



## **Forprosjekt - Nytt helsebygg i Mandal Lindesnes kommune**

### **Avklaring og konseptutvikling Sluttrapport 16.02.2020**

## Rapport

|                                                                                                            |                                                          |                            |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Prosjekt</b><br>Nytt helsebygg i Mandal                                                                 | <b>WSP Norge</b>                                         |                            |                                     |
| <b>Oppdragsgiver</b><br>Mandal kommune / Lindesnes kommune<br>v/ kommunalsjef Velferd Heidi Henanger Haven | <b>Forfatter</b><br>Milda Lunde Stene, prosjektleder WSP |                            |                                     |
| <b>Oppdragsansvarlig/ Firmaansvarlig WSP</b><br>Nils Olav Berge                                            | <b>oppdrags nr.</b><br>20508                             | <b>rapport nr.</b><br>1    | <b>rev.nr.</b><br>4                 |
| <b>Signatur</b>                                                                                            |                                                          | <b>Antall sider:</b><br>56 | <b>Siste revisjon</b><br>16.02.2020 |

Mandal, Lindesnes og Marnardal kommuner ble slått sammen til en kommune pr. 01.01.2020. Mandal kommune besluttet i 2018, på vegne av alle tre kommunene, å starte opp et forprosjekt for nytt helsebygg i Mandal. Helsebygget er ett av flere tiltak som skal bidra til at den nye kommunen får effektive og fremtidsrettede helse og omsorgstjenester.

Det ble utlyst en konkurranse for prosessveiledning tilknyttet forprosjektet og WSP ble valgt som utfører av dette. Prosjektet startet opp i januar 2019 og ble avsluttet i januar 2020.

Rapporten beskriver et konsept for to nye helsebygg på tomte Orelunden på Skinsnes i Mandal. De ene nye bygget er helsehus med samlokaliserte helsetjenester, korttidsplasser for rehabilitering, dagaktivitetssenter, samt kafe/kantine, trenings-, møte- og undervisningslokaler. Det andre nye bygget har omsorgsboliger, dagaktivitetssenter og base for hjemmetjenesten. Et tredje bygg som omfatter tjenestene i familiens hus er kommet med i arbeidet underveis, og er derfor også tatt med i denne rapporten.

## Sammendrag

Mandal, Lindesnes og Marnardal kommuner ble slått sammen til en ny kommune, Lindesnes kommune, pr. 01.01.20. Den nye kommunen har pr. i dag ca. 23 000 innbyggere. I følge SSBs modell for framskriving av befolkningsutvikling, forventes det en økning i antall innbyggere til ca. 24 400 i 2030 og ca. 25 600 i 2040. Helse og omsorg er totalt sett den største sektoren i den nye kommunen. Det er i dag ca. 600 årsverk innen pleie og omsorgstjenestene, og det vil være et behov for mer enn 1000 årsverk i 2040 hvis tjenestene ytes på samme måte som i dag. Andelen eldre over 80 år vil øke betydelig i årene etter 2024. Frem mot 2040 forventes tjenestebehovet å øke med ca. 93 %, basert på en videreføring av dagens praksis.

Lindesnes kommune satser derfor på nytenkning innen helse og omsorgstjenestene. Et viktig tiltak er å vri innsatsen ytterligere fra institusjon til mer hjemmebasert omsorg, noe som betyr økt satsing på hjemmesykepleie, aktivitetstilbud og flere boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester. Samtidig skal det arbeides med å øke kompetanse og ressurser tilknyttet nye pasientgrupper og brukere med komplekse behov for rehabilitering, som en konsekvens av en endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommune. Det skal i tillegg fokuseres på brukernes egen mestring av hverdagen.

I juni 2018 ble det besluttet at det skulle igangsettes et forprosjekt for nytt helsebygg i Mandal, der forprosjektet også skulle ta hensyn til behovet for tjenester i nye Lindesnes. Helsebygget skulle være en samlokalisering av ulike helsetjenester med mål om at alle innbyggerne, uavhengig av alder, skal få et sentrumsnært service- og behandlingstilbud, hvor fokus er forebyggende behandling, rehabilitering og tidlig innsats for å kunne klare seg selv/ mestre eget liv uten videre bistand.

Forprosjektet kom i gang i januar 2019. Arbeidet i dette prosjektet har handlet om å avklare behovene tilknyttet helsehuset nærmere samt utrede et tydelig konsept for det nye helsebygget. Prosjektet er gjennomført med stor deltakelse fra ledere, fagansvarlige, repr. for ansatte, repr. for brukere og repr. fra frivillige lag, foreninger og organisasjoner. I tillegg til ansatte innen helse og omsorgstjenestene har også ledere innen andre tjenesteområder, bl.a. oppvekst, kultur og eiendom, deltatt i prosessene. Det er gjennomført to større workshop med deltakelse fra alle disse samtidig. I tillegg har det vært møter med Sørlandet sykehus, Fylkesmannen, Husbanken og Kristiansand kommune for både å sikre en god forankring av arbeidet og få innspill i arbeidsprosessen.

