Det er sett bort fra faktorer som innbyggernes helsetilstand, brukers ressurser, pårørendesomsorg og frivillighet. Likevel kan vi se at i framtidig tjenesteyting, vil vi bli nødt til å utløse og ta hensyn til slike faktorer, for en best mulig helse- og velferdstjeneste. Å dimensjonere tjenestene som i 2015, vil ikke være bærekraftig fram mot 2040.

Variablene som brukes i alternativ 2 og 3, er en annen prosentvis dekning av institusjonsplasser og den totale dekningsgraden av samla antall plasser med heldøgns tjenester.

⁹ Med framskriving ut fra lav nasjonal vekst, LLML, vil antall 80 år og eldre i 2020 være omtrent på samme antall som i MMMM-alternativet. I 2030 vil det være 20 flere 80 år og eldre, og i 2040 vil det være 47 flere over 80 år, sammenlignet med MMMM-alternativet.

Med framskriving ut fra sterk aldring, LHML, vil det være 10 flere over 80 år i 2020 sammenlignet med MMMM-alternativet. I 2030 vil det være 32 flere over 80 år, og i 2040 vil det være 65 flere over 80 år.

Tabell 4.5-2 Alternativ 2: Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser

| Meldal | Folketal | Andel innbyggere 80+ | Antall innbyggere 80+ | Andel institusjonsplasser 80+ | Antall institusjonsplasser | Andel sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+ | Antall sykehjemsplasser og HDO-plasser | Antall HDO-plasser |
|-------------|----------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|--|--|--------------------|
| 2015 | 3954 | 7,1 | 281 | 18,1 % | 51 | 28 % | 79 | 28 |
| 2016 | 4013 | 6,8 | 273 | 7,7 % | 22 | 32 % | 90 | 68 |
| 2020 | 4164 | 6,7 | 245 | 7,7 % | 19 | 32 % | 79 | 60 |
| 2030 | 4566 | 7,1 | 326 | 7,7 % | 26 | 32 % | 105 | 79 |
| 2040 | 4895 | 8,7 | 414 | 7,7 % | 32 | 32 % | 133 | 101 |

Sammenligna med Ringebu kommune sine dekningsgrader for institusjonsplasser og HDO-plasser, vil Meldal kommune kunne redusere behovet for institusjonsplasser fra 51 til 32, fra 2015 til 2040. Når det gjelder HDO-plasser, vil kommunen måtte øke antallet fra 28 til 101 i samme tidsrom. Totalt innebærer dette at kommunen trenger 54 flere plasser med heldøgns tjenester i 2040 enn i 2015.

I alternativ 2 er sykehjemets rolle og funksjon i hovedsak definert som korttidsplasser for behandling, rehabilitering, utredning og spesialiserte tjenester.

Tabell 4.5-3 Alternativ 3: Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser

| Meldal | Folketal | Andel innbyggere 80+ | Antall innbyggere 80+ | Andel institusjonsplasser 80+ | Antall institusjonsplasser | Andel sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+ | Antall sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+ | Antall HDO-plasser |
|-------------|----------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|--|---|--------------------|
| 2015 | 3954 | 7,1 | 281 | 18,1 % | 51 | 28 % | 79 | 28 |
| 2016 | 4013 | 6,8 | 273 | 8,8 % | 25 | 32 % | 90 | 65 |
| 2020 | 4164 | 6,7 | 245 | 8,8 % | 22 | 32 % | 79 | 57 |
| 2030 | 4566 | 7,1 | 326 | 8,8 % | 29 | 32 % | 105 | 76 |
| 2040 | 4895 | 8,5 | 414 | 8,8 % | 37 | 32 % | 133 | 96 |

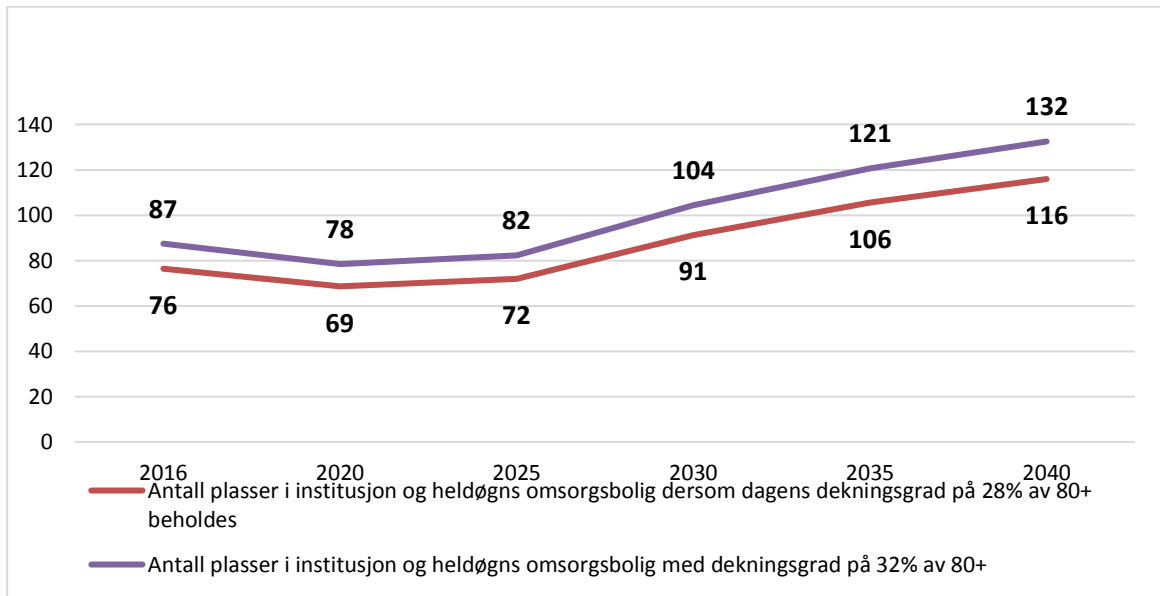
Fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser i alternativ 3 er gjort ut fra en vurdering av Meldal kommune sine erfaringer med tjenesteyting både i institusjon og omsorgsbolig i bofellesskap. Dette innebærer en dekningsgrad for institusjonsplasser på 8,8 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

Med en slik dekningsgrad vil Meldal kommune trenge 37 institusjonsplasser i 2040 mot 51 institusjonsplasser i 2015. Når det gjelder omsorgsboliger med heldøgns tjenester, HDO-plasser, vil kommunen trenge 96 boenheter i 2040 mot 28 omsorgsboliger i 2015.

Dekningsgraden for det totale antall plasser med heldøgns tjenester er 32 prosent av innbyggere 80 år og eldre, den samme i alternativ 3 som i alternativ 2. Ved å redusere denne prosenten fra 32 til 30 prosent, ville Meldal kommune redusere det totale behovet for plasser med heldøgns tjenester med 8 plasser i 2040, fra 133 plasser til 125 plasser. I 2015 er dekningsgraden for plasser med heldøgns tjenester på 28 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

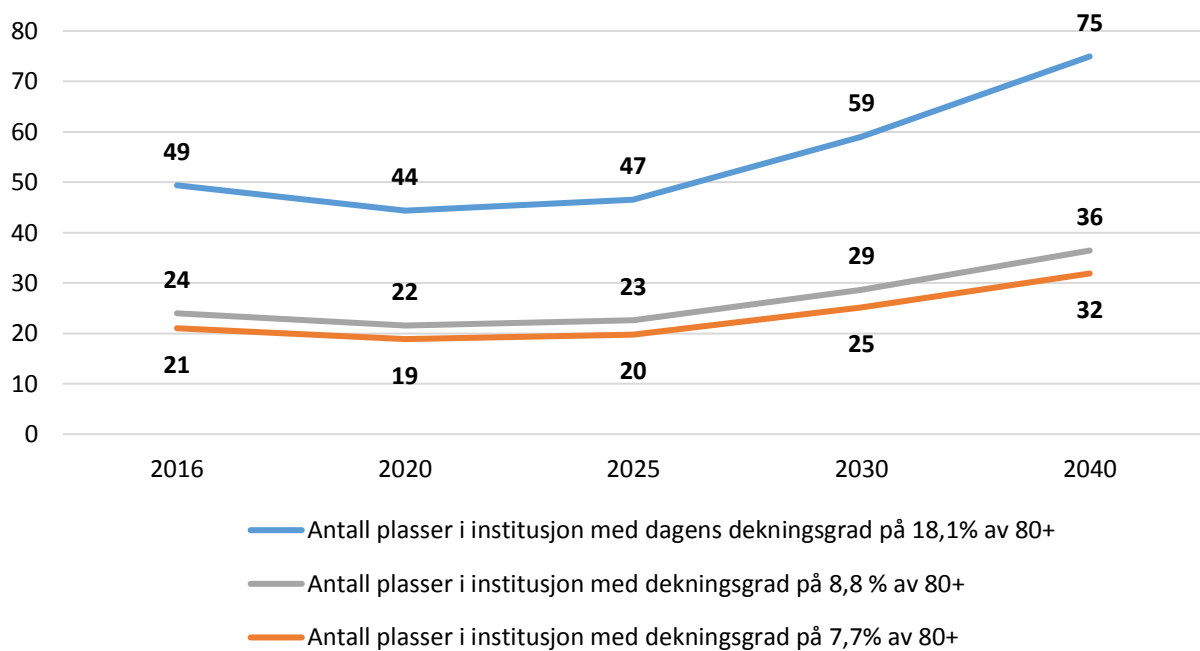
Visualisering av de tre framskrivingsalternativene

Figur 4.5-4 Framskriving av plasser – institusjon og heldøgns omsorgsboliger samlet



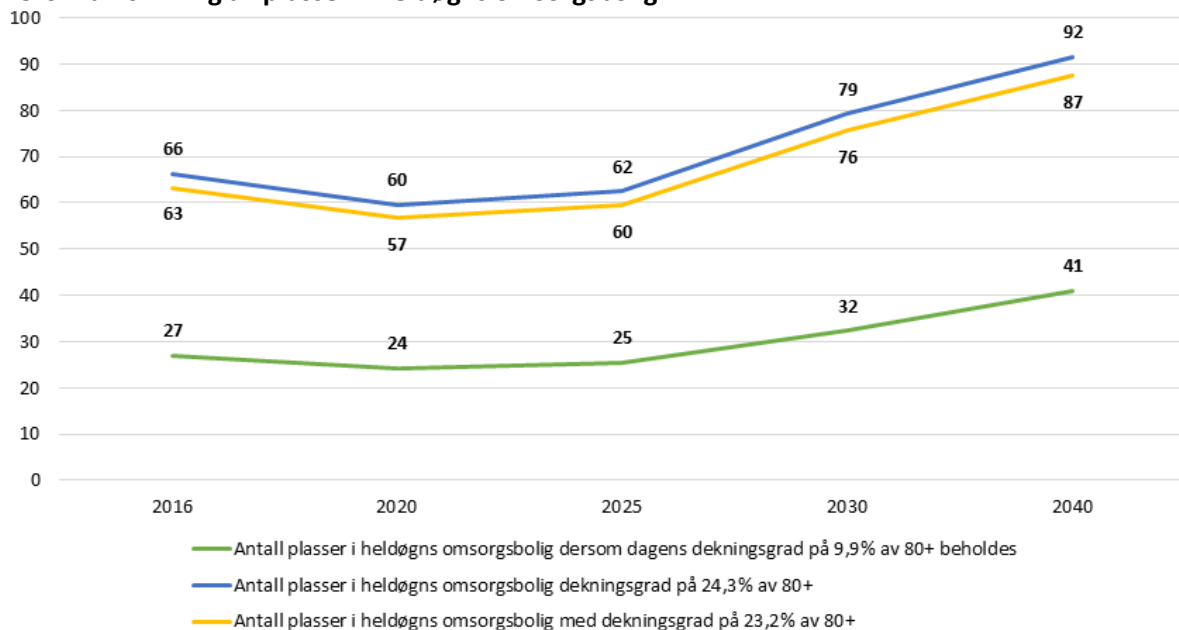
Figuren 4.5-4 viser framskriving av plasser med heldøgns tjenester samla, med en dekningsgrad på 28 prosent av innbyggere 80+, som i alternativ 1, og en dekningsgrad på 32 prosent av innbyggere 80+, som i alternativ 2 og 3.

Figur 4.5-5 Framskriving av plasser – institusjon



Figur 4.5-5 viser framskriving av institusjonsplasser ut fra dekningsgrad 18,1 prosent av innbyggere 80+, som i alternativ 1, alternativ 2 med dekningsgrad 7,7 prosent av innbyggerne 80+, og en dekningsgrad 8,8 prosent av innbyggere 80 år og eldre, som i alternativ 3.

4.5-6 Framskriving av plasser – heldøgns omsorgsbolig



Figur 4.5-6 viser framskriving av plasser i omsorgsbolig med heldøgns tjenester, HDO-plasser, for de tre alternativene:

Alternativ 1: Dekningsgrad 9,9 prosent av innbyggere 80+, se tabell 4.5-1 ($28 \% \div 18,1 \%$).

Alternativ 2: Dekningsgrad 24,3 prosent, se tabell 4.5-2 ($32 \% \div 7,7 \%$).

Alternativ 3: Dekningsgrad på 23,2 prosent, se tabell 4.5-3 ($32 \% \div 8,8 \%$).

4.6 Økonomiske konsekvenser av en eventuell omlegging av tjenestestruktur

Større satsing på hjemmebaserte tjenester og sykehjemmet som et behandlingstilbud, er en omlegging av tjenestestrukturen. Dette innebærer at den hjemmebaserte tjenesten øker i volum, og at institusjonstjenesten har færre plasser og blir mer spesialisert. En omlegging til større satsing på hjemmebaserte tjenester, vil kreve god tilgjengelighet til korttidsplasser og avlastningsplasser.

Med større satsing på hjemmebasert omsorg vil omsorgsboliger med heldøgns tjenester etter hvert erstatte langtidsplasser i institusjon som boform. I en omsorgsbolig med heldøgns tjenester, vil brukerne motta tjenestene ut fra behov og rettskrav på tjenester, jf. Lov om helse- og omsorgstjenester.

Brukerens enkeltvedtak beskriver brukers tjenestebehov enten i form av antall timer bistand i uka eller som funksjoner som brukeren skal ha bistand til. Slik gir tjenesteutmålingen i enkeltvedtaket grunnlaget for bemanningen i hjemmetjenesten, enten tjenesten gis i opprinnelig hjem eller i omsorgsbolig med heldøgns tjenester.

Når det gjelder bemanning ved institusjonen (sykehjem), tildeles tjenesten oftest som en plass, uten å spesifisere omfanget av bistanden. Slik kan bemanningen ved institusjonen beskrives som bemanning per plass.

I hjemmetjenesten er det summen av vedtakstimer per uke som er grunnlaget for bemanningen. I tillegg må det beregnes tid til kjøring mellom tjenestemottakerne, når tjenesten gis i opprinnelig hjem. Av tilgjengelig arbeidstid beregnes ofte 60 prosent til direkte brukerretna tid.

Når det gjelder organisering av tjenesten som BPA, vil assistansen innebære 100 prosent direkte brukerretna tid når assistentene arbeider hos en og samme bruker.

I omsorgsboligene er prinsippet for bemanning det samme som i hjemmetjenesten. Det er beboernes tjenestebehov som er utgangspunktet for bemanningen. En forutsigbar arbeidstidsordning skal ivareta:

- Brukeren sitt behov.
- Ansatte sine rettigheter, jf. lov og avtaleverk.
- Effektiv ressursutnyttning innenfor rammen som er gitt.

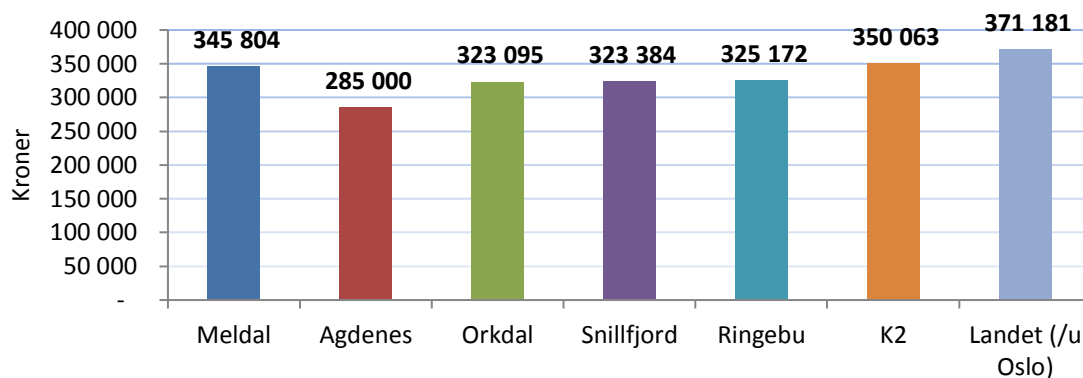
Bemanning handler også om fordeling og bruk av aktuell kompetanse. Riktig bruk av kompetanse handler om å flytte kompetansen dit det er behov for slik kompetanse. Dette innebærer at det er i hovedsak ansatte som skal flyttes, ikke først og fremst brukerne. Riktig bruk og fordeling av kompetanse i tjenesten er en viktig oppgave i utarbeidelsen av bemanningsplanen som grunnlag for valg av arbeidstidsordning, turnus. Kommunen skal sørge for at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. § 4-1, bokstav d i Helse- og omsorgstjenesteloven.