Konseptet for nytt helsebygg i Mandal har utviklet seg gradvis gjennom det året prosjektet har pågått. Samtidig som innholdet i et bygg med samlokaliserte tjenester knyttet til behandling og rehabilitering utviklet seg, ble det også vurdert hvordan dette helsebygget skulle bidra til kompetansen og ressursene faktisk kan bli knyttet sterkere sammen, slik at det kan hentes ut faglige gevinster for tjenesten og brukerne gjennom tverrfaglig samarbeid, nye arbeidsmåter og bruk av ny teknologi. Helsehuset skal være et aktivt hus, og pasienter skal i så stor grad som mulig kunne ta i bruk både inne- og utearealer. Det er ønskelig at også publikum generelt skal kunne benytte både huset og området aktivt, og det skal derfor søkes at det kan skje ulike, og kanskje nye typer, arrangementer her. Beliggenheten ved elva bør kunne utnyttes til park og turstier.

Helsehuset planlegges nå med følgende innhold: 48 korttidsplasser for rehabilitering og opptrening, legevakt, ambulansetjenesten, fysio- og ergoterapi og psykisk helse. I tillegg skal enhet Forvaltning og utvikling og tjenesteledelsen ha sine kontorplasser her. I helsehuset skal det være stor vestibyle med kafe/kantine, stort treningsareal og et stort møte- og undervisningsareal. Disse skal også kunne brukes av andre enn de som til daglig arbeider i bygget, og stilles til disposisjon for aktiviteter i regi av frivillige lag og organisasjoner.

Det er vurdert slik at omsorgsboliger ikke har et nødvendig behov for fysisk nærhet til et helsehus. Det er også sagt at ingen skal bo i et helsehus. Helsehuset er et sted man kommer til og drar fra, mens man bor

andre steder. Likevel inngår nå også omsorgsboliger, sammen med dagsenter for eldre og base for hjemmetjenestene, i konseptet. Boligene skal imidlertid ligge i et eget bygg. Først og fremst er dette begrunnet i et sterkt behov for utbygging av flere boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester i Mandal, og tomta er vurdert som velegnet for dette formålet. Nærheten til kafe og treningsarealer i helsehuset vil da også komme både beboerne i boligene og brukerne av dagsenteret til gode og bidra til aktivitet i hverdagen. Det planlegges med 80 boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester. I tillegg skal det være et dagsenter for 30 eldre. Basen for hjemmetjenestene blir stor og skal samle alle hjemmetjenestene i Mandal tilhørende Mandal sentrum.

Tidlig i prosessen kom det forslag om også å legge familietjenestene inn i Helsehuset, da man så at en samlokalisering vil kunne gi gevinster bl.a. for samarbeidet mellom familietjenestene og psykisk helse. Familietjenestene, som bl.a. omfatter helsestasjon, barnevern, PPT, har også behov for å samles på ett sted, da de i dag ligger spredt. Tanken har modnet, og et Familiens hus inngår nå i konseptet for nye bygg på Orelunden, enten som et eget bygg eller som en del av Helsehuset. Det skal likevel gjøres en nærmere vurdering av dette i neste fase i prosjektet.

Tomta Orelunden på Skinsnes var allerede ved prosjektets oppstart pekt ut som den mest aktuelle. Det er også gjort en vurdering av et mulig ledig areal på Malmø samt mulighet for å utnytte tomta ved Mandal sykehjem. Med det konseptet som nå er utviklet, anses Orelunden for å være den eneste aktuelle tomta. Byggene som planlegges er store med et samlet areal på ca. 23.000 m<sup>2</sup>. Helsehuset vil ha behov for ca. 11.600 m<sup>2</sup>, bygget med omsorgsboliger ca. 9.600 m<sup>2</sup> og Familiens hus ca. 2 700 m<sup>2</sup>. Dette arealet er beregnet ut fra de rombehovene tjenestene selv har angitt, samt erfaringer fra lignende utbygginger som nylig er gjort i andre kommuner. Total byggekostnad for alle tre byggene er estimert til ca. 930,1 mill. kr. Med tilskudd fra Husbanken, refusjon av merverdiavgifter samt at det tas høyde på uforutsette kostnader, estimeres lånekostnaden til 557,4 mill. kr. Det er da ikke tatt hensyn til de inntektene som også vil komme til byggen i form av leie.

Det er vesentlig at tomta ligger sentralt i Mandal. Dette gjelder spesielt for Helsehusets aktiviteter, men en plassering nært kollektivtrafikk og butikker har også betydning for beboerne i omsorgsboligene. Kommunen har også ønsket at utbyggingen skal ses i et byutviklingsperspektiv. Bydelen Skinsnes er et forretningsområde som skal utvikles videre. Nye bygg på Orelunden skal kunne gi positive bidrag til denne bydelen, både mht. å skape annen aktivitet og å bidra med en annen bygningsmessig utforming i området.

Det er ikke utarbeidet noen tegninger av byggene i denne fasen, da det kun er arbeidet med prinsippene for hvordan byggene bør utformes og fungere i forhold til tjenestenes fremtidige behov og nye arbeidsmåter.

Neste fase i utbyggingsprosjektet vil også gå over et år, og handler om å gjennomføre mulighetsstudier av hvordan tomta kan benyttes best mulig, hvordan byggene kan plasseres på tomta og hvordan byggene kan fungere i et byutviklingsperspektiv. Parallelt skal det arbeides mer detaljert med behovene som de ulike tjenestene har til sine arealer. Byggene skal utformes fremtidsrettede og sikre at tjenestene kan utføres effektivt samtidig som de oppleves som attraktive å oppholde seg i for både brukere, beboere, besøkende, ansatte og byens innbyggere som for øvrig kommer til Orelunden. Det er en rekke forhold som skal undersøkes nærmere, og det vil også i denne fasen være behov for å arbeide tett med kommunens ansatte, repr. for brukerne og frivilligheten. Det skal utvikles en reguleringsplan for tomta, et arbeid som vil være nokså omfattende, og i den forbindelse vil også naboer og velforeninger bli tatt med på ulik måte.