Prioritering

Figur 4.6-1 viser Meldal kommunes prioritering av pleie og omsorg per innbygger 80 år og eldre, i sammenligning med kommunene i framtidige Orkland kommune, KOSTRA-gruppe 2 og landet utenom Oslo. Sammenligningen er gjort på grunnlag av kommunenes innrapporterte regnskapstall til KOSTRA for 2015.

Meldal kommune har de høyeste netto driftsutgifter per innbygger 80 år og eldre av kommunene som skal slå seg sammen til Orkland kommune. Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 2 og gjennomsnittet for landet utenom Oslo til pleie og omsorg per innbygger 80 år og eldre er høyere enn for Meldal kommune.

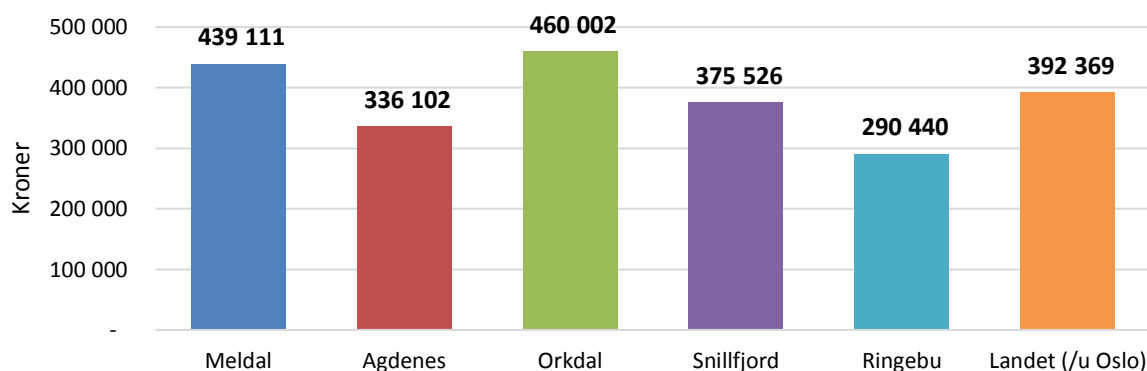
Figur 4.6.1 Netto driftsutgifter, pleie og omsorg, per innbygger 80 år og over, konsern



Produktivitet

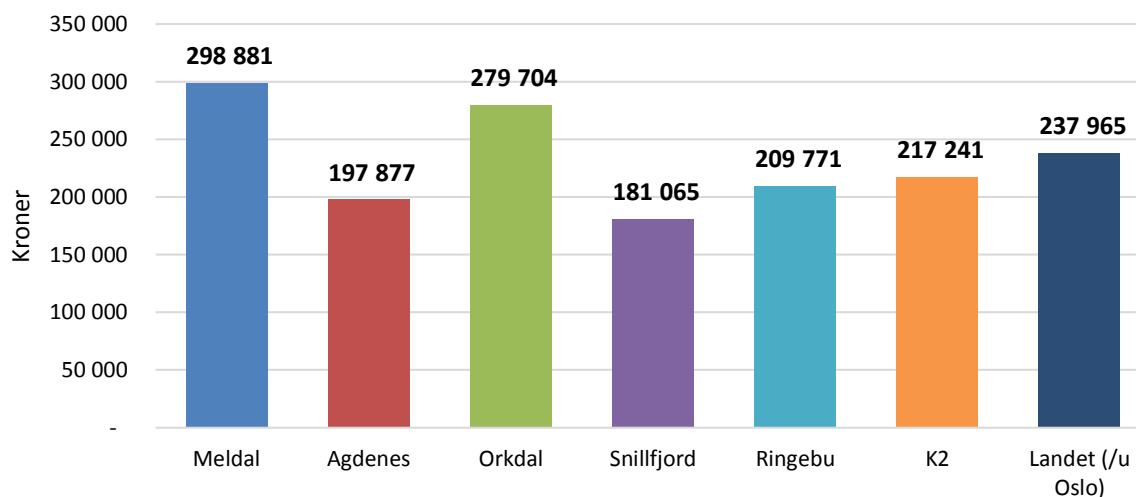
Figur 4.6-2 viser korrigerede brutto driftsutgifter per mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i et sammenlignende perspektiv. Figurene 4.6-3 og 4.6-4 viser korrigerede brutto driftsutgifter henholdsvis per mottaker av hjemmetjenester og per institusjonsplass. Korrigerede brutto driftsutgifter brukes i KOSTRA som mål på produktivitet eller enhetskostnad.

Figur 4.6-2 Korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester



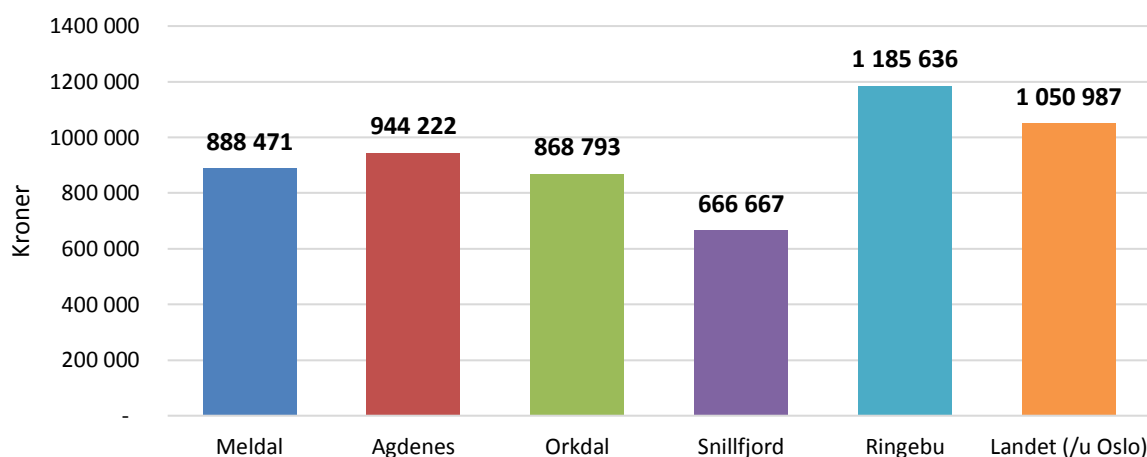
I sammenligningen er K2 tatt ut, fordi det mangler tall i KOSTRA. Meldal kommune har nest høyeste korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester i sammenligninga.

Figur 4.6-3 Korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester



Når det gjelder korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester, har Meldal kommune vel 19 000 kr høyere utgifter enn Orkdal kommune. Sammenlignet med Ringebu kommune har Meldal 89 000 kr høyere utgifter per mottaker av hjemmetjenester.

Figur 4.6-4 Korrigerede brutto driftsutgifter per kommunal plass, institusjon



I sammenligningen er K2 tatt ut, fordi det mangler tall i KOSTRA. Korrigerede brutto driftsutgifter per institusjonsplass er størst i Ringebu, den kommunen som har færrest institusjonsplasser, 7,7 prosent av innbyggere 80+, i sammenligningen. I Ringebu utgjør dette 21 institusjonsplasser. Meldal har 51 institusjonsplasser, 18,1 prosent dekning 80+.

Forklaringene på hvorfor kommuner med få institusjonsplasser har høyere enhetskostnad per plass kan finnes i bemanningen, både når det gjelder høyere kompetanse og større bemanning. En annen forklaring kan være at brukerbetaling reduseres dersom avlastning for særlig tyngende omsorgsarbeid gjennomføres ved bruk av institusjonsplass, et tilbud som er vederlagsfritt.

Tre regnestykker, økonomi og tjenestestruktur

I tabellene 4.6-1 til 4.6-3 blir korrigerede brutto driftsutgifter per institusjonsplass og korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester, ganget med antall institusjonsplasser og antall mottakere av hjemmetjenester. De tre tabellene tilsvarer de tre alternativene når det gjelder antall institusjonsplasser. Når det gjelder antall mottakere av hjemmetjenester, er disse framskrevet ut fra

andelen innbyggere 80 år og eldre, ut fra samme behov som i 2015. Dette betyr at summen for hjemmetjenester i tabellene, gjelder for alle mottakere av hjemmetjenester, enten de bor i opprinnelig bolig eller i omsorgsbolig med heldøgns tjenester, bofellesskap.

Regnestykket er laget for å gi et bilde av sammenhengen mellom omfanget av hjemmetjenester og antall institusjonsplasser for kommunens utgifter. Variablene i regnestykket er befolkningsframskrivningen, folketallsprofilen, antall mottakere av hjemmetjenester totalt, og de tre alternativene for antall institusjonsplasser.

Det er ikke tatt hensyn til andre viktige faktorer som nye arbeidsmåter i hjemmetjenesten, for eksempel hverdagsrehabilitering og tjenstedesign. Det er heller ikke tatt hensyn til at innbyggerne tar mer og mer ansvar for egen helse, og at satsinga innen folkehelse gir resultat.

Tabell 4.6-1 Alternativ 1, drift av plasser med utgangspunkt i KOSTRA-tall 2015

| Meldal | Institu- sjons- plasser Antall 18,1 % 80+ | Pris per plass i 2015-kr | Mill. kr | Hjemme- tjeneste mottakere per innbygger 80+ | Pris per mottaker av hjemme- tjenester | Mill. kr | Sum mill. kr |
|--------|---|--------------------------------|----------|---|---|----------|-----------------|
| 2015 | 51 | 888 471 | 45,3 | 193 | 298 881 | 57,7 | 103 |
| 2016 | 50 | 888 471 | 44,4 | 187 | 298 881 | 55,9 | 100,3 |
| 2020 | 45 | 888 471 | 40,0 | 168 | 298 881 | 50,2 | 90,2 |
| 2030 | 59 | 888 471 | 52,4 | 224 | 298 881 | 66,9 | 119,3 |
| 2040 | 75 | 888 471 | 66,6 | 284 | 298 881 | 84,9 | 151,5 |

Dersom Meldal kommune skulle drifte omsorgstjenestene som i 2015, ville utgiftene øke med 50 mill. kr fra 2015 til 2040.

Tabell 4.6-2 Alternativ 2, drift av plasser med utgangspunkt i KOSTRA-tall 2015

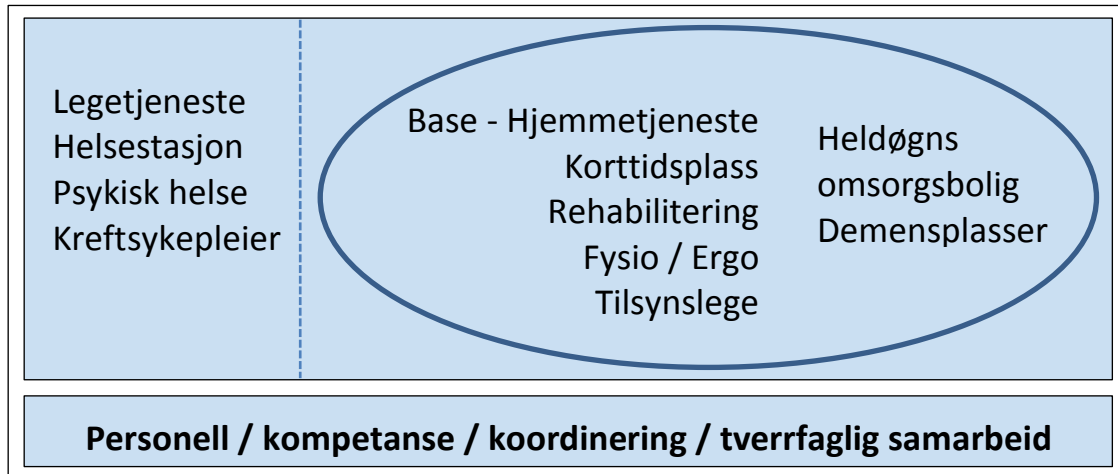
| Meldal | Institu- sjons- plasser Antall 7,7 % 80+ | Pris per plass i 2015-kr | Mill. kr | Hjemme- tjeneste mottakere | Pris per mottaker av hjemme- tjenester | Mill. kr | Sum mill. kr |
|--------|--|--------------------------------|----------|----------------------------------|---|----------|-----------------|
| 2015 | 51 | 888 471 | 45,3 | 193 | 298 881 | 57,7 | 103 |
| 2016 | 22 | 888 471 | 19,5 | 215 | 298 881 | 64,3 | 83,8 |
| 2020 | 19 | 888 471 | 16,9 | 194 | 298 881 | 58,0 | 74,9 |
| 2030 | 26 | 888 471 | 23,1 | 257 | 298 881 | 76,8 | 99,9 |
| 2040 | 32 | 888 471 | 28,4 | 327 | 298 881 | 97,7 | 126,1 |

Dersom Meldal kommune skulle drifte omsorgstjenestene med samme fordelingsprofil mellom institusjonsplasser og HDO-plasser som Ringebu i 2015, ville utgiftene øke med 23 mill. kr fra 2015 til 2040.

5.2 Forslag til samlokalisering

Gjennom intervjuprogrammet og arbeidet i arbeidsgruppa ble tjenestens erfaring med tverrfaglig samarbeid understreket. Samlokalisering som et viktig bidrag som letter og understøtter kontakten og muligheten for å dele kunnskap om felles utfordringer, for å finne kvalitative og ressurseffektive løsninger som gagnar helheten i tjenesten.

Figur 5.2-1 «Nye» Meldal Helsetun



Det anbefales at tjenestene innen helse- og velferdstjenesten som skal lokaliseres i Meldal, samlokaliseres i «Nye» Meldal Helsetun. Legetjenesten og helsestasjonen har i dag leieavtaler med langvarige forpliktelser. Disse må avklares i lokaliseringsprosessen.

I figur 5.2-1 prøver vi å synliggjøre at man opprettholder samlokalisering av lege og helsestasjon dersom det ikke lar seg gjøre å samle alle tjeneste på ett sted.

Når det gjelder framtidige omsorgsboliger med heldøgns tjenester, bør disse lokaliseres i nærheten av tjenestebasen.

5.3 Tjeneste- og personalbase – Helsetunets hjerte

Organisering av helse- og omsorgstjenesten må ta utgangspunkt i primæroppgavene og satsingsområdene. Ei hensiktsmessig organisering må gi grunnlag for oversikt, samarbeid og felles bruk av ressurser, der dette er nødvendig. Organiseringa gjelder også rom for felles fora for samråding, kompetansedeling og refleksjon over arbeidsmåter og tjenesteatferd i tjenesteytinga.

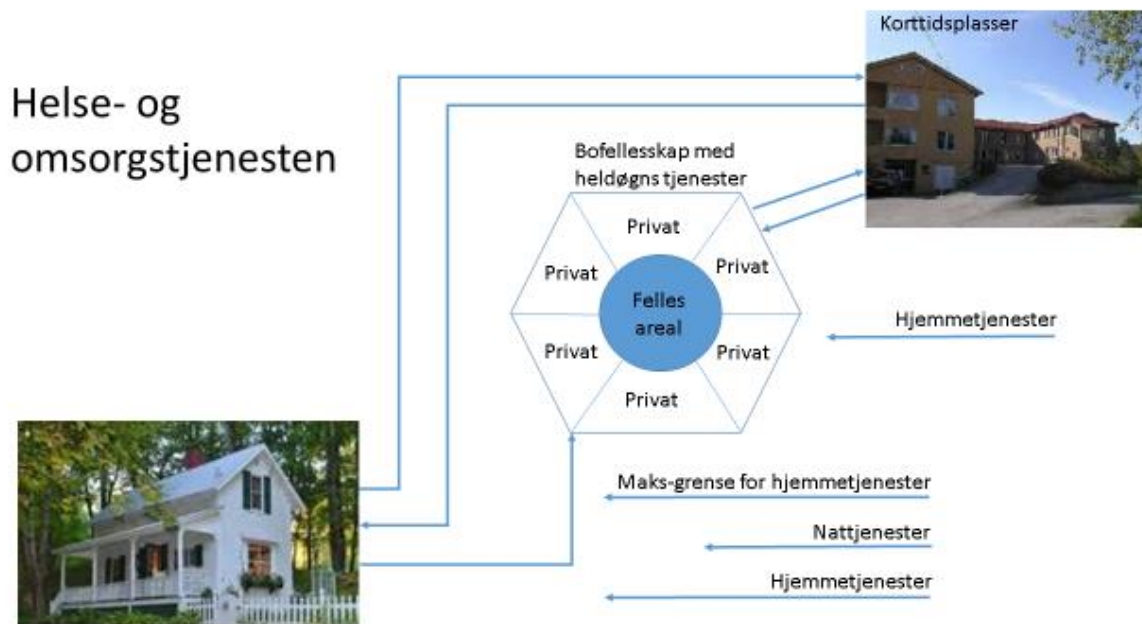
6. Tilråding

6.1 Innretning av helse- og omsorgstjenesten

Hjemmebasert tjeneste er grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at hjemmebasert omsorg, sammen med nystarta hverdagsrehabilitering, skal bistå på en slik måte at tjenestemottakerne kan bo hjemme lengst mulig. Forutsetning for ei funksjonell hjemmetjeneste er tilgjengelige korttidsplasser og nattjeneste.

Langtidsplass i framtida gis som heldøgns tjenester i omsorgsbolig / bofelleskap. En omsorgsbolig med heldøgns tjeneste (HDO-plass) er en bolig der du får tjenester etter behov, og der du kan bo livet ut. Omsorgsboligene bør i hovedsak bygges som bofelleskap, slik at bofelleskapa utgjør arena for tjenestemottakerne med de største behovene, for tjenester gjennom heile døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærma lik som ved et nytt sykehjem. Bofelleskap fungerer også som arena for tilrettelagte tilbud for innbyggere med demens. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, og betaling for tjenestene er som for hjemmetjenestene.