Planen er at minst et av byggene skal være ferdige til innflytting mot slutten av 2024.

## Innhold

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Bakgrunn, formål og omfang .....</b>                                    | <b>6</b>  |
| <b>2. Gjennomføringsmetode .....</b>                                          | <b>8</b>  |
| 2.1 Proessorientert tilnærming i de første fasene av prosjektet .....         | 9         |
| 2.2 Organisering av prosjektarbeidet .....                                    | 9         |
| 2.3 Arbeidsmetode.....                                                        | 10        |
| <b>3. Kunnskapsgrunnlag .....</b>                                             | <b>13</b> |
| 3.1 Nasjonale føringer for tjenestene .....                                   | 13        |
| 3.2 Ulike typer helsebygg.....                                                | 14        |
| 3.3 Generelle prinsipper for utforming av plasser og boliger for omsorg ..... | 16        |
| <b>4. Dagens tjenestetilbud og fremtidig tjenestebehov.....</b>               | <b>18</b> |
| <b>5. Konseptet for nytt helsebygg på Orelunden.....</b>                      | <b>25</b> |
| 5.1 Hovedprinsipper .....                                                     | 25        |
| 5.2 Innholdet i helsebyggene .....                                            | 27        |
| 5.3 Antall ansatte og tjenestebiler .....                                     | 31        |
| <b>6. Utforming av rom og omgivelser.....</b>                                 | <b>33</b> |
| 6.1 Omsorgsbolig - bogrupper.....                                             | 33        |
| 6.2 Korttidsplasser – bogrupper .....                                         | 34        |
| 6.3 Vestibylene og inngangspartiene .....                                     | 35        |
| 6.4 Uteområdet.....                                                           | 36        |
| <b>7. Overordnet og foreløpig arealprogram .....</b>                          | <b>38</b> |
| <b>8. Gevinster som ønskes realisert .....</b>                                | <b>40</b> |
| <b>9. Forhold som må bearbeides og avklares i neste fase.....</b>             | <b>43</b> |
| <b>10. Mulighetene på tomta Orelunden .....</b>                               | <b>44</b> |
| 10.1 Tidligere prosess .....                                                  | 44        |
| 10.2 Helsebygg på Orelunden innenfor byutviklingsperspektivet .....           | 45        |
| 10.3 Vurdering av eksisterende bygningsmasse på Orelunden.....                | 47        |
| 10.4 Alternative løsninger for utbyggingen på tomta .....                     | 48        |
| <b>11. Finansieringsmodell for nye helsebygg på Orelunden .....</b>           | <b>52</b> |
| <b>12. Neste fase i byggeprosjektet .....</b>                                 | <b>54</b> |
| <b>13. Vedlegg .....</b>                                                      | <b>56</b> |

## 1. Bakgrunn, formål og omfang

Mandal, Lindesnes og Marnardal kommuner ble slått sammen til en ny kommune, Lindesnes kommune, pr. 01.01.20. Den nye kommunen hadde ca. 23 000 innbyggere på sammenslåingstidspunktet. SSBs modell for framskriving av befolkningen tilsier en økning i antall innbyggere til ca. 24 400 i 2030 og ca. 25 600 i 2040.

Helse og omsorg er totalt sett den største sektoren i den nye kommunen. Det er i dag ca. 600 årsverk innen pleie og omsorgstjenestene. SSBs modell for framskriving tilsier at behovet i 2040 vil være mer enn 1000 årsverk. Denne framskrivingen er basert på at tjenestene ytes på samme måte som i dag.

I 2017 utarbeidet Agenda Kaupang en fremtidig «helsemodell» for den nye kommunen. Fokuset i denne gjennomgangen var på organisering, kostnadsnivå på tjenestetilbudet og fremtidige behov, inkludert behov for nybygg. Rapporten er omfattende og benyttes som ett av flere grunnlag for de beslutningene kommunen nå tar vedr. utvikling av tjenestene. Nedenfor nevnes noen forhold som er beskrevet nærmere i den rapporten:

- Sammenlignet med andre kommuner med tilsvarende størrelse viser KOSTRA i 2017 at pleie og omsorg i nye Lindesnes kommune har forholdsvis høye utgifter, der eldre, mennesker med nedsatt fysisk funksjonsevne og somatisk syke utgjør 76% av driftsutgiftene.
- Andelen av nettoutgiftene som blir brukt på institusjon var i 2016 på 39%, noe som er betydelig lavere enn landet som helhet (44%).
- Den nye kommunen har samlet sett relativt høye utgifter knyttet til hjemmetjenester, noe som blant annet skyldes høy satsing på omsorgsboliger med heldøgns bemanning i tidligere Lindesnes kommune.
- Kommunene har hatt en noe ulik profil på omsorgstrappa for de ulike brukergruppene, der Marnardal og Lindesnes har satset mer på hjemmebasert omsorg enn Mandal kommune
- Tjenestebehovet innen pleie og omsorg er forventet å øke med ca. 93% fram mot 2040, basert på en videreføring av dagens praksis. Frem mot 2024 vil tjenestebehovet øke med ca. 14%, dersom dagens praksis videreføres.

Kommunen har sett et behov for en nytenkning innen helse og omsorg for å møte fremtidens behov, og arbeider nå med flere tiltak, bl.a.:

- Vri innsatsen ytterligere fra institusjon til mer hjemmebasert omsorg, noe som betyr økt satsing på hjemmesykepleie, aktivitetstilbud og flere tilrettelagte boliger med mulighet for heldøgns bemanning.
- Øke kompetansen og ressurser tilknyttet nye pasientgrupper og brukere med komplekse behov for rehabilitering som en konsekvens av en endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommune.
- Utvide tilbudet til mennesker med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelser i form av tjenester i bolig, dag- og aktivitetstilbud, arbeid- og avlastningstilbud.
- Forebyggende og helsefremmende arbeid for yngre eldre, aldersgruppen 67-79 år, som vil kunne hindre at «de unge eldre» belaster omsorgstjenestene mer enn nødvendig.

Videre er det fremover behov for en rekke nye bygg. I juni 2018 ble det lagt frem en sak for bystyret i Mandal kommune; «Framtidens helse og omsorgstjenester i nye Lindesnes - behov for nybygg – sak fra Fellesnemnda». Følgende vedtak ble fattet

*Mandal bystyre vedtar å sette i gang et forprosjekt for nytt helsehus i Mandal. Forprosjektet skal ta hensyn til behovet for tjenester i nye Lindesnes.*

Formålet med å etablere et helsehus sentralt i Mandal er å bidra til at alle innbyggere i den nye kommunen, uavhengig av alder, får et godt sentrumsnært service- og behandlingstilbud, hvor fokus på tilbudet er forebyggende behandling, rehabilitering og tidlig innsats for å kunne klare seg selv/ mestre eget liv uten videre bistand. Framtidens helse- og omsorgstjenester gir behov for mer samlokalisering av tjenester og

tverrfaglig samhandling. Helsebygget vil derfor inngå i en helhetlig tjenesteutvikling til beste for innbyggerne i hele den nye kommunen. Bygget skal også vurderes i en byutviklingssammenheng. Gjennom et slikt nytt helsebygg ønskes det at kommunen kan oppnå økonomiske gevinster på flere måter, og da særlig med tanke på redusert behov for sykehjemsplasser, effektive driftsenheter i tjenestene og stordriftsfordeler på drift av bygg.

Som prosessveileder har det vært WSPs rolle å bidra til fremskaffelse av et godt grunnlag for å utvikle nye og fremtidsrettede løsninger for et nytt helsebygg. Drøftinger med prosjektledelsen underveis har angitt hvordan vektleggingen av de ulike temaene som skulle utredes gjennom prosjektet. Samtidig med gjennomføringen av prosjektet var kommunene i en svært aktiv og travel del av fusjonsprosessen, og flere av problemstillingene som ble løftet frem i prosjektet krevde mer omfattende drøftinger enn hva som ville vært tilfelle i en enkelt kommune.

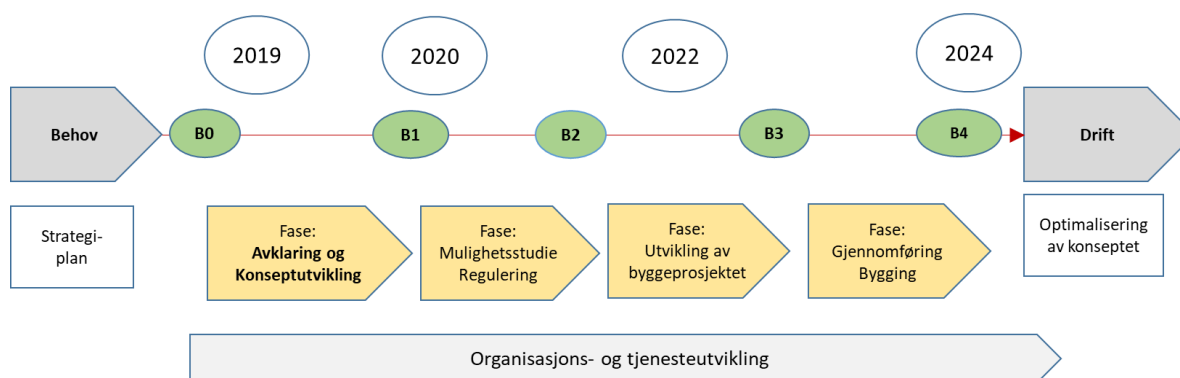
I prosjektarbeidet har WSP lagt stor vekt på selve arbeidsprosessen og medvirkning av bl.a. ledere og ansatte. Indirekte har derfor dette prosjektet også gitt viktige bidrag til det pågående endringsarbeidet i forbindelse med fusjonen.

- Kommunens egen kunnskap og erfaring er blitt i bruk på en aktiv måte gjennom hele perioden ved at aktuelle ledere og nøkkelpersoner og tillitsvalgte er blitt involvert i ulike arbeidsmøter
- Ny kunnskap og erfaringer fra tilsvarende prosjekter er blitt presentert og stilt til disposisjon for drøftinger opp mot kommunens behov
- Aktuelle eksterne interessenters meninger er etterspurt og tatt med i arbeidsgrunnlaget



## 2. Gjennomføringsmetode

Et byggeprosjekt for et kommunalt formålsbygg gjennomføres over flere faser, der hver fase organiseres som et selvstendig prosjekt og avsluttes med en rapport som viser arbeidet som er gjennomført, samt gir en anbefaling om hva som bør skje i neste fase. Byggherrens besluttende myndighet, kommunestyret, behandler rapporten fra hver fase og beslutter (B) om prosjektet skal føres over til neste fase eller ikke. I løpet av denne perioden vil kommunestyret ha hatt prosjektet til behandling en rekke ganger. Figuren nedenfor illustrerer dette.