Institusjonsplassene brukes i hovedsak til behandling, utredning og rehabilitering, og drives i hovedsak som korttidsplasser. Tilgjengelighet til korttidsplass er en forutsetning for ei funksjonell og bærekraftig hjemmetjeneste. Vederlagsforskriften regulerer betaling for institusjonsopphold.



6.2 Dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten

- Det totale antall plasser med heldøgns tjenester dimensjoneres til 32 prosent av innbyggere 80 år og eldre i kommunen. I denne prosenten inngår institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester.
- Antall institusjonsplasser dimensjoneres til 8,8 prosent av innbyggere 80 år og eldre.
- Antall HDO-plasser, omsorgsboliger med heldøgns tjenester, dimensjoneres til 23,2 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

6.3 «Nye» Meldal Helsetun

Med bakgrunn i rapport om vurderinga av bygningsmasse fra ON Arkitekter og Ingeniører AS, samt ROs kartlegging av byggets tilstand, alder og funksjonalitet, anbefales det at det gamle bygget saneres og at det bygges nytt.

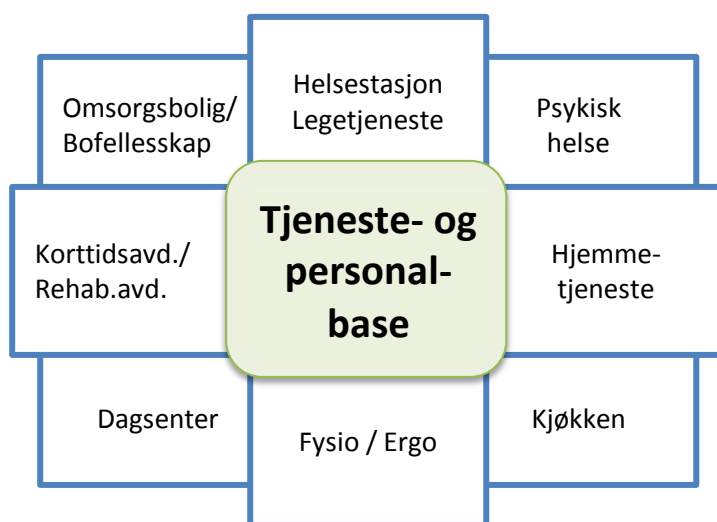
Det anbefales videre å starte med lokaliseringdebatt og avklaring så tidlig som mulig.

Det anbefales å starte planlegging og dimensjonering av areal nå, med økonomiske rammer og framtidig innretning som utgangspunkt.

RO anbefaler stor grad av samlokalisering i «nye» Meldal Helsetun. For «Nye» Meldal Helsetun er samlokalisering av de ulike tjenestene innen helse og velferd et egnet virkemiddel for å nå de målene som kommunen har satt seg.

Stor grad av samlokalisering vil kunne støtte opp under de gode erfaringene Meldal allerede har med tverrfaglig samarbeid. En samlokalisert tjeneste skaper nødvendig kontakt mellom tjenesteyterne slik at kunnskap kan deles og utfordringer drøftes. RO mener at utstrakt samlokalisering vil legge grunnlaget for god ressursutnyttelse og et inspirerende og utviklende arbeidsmiljø.

Prinsippkissen viser tjeneste- og personalbasen som «hjertet» i «Nye» Meldal Helsetun. Den direkte kontakten med de ulike deltjenester er det store fortrinnet som vil bidra til kvalitativt gode tjenester og effektiv ressursutnyttelse.



Det anbefales at det etableres heldøgns omsorgsboliger i tilknytning til nytt helsetun. Videre anbefales det at bygninger av nyere dato som ikke skal saneres rehabiliteres / opprustet til å møte dagens og framtidens krav til utforming og teknologi.

6.4 Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten

Det er de interne prioriteringene som blir gjort i helse- og omsorgstjenesten, som i stor grad avgjør om tjenestene er ressurseffektive eller ikke. Utfordringa er å treffe det reelle behovet for bistand og skape brukeren sitt tjenesteforløp. Balansen i omsorgstrappa er avgjørende for ei kvalitativt god og ressurseffektiv tjeneste.

- Saksbehandling / tjenestetildeling, funksjonen koordinerende enhet og hverdagsrehabilitering ses i sammenheng og har felles ansvar for målretta tjenestetildeling.

RO anbefaler at tjenestetildelingsfunksjonen gis ekstra oppmerksomhet og videreutvikling, fordi dette er en av nøkkelfunksjonene i den omstillinga som kommunen ønsker for framtidig bærekraft.

- RO vil anbefale at det gjennomføres arbeid med alternative turnuser med brei involvering av ledere, tillitsvalgte og ansatte. Målet bør være en arbeidstidsordning med mest mulig hele stillinger, både av hensyn til brukernes behov, ansattes rettigheter, jf. Lov og avtaleverk, og behovet for god ressursutnyttelse og økonomistyring.
- RO vil anbefale et utviklingsprogram med fokus på framtidig tjenesteyting for alle ansatte. Ei forsterka satsing på hjemmebasert omsorg, betinger endring i tankesett og arbeidsmåter som bygger opp om brukeren sine verdier og livskvalitet. Tema som hverdagsrehabilitering, nye faglige tilnærminger, kommunikasjon og teknologiske løsninger krever tid og rom for at tanker og ideer kan omsettes til praktisk tjenesteyting. Refleksjon og nytenking er avgjørende i utviklinga av ei helse- og velferdstjeneste som er tilpassa framtidig drift og tjenesteyting i Meldal. En spennende og utfordrende arbeidsplass er den sterkeste enkeltfaktoren for å tiltrekke seg kompetanse og framtidig arbeidskraft. Dette betinger ei helhetlig tenking innen hele helse- og velferdstjenesten.
- Strukturelle og andre endringer som ønskes gjennomført, trenger brei forankring, dvs. at innbyggerne må kjenne til bakgrunnen for og hensikten med endringene. Derfor anbefaler RO at kommunen initierer en slik forankringsprosess, der informasjon og dialog står sentralt.
- I den nye kommunen skal de mest spesialiserte tjenestene innen helse og sosial samles i sterke og kompetente fagmiljøer, som også skal prioritere tilstedeværelse i tverrfaglige samarbeid ute hos enhetene. Meldal kommune har over tid utviklet god kompetanse innen rehabilitering gjennom tverrfaglig samarbeid. RO vil anbefale at denne kompetansen danner grunnlaget for å etablere den nye kommunen sitt felles rehabiliteringstilbud.

Lokalisering - notat 26.05.17

Arbeidsgruppen har sett på alternativer til lokalisering på samme tomt som i dag. Og da er det spesielt sett på mulighetene i Meldal sentrum og ved Løvbytunet i tillegg til dagens lokalisering.

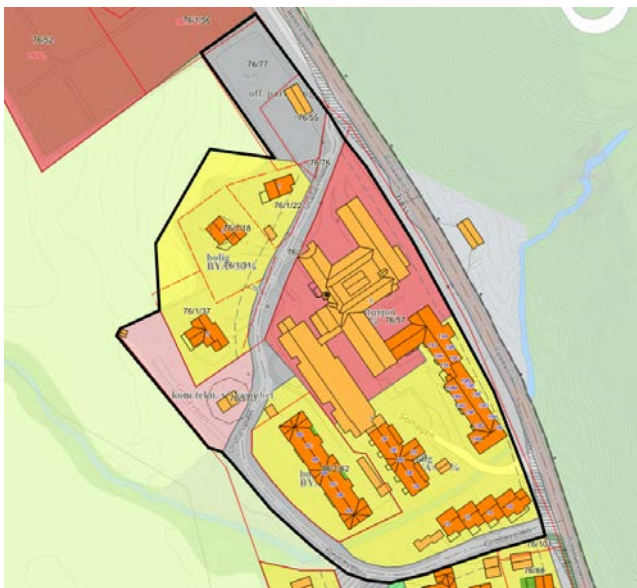
Dagens lokalisering

Dagens Meldal Helsetun er samlokalisert med en del av kommunens omsorgsboliger. Oversikten nedenfor viser arealet på takflatene:

- Meldal Helsetun 1.743 m², med 2 etg. + kjeller/sokkel
- Heimtun 916 m² med 1 etg. + sokkel
- Solhagen AD 975 m² med 1 etg. med 12 HDO-leiligheter, fellesareal og 3 institusjonsplasser
- Solhagen PU 404 m² med 1 etg.

Til sammen omfatter dette et takflateareal på over 4.000 m². Det bebygde arealet er enda større da verandaer, tekniske anlegg og frittliggende uthus kommer i tillegg.