Forprosjektet som WSP er engasjert for utgjør den aller tidligste fasen i et byggeprosjekt. I denne rapporten benyttes betegnelsen *Avklaring og konseptutvikling* for denne fasen. Dette har sin begrunnelse i at benevnelsen *forprosjekt* i byggeprosjekter benyttes for en fase som ligger lenger ute i byggeprosjektet. Rapporten etter denne fasen omfatter en beskrivelse av konseptet for det nye helsebygget, og gir samtidig en angivelse av hva som skal gjøres i den neste fasen i byggeprosjektet.

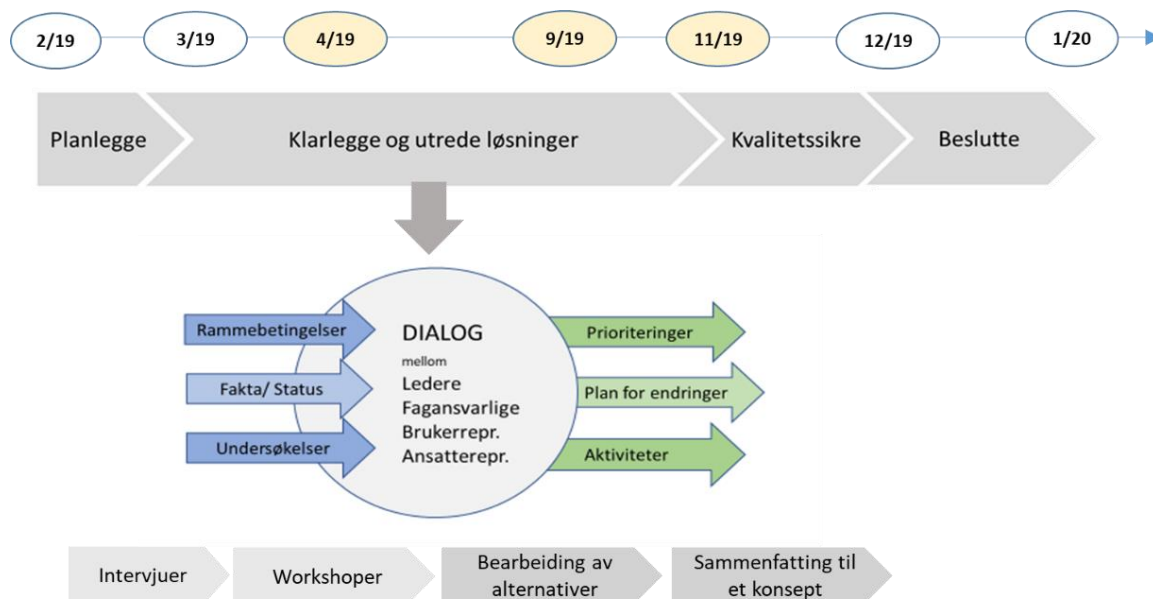
- I fasen *Avklaring og konseptutvikling* gjøres det en gradvis utredning, fra et analytisk til et prinsipielt nivå, av hva som skal bygges, hvilket innhold helsebygget skal ha og hvordan ulike rom og arealer i bygget må plasseres og utformes for å kunne oppnå ønsket kvalitet og effektivitet i de ulike arbeidsprosessene/ tjenestene som skal utføres i bygget. Ofte vil det også være behov for å vurdere hvilken beliggenhet bygget trenger. I denne fasen vurderes både dagens og fremtidige tjenester, det ses på ulike virksomhetsmodeller og alternative løsningsmodeller for helsebygget drøftes. Til slutt fremkommer et forslag som man ønsker å bearbeide mer konkret, dvs. et konsept for helsebygget.
- Neste fase i dette byggeprosjektet har benevnelsen *Mulighetsstudie og regulering*. Arbeidet i denne fasen bygger på de utredningene som er gjort i fasen *Avklaring og konseptutvikling*, og benytter rapporten som et arbeidsgrunnlag. Det vil som regel alltid foreligge noen alternative forslag til løsninger av konseptet, og/eller alternativer for plassering av bygget på en eller flere mulige tomter. Disse alternativene skal vurderes nærmere samtidig som konseptet utformes mer i detalj. Alt dette inngår som en del av arbeide med å utvikle en reguleringsplan for det området der helsebygget skal etableres.
- Den tredje fasen er *Utvikling av byggeprosjektet*. Her blir konseptet omformet til detaljerte beskrivelser og tegninger av både bygget og uteområdene. Her skal det tydelig fremgår hvordan valg av teknologi og romutforming skal bidra til at arbeidsprosessene blir så gode at målsettingen med helsebygget kan realiseres.
- Den siste fasen i byggeprosjektet handler om å bygge og klargjøre for at innflytting kan skje.



## 2.1 Proessorientert tilnærming i de første fasene av prosjektet

Hver fase i et byggeprosjekt vil være preget av kompleksitet, og arbeidet i fasene organiseres derfor som et prosjekt i seg selv. Også arbeidet i denne tidlige fasen ble organisert som et prosjekt.

Prosjektarbeidet er gjennomført i en systematisk og dialogbasert prosess, med bred involvering av både ledere, fagansvarlige, ansattes repr. og brukerrepr. For hvert steg i prosessen har det vært avklaringer med kommunens egen prosjektledelse. Denne prosessen har bidratt til at anbefaling om løsning er basert på faglige analyser og utredninger samt erfaringsbaserte drøftinger tilknyttet tjenesteområdet.



## 2.2 Organisering av prosjektarbeidet

Prosjektets organisasjon har endret seg noe underveis, i tråd med en utvikling i prosjektarbeidet. Frem til sommeren 2019 hadde kommunens styringsgruppe og WSP felles arbeidsmøter. Etter sommerferien ble det etablert en ny styringsgruppe og en egen prosjektgruppe som i større grad kunne gå inn i de konkrete problemstillingene som WSP skulle arbeide med.

Ved oppstarten av prosjektet ble det utarbeidet en interessentanalyse, slik at man fikk oversikt over alle som ville ha behov for å bli tatt med i arbeidet underveis, samt hvem som ut over dette måtte holdes informert om det pågående prosjektet. Flere av disse ble definert som deltakere i referansegruppe, som skulle bringe inn flere perspektiver på og meninger om de problemstillingene som prosjektgruppa arbeidet med. Den nåværende organisasjonen er som følger:

### Styringsgruppe

- Kyrre Jordbakke, rådmann
- Heidi Henanger Haven, kommunalsjef Velferd (prosjektansvarlig)
- Jon Buestad, fagsjef Velferd (prosjektkoordinator)
- Arne Wilhelmsen, kommunalsjef Samfunn
- Rolf Bruskeland, kommunalsjef Oppvekst

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prosjektgruppe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Anita Grødem, enhetsleder Forvaltning og utvikling</li> <li>Tone Hinna Hovdenak, enhetsleder Rehabilitering og mestring</li> <li>Linda Vavik, enhetsleder Hjemmebaserte tjenester</li> <li>Rune Myrmell, enhetsleder Helsetjenester og legevakt</li> <li>Unn-Christin Melbye, enhetsleder Sykehjem</li> <li>Karina B. Hommen, enhetsleder Miljøterapeutiske tjenester</li> <li>Rolf Christian Aalvik, prosjektleder Eiendom</li> <li>Tor-Ole Haagensen, Ambulansetjenesten</li> <li>Rut H. Olaisen, tillitsvalgt NSF</li> <li>Anne Mette Foshaugen, tillitsvalgt FF.</li> <li>Rita Pytten, hovedverneombud</li> <li>Jon Buestad og</li> <li>Heidi Henanger Haven har deltatt i alle møtene i prosjektgruppa</li> </ul> <p>I tillegg har følgende deltatt i enkelte møter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Miriam Lien Smedsrød, Samhandlingsavdelingen Sørlandet sykehus.</li> </ul> |
| <b>Referansegruppe:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Dette er definert som ledere, fagansvarlige, tillitsvalgte, repr. for brukere/ pårørende og samarbeidspartnere, foreninger, lag, organisasjoner og andre frivillige. Disse har vært invitert inn til workshop og/eller dialogmøter</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>WSPs prosjektteam</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Milda Lunde Stene (prosjektleder)</li> <li>Øyvind Lundberg</li> <li>Eva T. Olsen</li> <li>Oddhild Fausa</li> <li>Teamet er supplert med ulike rådgivere ved behov, bl.a. Eirin Reinskou og Jon Døviken</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Personer/organisasjoner tilhørende referansegruppa ble invitert til å delta i to workshop som ble holdt på dagtid i april og september 2019. Frivillige organisasjoner, lag, foreninger og andre frivillige ble invitert til et eget dialogmøte på kveldstid. Deltakerne i referansegruppa har ikke hatt noen myndighet eller ansvar i prosjektets arbeid, men har kunnet påvirke løsninger på et tidlig stadium.

## 2.3 Arbeidsmetode

### Etablering av kunnskapsgrunnlag

De seneste årene er det kommet flere stortingsmeldinger vedr. helse- og omsorgssektoren. De mest sentrale vedr forming av tjenestetilbudet for eldre og pleietrengende er «Morgendagens omsorg» (St.meld. 2012-2013), «Omsorg 2020. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (2015) og «Leve hele livet» (2017-2018). Den reformen som antagelig har hatt størst innvirkning for hvordan helse og omsorgstjenestene tjenestene skal utvikles fremover er Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009) med tittel «Rett behandling – på rett sted – til rett tid».

I tillegg har de dokumentene som er blitt uformet for den nye kommunen i forkant av og underveis i den tidsperioden som prosjektarbeidet har pågått vært sentrale i arbeidet.

### Erfaringer fra andre kommuner

Både før dette prosjektet startet opp og underveis i prosjektarbeidet, er det innhentet erfaringer fra andre kommuner, bl.a. kommuner som WSP har ledet tilsvarende prosjekt for tidligere. Det er blitt opprettet spesiell kontakt med Lyngdal kommune som nå har et helsehus under bygging. Formålet har vært å få innsikt i de ulike

kommunenes begrunnelser for å bygge helsehus, samt få deres erfaringer med både prosjektgjennomføring og løsninger.