I tillegg kommer til sammen 6 trygdeboliger og gjennomgangsboliger i kommunal eie innenfor det markerte området.



| Reguleringsformål (innenfor svart strek) | Areal, m ² (ca.) | Eier | Fester |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Institusjon (Helsetunet, stordelen av Solhagen AD) | 5.559 | Meldal kommune | |
| Parkering | 1.918 81 | Meldal kommune Opplysningsv. fond | Meldal kommune |
| Vegareal | 2.783 | Meldal kommune | |
| Boligareal (Heimtun, Solhagen PU, litt av Solhagen AD, rekkehus på sørsida av Grøta) | 5.648 | Meldal kommune | |
| Boligareal (Sanitetsboligene) | 2.506 70 | Opplysningsv. fond Meldal kommune | Meldal sanitetsforening |
| Boligareal (3 eneboliger + noe areal brukt til landbruk i dag) | 4.359 | Opplysningsv. fond | Meldal kommune (2 boliger) |

| | | | |
|-------------------------------|--------|----------------|--------------------------------|
| | | | Tore Gjerstad (1 bolig) |
| Kommunalteknisk virksomhet | 1.503 | Meldal kommune | Orkla Trebrensel (punkt feste) |
| Sum areal innenfor svart stek | 24.427 | | |

Området ligger innenfor NVE's aktsomhetsområde for flom og jord- og flomskred (med unntak av parkeringsplassen), og snøskred. Deler av Heimtun og rekkehusene langs Grøtaveien (sør) ligger innenfor aktsomhetsområdet for steinsprang.

Meldal sentrum

Med utgangspunkt i at legekantor, helsestasjon, psykisk helse og privat fysioterapitjeneste er lokalisert i Sentrumsbygget, har arbeidsgruppen sett på om det kan være mulig å bygge nytt helsetun og nye omsorgsboliger i tilknytning til Sentrumsbygget. Sentrumsbygget har i dag en takflate på 1.422 m² og er bygd i 1 etg. med sokkel og kjeller.



| Reguleringsformål (innenfor svart strek) | Areal, m ² (ca.) | Eier | Fester |
|--|-----------------------------|-----------------------|--------|
| Sentrumsformål | 6.897 | Sentrumsbygget AS | |
| Vegformål | 930 | Sentrumsbygget AS | |
| Boligformål | 3.778 | John Eystein Grefstad | |
| Sum areal innenfor svart strek | 11.604 | | |

Utenfor det markerte arealet (svart strek) ligger flere arealer regulert til sentrumsformål. Det omfatter eiendommene 73/31, 76/10, 76/62 og 76/11/1 som i dag er benyttet enten til bolig eller kontor. Samlet areal på alle disse eiendommene er ca. 6.790 m².

Arealet kommer i sin helhet innenfor NVE's aktsomhetsområde for flom.

Løvbytunet

På Løvbytunet har kommunen i dag 20 omsorgsleiligheter i tillegg til personalbase. 7 av leilighetene hovedsakelig bygd på areal regulert til friområde. Dagens omsorgsboliger og personalbase har en takflate på 2.708 m². Alle leiligheter er bygd med 1 etg. Personalbasen har 2 etg. I tillegg kommer 3 garasjebygninger.



| Reguleringsformål (innenfor svart strek) | Areal, m2 (ca.) | Eier |
|--|-----------------|--------------------------|
| Bolig | 5.445 | Meldal kommune |
| Offentlig friområde | 3.725 | Meldal kommune |
| | 140 | Sør-Tr.lag fylkeskommune |
| Vegareal | 1000 | Meldal kommune |
| Offentlig undervisning | 190 | Meldal kommune |
| Sum areal innenfor svart strek | 10.500 | |

Arealet kommer i sin helhet innenfor NVE's aktsomhetsområde for flom.

Generelt

NVE's aktsomhetskart viser områder med potensiell fare og er ment som et grunnlag for en første vurdering i områder der faren ikke er kartlagt mer detaljert.

For Orkla oppstrøms Bjørsetdammen er der utarbeidet flomsonekart. Både Sentrumsbygget og Helsetunområdet faller utenfor forventet 500-års flom i Orkla.

Det har ikke vært dialog med eventuelle berørte grunneiere.

MØTE I ARBEIDSGRUPPA FOR FRAMTIDAS HELSE- OG OMSORGSTJENESTE 01.06.17

Til stede: Olav Huseby (Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne), Rolf Inge Furuhaug (Eldrerådet), Janne Løkkbakk (Fagforbundet), Monica Syrstad (hovedverneombud), Ann-Lisbeth Tøndel (kommunalsjef HO), Roy Fritzon (økonomisjef), Jorunn Kissten (sykepleierforbundet), Bente Ratøyen (seksjonsleder hjemmetjenesten), Unni Resell (seksjonsleder Meldal Helsetun), Ole Edward Sandvik (seksjonsleder hjemmetjenesten), Siri Eithun (kommunalsjef LT)

Forfall: Ola Wold (seksjonsleder Drift)

Arbeidsgruppa drøftet saksbehandlerens foreløpige forslag til saksframlegg utsendt før møtet og konkluderte slik:

Arbeidsgruppa stiller seg bak vurderingene og hovedkonklusjonene i rådmannens foreløpige saksframlegg.

Om det foreløpige forslaget til vedtak:

1) Innretning og dimensjonering

Som forslaget med følgende tillegg etter 1. avsnitt

Planleggingen tar utgangspunkt i en dimensjonering ut fra behov fram mot 2030, men det bør legges opp til en fleksibilitet både for færre og flere plasser, og for omgjøring mellom type tilbud.

2) Lokalisering

Et flertall i arbeidsgruppa ønsker lokalisering ved dagens Meldal Helsetun. Representanten fra Eldrerådet peker på en mulig utredning av lokalisering øst for Meldal barne- og ungdomsskole/Grefstad barnehage.

Annet:

Arbeidsgruppa ber rådmannen og styringsgruppa se på mulighetene for et pilotprosjekt for teknologiske løsninger, herunder mulighetene for tilskudd og/eller forskningsmidler.

Arbeidsgruppas konklusjon blir da slik:

1) Innretning og dimensjonering

Ny pleie- og omsorgsløsning fram mot 2030 baseres på følgende grunnprinsipp:

- 35 av dagens 38 langtidsplasser ved Meldal Helsetun nedhjemles til heldøgns omsorgsplasser (HDO). En beholder dagens 3 plasser i Solhagen AD som langtidsplasser
- Nedhjemling skjer ved ferdigtilling av nye omsorgsboliger med HDO
- Antall korttidsplasser økes fra 10 til 22
- Dagens 18 plasser ved «Heimtun» gjøres om til HDO-plasser, og samlokaliseres (fortsatt) med den nye institusjonen. Dette medfører at bygget «Heimtun» saneres med tanke på nybygging
- Dagens 9 plasser med fellesareal ved «Løvbytunet» oppgraderes til HDO-plasser.
- Dagsenterløsning for eldre (og demente) legges til institusjonen

- I sum medfører dette at planleggingen tar utgangspunkt i :
 - 3 institusjonsplasser langtid
 - 22 institusjonsplasser korttid
 - 3 institusjonsplasser demens
 - 35 HDO som erstatter langtids plassene ved institusjonen
 - 18 HDO som erstatter Heimtun
 - 9 HDO ved Løvbytunet

Planleggingen tar utgangspunkt i en dimensjonering ut fra behov fram mot 2030, men det bør legges opp til en fleksibilitet både for færre og flere plasser, og for omgjøring mellom type tilbud.

Utredningen skal også alternativt vurdere ny helse- og omsorgsløsning som medfører samlokalisering av de tjenester som i dag er lokalisert ved Meldal Helsetun, samt legekantor, helsestasjon og psykisk helse som er lokalisert i Sentrumsbygget. Denne delutredningen skal også se hen til en helhetlig vurdering av sentrumsområdet i Meldal.

Utredningen skal også avklare sakens økonomiske rammer så langt dette lar seg gjøre, herunder pris på nye bygg, FDV-kostnader og øvrige relevante forhold.

2) Lokalisering

Ny institusjon og heldøgns omsorgsplasser (HDO) lokaliseres i tilknytning til dagens arealer ved Meldal Helsetun/Heimtun.

ROMPROGRAM NYTT HELSETUN I MELDAL, (registrering nr 2, 30.03.2017)

Foreløpig kartlegging av rombehov/ønskeliste

| ROM NR. | ROM/ FORMÅL | ANTALL | AREAL, m2 | SPES. |
|---------|-------------|--------|-----------|-------|
|---------|-------------|--------|-----------|-------|

KJØKKE MM (Tom B. Mardal)

| | | | | |
|----|------------------|---|----|--|
| 1 | TØRRVARELAGER | 1 | 25 | 1 evt. 2 rom (tørrvarer/ nonfood) |
| 2 | KJØLEROM | 1 | 40 | 2 vnt. 3 rom |
| 3 | FRYSEROM | 1 | 30 | 1 evt. 2 rom |
| 4 | VAREMOTTAK | 1 | 15 | |
| 5 | GANG/ KORRIDOR | 1 | 10 | |
| 5 | KONTOR/ SPISEROM | 1 | 20 | |
| 7 | GROVKJØKKEN | 1 | 20 | Base matombringing/ dør ut, evt |
| 8 | KJØKKEN | 1 | 90 | Inkl. skrub 10 m2 |
| 9 | OPPVASK | 1 | 30 | Ren/ skitten sone. Inkl. lager rent service. |
| 10 | SKRUBB | | | Alternativt, areal inkl. i kjøkken |
| 11 | LAGER | 1 | 10 | Utstyr m.m. |

290

GARDEROBE/ WC
SPISESAL/ KANTINE

Personalbase felles
Hvordan løses dette? Spisesal 80 m2 i dag

ROMGRUPPE LEDERE (Bente R.)

| | | | | |
|----|---------------------|---|----|-------------------------------|
| 12 | KONTORER | 6 | 90 | |
| 13 | MØTEROM | 2 | 40 | 2 møterom for inntil 20 pers. |
| 14 | UNDERVISNING/ AMFI | 1 | 90 | Rom for inntil 50 pers. |
| 15 | SAMTALEROM | 1 | 15 | Rom for inntil 4 pers. |
| 16 | VENTEROM PSY. HELSE | 1 | 10 | |

245

SKRANKE/ EKSPEDISJON (Ingrid)

| | | | | |
|----|--------------------|---|----|--------------------------------------|
| 17 | SKRANKE | 1 | 12 | Hjemmetj. Og helsetunet |
| 18 | SKRANKE | 1 | 12 | Psykisk helse |
| 19 | KONTOR | 3 | 30 | Ett eller to rom |
| 20 | KONTORPlass | 1 | 12 | Tildelingkontor, 2 plasser |
| 21 | KOPIROM/ LAGER MM | 1 | 25 | |
| 22 | GARDEROBE/ TOALETT | 1 | 15 | Inkl. rom ledere |
| 23 | MINIKJØKKEN | 1 | 5 | |
| 24 | FJERNARKIV | 1 | 40 | Felles hj.tj., hjemmes p. og helstun |

151

HJEMMETJENESTEN (Kirsti)

| | | | | |
|----|--------------------|---|----|------------------------------|
| 25 | KONTOR | 3 | 36 | |
| 26 | BRUKERROM | 1 | 4 | Medisinering brukere på helg |
| 27 | LISTESKRIVERIM | 1 | 8 | |
| 28 | ROM ARBEIDSPlassER | 3 | 24 | Egne rom |
| 29 | KOPIERINGSROM MM | 1 | 12 | |
| 30 | MØTEROM | 1 | 25 | |
| 31 | GARDEROBE M/ VASK | 1 | 15 | |
| 32 | TOALETT | 1 | 3 | |
| 33 | MØTEROM | 1 | 12 | |
| 34 | LAGER | 1 | 15 | Medisinsk utstyr |
| 35 | LAGER | 1 | 8 | Bleier, hansker, mm |

| | | | | |
|----|------------|---|-----|--------------|
| 36 | GARASJE | 1 | 120 | Arbeidsbiler |
| 37 | VASK BILER | 1 | 35 | |

317

DAGSENER (Rita R. Hårstad)

Det ønskes at det er dagsenter ved Meldal aktivitetssenter og i det nye sykehjemmet.

DAGSENER AKTIVITETSSENTER (Areal som i dag)

DAGSENER NYE SYKEHJEM

| | | | | |
|----|-----------------|---|----|--|
| 38 | "NYSTUGGU" | 1 | 50 | Rom tilsv. dagens nystuggu(Stort nok) |
| 39 | LAGER | 1 | 6 | Div. utsyr (Julepynt, lys, krukker, mm |
| 40 | KJØKKEN | 1 | 30 | |
| 41 | VASKEROM | 1 | 6 | |
| 42 | BIBLIOTEK | 1 | 20 | |
| 43 | VINTERHAGE | 1 | 15 | |
| 44 | KONTOR/ MØTEROM | 1 | 15 | |

142

FRISKLIV OG REHABILITERING (Berit ?)

| | | | | |
|----|-------------------|---|----|---------------------------------|
| 45 | TRENINGSROM | 1 | 80 | Tilknyttet avdeling |
| 46 | BEHANDLINGSROM | 1 | 12 | Eget rom tilknyttet treningsrom |
| 47 | KONTOR | 1 | 14 | Fysioterapaut |
| 48 | KONTOR | 1 | 14 | Hverdagsrehab. 3 arbeidsplasser |
| 49 | KONTOR/ SAMT. ROM | 1 | 12 | |
| 50 | LAGER | 1 | 6 | |
| 51 | HCWC | 1 | 7 | |

145

KORTTIDS-/ REHAB. AVDELING (Berit D. Blokkum)

| | | | | |
|----|-------------------|----|-----|--|
| 52 | BEBOERROM, 28 m2 | 22 | 616 | |
| 53 | BEBOERROM, 28 m2 | 2 | 56 | Sjermede rom |
| 54 | BEBOERROM, 28 m2 | 2 | 60 | "Palliative senger", m/ kjøkkenkrok mm |
| 55 | GJESTEROM | 1 | 15 | Rom for pårørende |
| 56 | SMITTEROM | 2 | 60 | Rom med sluse |
| 57 | SKYLLEROM | 3 | 24 | |
| 58 | LAGER | 3 | 18 | Medisinsk forb. materiell, pr. 10 beboer |
| 59 | LAGER | 3 | 18 | Lintøyrom/ bleier, pr. 10 beboer |
| 60 | BØTTEKOTT | 3 | 12 | Pr. 10 beboer |
| 61 | FELLES BAD | 1 | 15 | Med kar og heis |
| 62 | SPA AVD. | 1 | 25 | Fotpleie, frisør, massasjebenk mm/ deles |
| 63 | SANSEROM | 1 | 8 | |
| 64 | TRENINGSROM | 1 | 80 | Evt. sammen med ergio/ fysio |
| 65 | TRENINGSKJØKKEN | 1 | 12 | |
| 66 | AKTIVITETSROM | 1 | 30 | |
| 67 | VAKTROM | 1 | 20 | Felles |
| 68 | LEGE/ UNDERS. ROM | 1 | 12 | |
| 69 | OBSERVASJONSROM | 1 | 25 | Ved vaktrom |
| 70 | RAPPORTROM | 3 | 36 | Ett rom pr. 10 beboer |
| 71 | KONTOR | 1 | 12 | Avd. sykepleier |
| 72 | KONTOR | 1 | 8 | Ass. avd. sykepleier |
| 73 | SKRIVESTUE | 1 | 8 | |
| 74 | MEDISINROM | 1 | 16 | |
| 75 | LAGER | 1 | 18 | Medisinsk forb. materiell. Stort lager |
| 76 | LAGER | 1 | 16 | Bleier mm. Stort lager |

| | | | | |
|----|-------------------|---|-----|--|
| 77 | LAGER | 1 | 20 | Hjelpemiddel lager |
| 78 | SEREMONIROM | 1 | 40 | I tilknytning til bårerom |
| 79 | BÅREROM | 1 | 20 | Kjølerom. Skjermet og egen utgang |
| 80 | HCWC | 1 | 7 | Besøkende, ved utgang |
| 81 | WC | 3 | 3 | Pr. 10 beboer |
| 82 | KANTINE (KAFFE) | 1 | 200 | Egen avdeling for ansatte inkl. |
| 83 | LABRATORIUM | 1 | 20 | |
| 84 | UNDERVISNINGSRUM | | | Tatt med under annen gruppe |
| 85 | DAGSENTER BRUKERE | | | Tatt med under annen gruppe |
| 86 | VASKERI | 1 | 50 | Privat tøy |
| 87 | GARDEROBER | 1 | 100 | Damer inkl. san. rom |
| 88 | GARDEROBER | 1 | 30 | Herrer, inkl. san. rom |
| 89 | UTEBOD | | | Annen gruppe. Møbler mm |
| 93 | UTEBOD | | | Annen gruppe. Sparkes, rullestoler, mm |
| 90 | SØPPELROM | 1 | | Se vaktmester |
| 91 | SKITTENTØYROM | | | Se vaktmester |
| 92 | STUE | 3 | 225 | |
| 93 | SPISESTUE | 3 | 150 | |
| 94 | KJØKKEN | 3 | 75 | |

2160

AKTIVITØRER

| | | | | |
|----|-------------------|---|----|--------------------|
| 95 | ARBEIDSSTUE | 1 | 80 | Deles i mindre rom |
| 96 | LAGER | 1 | 20 | |
| 97 | STORSTUE/ FESTSAL | 1 | | Kantine? |
| 98 | MIMRESTUE | 1 | 30 | |

130

LEGEKONTOR (Lene Selbekk)

| | | | | |
|-----|-------------------|---|-----|--------------------------|
| 99 | KONTORER | 6 | 108 | |
| 100 | GU ROM | 5 | 45 | |
| 101 | UNDERSØKELSESRUM | 3 | 40 | |
| 102 | LAGER | 1 | 10 | |
| 103 | ARKIV | 1 | 6 | |
| 104 | HCWC | 1 | 7 | |
| 105 | VENTEROM | 1 | 40 | |
| 106 | SPISEROM/ MØTEROM | 1 | 15 | |
| 107 | Ekspedisjon | 1 | 12 | |
| 108 | GARDEROBE | 2 | 20 | Garderobes m/ dusj og WC |
| 109 | GANGAREAL | 1 | 40 | |