### Erfaring og innspill fra ansatte og brukere av tjenestene

Underveis i prosjektet har det vært intervjuer/ arbeidsmøter med ledere og nøkkelpersoner i de ulike enhetene, felles workshops og møter i prosjektgruppa. Dette har vært de sentrale arenaene for å finne frem til hva helsebygget i Mandal skal inneholde, samt hvilke prinsipper som skal ligge til grunn ved den videre utformingen av bygget. Workshopene ble gjennomført på dagtid og har hatt 30-40 deltakere. Disse har spesielt bidratt til å sikre de nødvendige innspillene fra fagpersonell, samt ansatte og brukere gjennom deres representanter. Workshopene ble lagt opp med stor grad av gruppearbeid, der gruppene ble satt sammen på tvers av roller, fag og tjenester. Etter den siste workshopen ble det gjennomført et dialogmøte på kveldstid med frivillige lag, organisasjoner, foreninger og andre frivillige.

Oversikten nedenfor viser program og tema som er behandlet i workshopene og i dialogmøtet.

| Møter                                                              | Program for møtene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Workshop 1<br>25.-26.april 2019<br>2 dager<br>Buen Kulturhus       | Presentasjoner.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Tjenesteprofilen i nye Lindesnes kommune. Vedtakene som er fattet vedr. helse og omsorg for nye kommunen</li> <li>Forutsetninger og rammer gitt av storting, regjering, husbanken. Erfaringer fra andre kommuner som har igangsatt nye byggeprosjekter.</li> <li>Utviklingen innen velferdsteknologi og hvordan tjenestene påvirkes av denne</li> </ul> Gruppearbeid:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Innholdet i helsehuset. Hva som bør samlokaliseres, hva som kan ligge nært, og hva som bør holdes utenfor det nye helsebygget, og begrunnelsene for dette.</li> <li>Hvilke gevinster som kan hentes gjennom denne løsningen.</li> </ul> Felles oppsummering                                                                                                                                       |
| Workshop 2<br>16.september 2019<br>1 dag<br>Lindesnes<br>Havhotell | Presentasjoner:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Prosjektledelsens løsningsforslag for nye helsebygg på Orelunden, på bakgrunn av innspillene fra arbeidet i workshop 1.</li> <li>Tilbakemeldinger til prosjektledelsen på forslaget</li> </ul> Gruppearbeid – prinsipper for hvordan sentrale områder skal utformes<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Uteområdene (parken, gangveier, trafikk, parkering, sammenheng mellom byggene mm)</li> <li>Inngangspartiene (vestibylene, kafeen, plasser for møter og informasjon mm)</li> <li>Omsorgsboligene (dette handler om den private boligen, felles oppholdsrom, arbeidsmåtene, behovene som pårørende har mm)</li> <li>Korttidsplassene (pasientrommene, pasientenes fellesrom, arbeidsmåtene, behovene som pårørende har mm)</li> </ul> Felles oppsummering. Presentasjon av videre arbeid i prosjektet |
| Dialogmøte<br>13.november 2019<br>Buen kulturhus,<br>Biblioteket   | Presentasjon:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Prosjektledelsen: løsningsforslag for nye helsebygg på Orelunden.</li> </ul> Gruppearbeid:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Drøfting av forslaget og tilbakemelding til prosjektledelsen vedr. utformingen av bygningene og området</li> <li>Aktiviteter som kan skje innenfor og utenfor byggene, og frivilliges rolle og plass i de nye byggene tilknyttet aktivitetene som kan skje der.</li> </ul> Felles oppsummering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

I tillegg har det vært møter med Sørlandet Sykehus, Kristiansand kommune, Fylkesmannen i Agder og Husbanken sør, for avklaringer vedr. helsehusets innhold og utforming.

WSP har behandlet og sammenfattet alt materiale som er kommet fra de ulike møtene og lagt dette frem for prosjektgruppa, slik at det her kunne konkluderes med hva som skulle tas med videre og ikke.



Workshop 1, Buen Kulturhus, april 2019

### 3. Kunnskapsgrunnlag

#### 3.1 Nasjonale føringer for tjenestene

De seneste årene er det kommet flere meldinger fra Storting og Regjering samt utredninger (NOU) for helse- og omsorgsfeltet. Gjennom disse er det lagt føringer for hvordan kommunen skal innrette tjenestetilbudet til befolkningen generelt og til eldre og pleietrengende spesielt. I det videre redegjøres det kort for disse.

«Morgendagens omsorg» handler om en helhetlig tilnærming til omsorgstjenestene der bygg/ fysiske strukturer, ny teknologi og nye tjenestemodeller ses i sammenheng. Kontakt med nærmiljø og nabolag inngår også som en viktig del av løsningene.

Samhandlingsreformen (2008-2009) med tittel «Rett behandling – på rett sted – til rett tid», er den reformen som antagelig har hatt størst innvirkning for hvordan tjenestene skal utvikles. Denne omhandler pasientenes behov for koordinerte tjenester, tjenestenes innsats for å begrense og forebygge sykdom, samt den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet som kan true samfunnets økonomiske bæreevne. I denne reformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov for en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skalsørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et sentralt poeng i meldingen er at kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de øvrige samfunnsområdene der kommunen har ansvar og oppgaver.