343

HELSESTASJON

| | | | | |
|-----|------------------|---|----|--------------|
| 110 | KONTOR | 6 | 84 | |
| 111 | HELSESTASJON | 1 | 18 | |
| 112 | KONSULTASJONSROM | 1 | 18 | |
| 113 | AUDIOROM | 1 | 1 | |
| 114 | KOPIROM | 1 | 4 | |
| 115 | VENTEROM | 1 | 30 | |
| 116 | KONTORPLASS | 1 | 12 | Sekretær |
| 117 | HCWC | 1 | 7 | WC besøkende |
| 118 | TEKJØKKEN | 1 | 5 | |
| 119 | GARDEROBE | 1 | 12 | Felles? |

| | | | | |
|-----|---------------|---|----|----------|
| 120 | WC | 1 | 3 | Personal |
| 121 | MØTEROM | 1 | 20 | |
| 122 | FAMILIESENTER | 2 | 30 | |
| 123 | GANG | 1 | 10 | |

254

RENHOLD

| | | | | |
|-----|----------------|---|----|------------------|
| 124 | RENHOLDSENTRAL | | 40 | Inkl. annen avd. |
| 125 | LAGER | 1 | 20 | |

60

VAKTMESTERTJENESTER

| | | | | |
|-----|-----------------|---|----|---------------------------------------|
| 125 | LAGER | 1 | 20 | Mottak hjelpemiddel |
| 126 | LAGER | 1 | 15 | Utlevering hjelpemiddel |
| 127 | LAGER | 1 | 70 | Kommunalt lager hjelpemiddel |
| 128 | LAGER/ VASKEROM | 1 | 40 | For div. fra helsetunet. |
| 129 | LAGER | 1 | 60 | Sengelager |
| 130 | LAGER | 1 | 60 | Rekvisita |
| 131 | LAGER | 1 | 20 | Hjemmetj. Bleier, papir mm |
| 132 | LAGER | 1 | 40 | Helsetun. Bleier, papir mm |
| 133 | LAGER | 1 | 30 | Skittentøy, tatt med under annen avd. |
| 134 | LAGER | 1 | 30 | Søppel |
| 135 | VAREMOTTAK | 1 | 15 | |
| 136 | VERKSTED | 1 | 20 | Fin |
| 137 | KONTOR | 1 | 15 | Ett kan benyttes som møterom |

435

(Eget bygg vaktmester:)

| | | | | |
|-----|----------|---|-----|-------------------------------------|
| 138 | VERKSTED | 1 | 50 | Grov verksted |
| 139 | LAGER | 1 | 50 | Permobiler, årstidbest. hjelpem, mm |
| 140 | LAGER | 1 | 100 | Hagemøbler, snøfres, gress kl.,mm |

200

TEKN. ROM, MM

| | | | | |
|-----|----------------------|----|-----|--------------------|
| 141 | TELE/ IT ROM | 1 | 20 | |
| 142 | TEKN. ROM VENT. | 1 | 80 | |
| 142 | TEKN. ROM RØR/ VARME | 1 | 30 | |
| 144 | TEKN. ROM EL. | 1 | 20 | |
| 145 | HEISROM | 2 | 60 | To heiser i bygget |
| 146 | GANG, TRAPPER , MM | RS | 750 | |

960

PSYKISK HELSE

| | | | | |
|-----|----------------|---|----|--------------------------------------|
| 157 | KONTOR | 6 | 84 | Min. ett kontor med alt. rømningsvei |
| 158 | MØTEROM | 1 | 20 | Stort møterom |
| 159 | MØTEROM | 1 | 8 | Lite møte/ samtalerom |
| 160 | KOPIROM/ LAGER | 1 | 8 | |
| 161 | TEKJØKKEN | 1 | 5 | |
| 162 | GARDEROBE/ WC | 1 | 15 | Personale |

140

| | | |
|---|-------------|-----------------------------|
| SUM ALLE AREAL - EGET VAKTMESTERBYGG, m2 | 5972 | + 200 m2 I EGET BYGG |
|---|-------------|-----------------------------|

Kostnad 5972 m2 a kr 32000
Tilskudd 26 rom a kr 3003000x0,55
Dif.

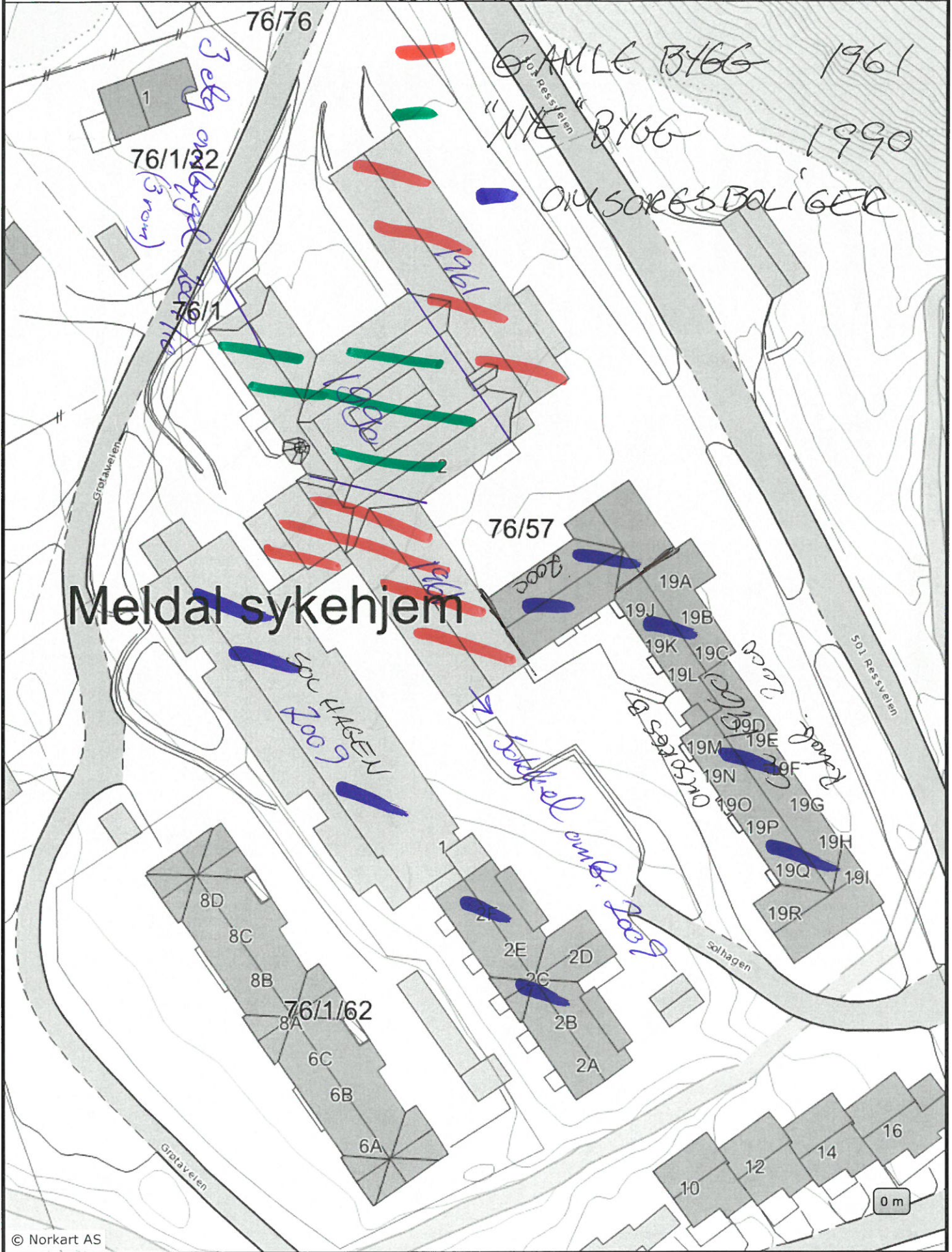
kr 191 040 000,-
kr 42 942 900,-
kr 148 097 100,-

Fargekode på prioritet

ta ut kantineareal og erstatt med felles kantine (kun intern bruk)



MELDAL HELSETUN



Meldal sykehjem

Framskrevet folkemengde, Meldal kommune

| | 2017 | 2020 | 2022 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2035 | 2040 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 70-79 år | 342 | 411 | 435 | 448 | 456 | 468 | 469 | 464 | 461 | 460 | 494 | 505 |
| 80 år + | 265 | 253 | 253 | 259 | 264 | 265 | 277 | 296 | 321 | 330 | 378 | 418 |