Gjennom reformen «Leve hele livet» (2017-2018) har regjeringen samlet og systematisert arbeidet i noen av de kommunene som har funnet nye og bedre løsninger i tilbudet til eldre. Gjennom «Leve hele livet» inviteres derfor de eldre selv og befolkningen for øvrig til å være med på å skape et mer aldersvennlig Norge. I møte med de demografiske endringene blir det også nødvendig å utfordre befolkningen til selv i større grad å ta ansvar for å planlegge for egen alderdom: tilrettelegge sin egen bolig, investere i venner og sosialt nettverk og opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv.

I «Omsorg 2020 - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (2015) løftes det frem nye og forsterkede tiltak som skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Regjeringen ønsker med denne å sikre en bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunene.

NOU-rapporten «Boliger til pleie- og omsorgsformål – egnethet for dagens og fremtidens brukere» (2016-2017) presenterer ulike fremtidsbilder basert på identifiserte trender, kritiske usikkerheter og drivkrefter for endring. Rapporten tar for seg dagens og fremtidens behov for kommunale pleie- og omsorgsbygninger. Undersøkelser av den kommunale boligmassen viser at kun omtrent halvparten av eldre boliger og plasser for heldøgns omsorg har en brukbar standard. Kommunene må enten investere i å oppgradere den resterende bygningsmassen eller sanere og erstatte. Bygg som oppgraderes gjennom moderate valg vil likevel ikke kunne imøtekomme dagens krav og standarder for et helse- og omsorgsbygg.

Bygningene som bygges i dag skal brukes i en periode på 30-40 år fremover. Krav og standarder knyttet til helsebygg er svært omfattende. Selv om kommunen, gjennom brede og involverende prosesser med ansatte og brukere, konkluderer med løsninger som for alle fremkommer som gode, må disse også sjekkes opp mot de retningslinjer som er gitt av Husbanken, samt lover og forskrifter som forvaltes av Arbeidstilsynet.

Husbankens oppdrag er å bidra til iverksettelse av regjeringens boligsosiale politikk i kommunene ved bruk av virkemidler som lån, tilskudd, bostøtte, kompetansebygging og kunnskapsutvikling. I Husbankens

retningslinjer for tildeling av investeringstilskudd står det at tilskudd skal gis til sykehjem og omsorgsboliger der det legges vekt på kvaliteter som gjør omsorgsboliger og sykehjem til gode hjem og gode arbeidsplasser. Målsettingene er forankret i «Verdighetsgarantien for eldreomsorg» og Arbeidsmiljøloven. I Husbankens «Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg» angis både overordnede prinsipper og grunnleggende krav som Husbanken stiller som basis for all prosjektering av omsorgsbygg. Intensjoner med veilederen er ellers å være et godt hjelpeverktøy for å kunne etablere gode løsninger i kommunen.

Arbeidstilsynet har utarbeidet egne retningslinjer for arbeid i helse- og omsorgsinstitusjoner. Siden det er et mål at brukerne kan bli boende hjemme så lenge som mulig, skal også omsorgsboligene planlegges og tilrettelegges også med tanke på arbeidsforholdene for pleie- og omsorgsansatte.

### 3.2 Ulike typer helsebygg

Hvert formål som kommunen skal planlegge nybygg for krever bygninger som er spesielt utformet for formålet. For både befolkningen generelt og brukerne av helse- og omsorgstjenestene kan det være vanskelig å holde de ulike begrepene som benyttes på helse og omsorgsbygg fra hverandre og å forstå ulikhetene. Nedenfor beskrives disse nærmere.

#### Omsorgsboliger

Omsorgsboliger er utleieboliger og brukeren betaler en fast husleie til kommunen. Omsorgsboligen fungerer i praksis på samme måte som et privat hjem, der brukeren mottar hjemmebaserte tjenester. Husbanken deler inn omsorgsboligene i to typer: *selvstendige omsorgsboliger* og *felleskapsboliger*.

*Selvstendige omsorgsboliger* utformes slik at alle boligfunksjoner er oppfylt inne i boligen. Boligen består av kjøkken/stue, soverom, bad og areal til oppbevaring og har en egen inngang. Disse kan kommunen bygge som spredte boliger, som boliger integrert i en ordinær boligmasse eller ved å samlokalisere flere boliger.

En *felleskapsbolig* består av en gruppe boenheter, der den private boenheten *ikke* inneholder alle boligens funksjoner. Her er det da nødvendig med et fellesareal for å kompensere for dette. Fellesarealet vil bestå av oppholdsrom/stue med spisekjøkken. Betegnelsen *bogruppe* benyttes om den gruppen av boenheter som deler et slikt fellesareal. Antallet boenheter i en bogruppe anbefales å ikke overstige 10. *Boenhet* er betegnelsen på den delen av fellesskapet som betraktes som beboerens private arena. Boenheten må som minimum bestå av et sove/oppholdsrom og et bad.

Husbanken deler fellesskapsboligene inn i to typer fellesskap:

- *Bofellesskap*: Med dette forstås en gruppe boenheter der den private boenheten inneholder alle de nødvendige funksjoner for egen husholdning, dvs. at den også har et eget lite kjøkken. Boenheten kan også ha et eget soverom. I tillegg skal det være et fellesareal (stue) tilknyttet gruppen av boliger, som gir beboeren valgfrihet om man vil delta i fellesskapet eller ikke.
- *Bokollektiv*: Med bokollektiv forstås en gruppe boenheter som er organisert med tanke på en stor grad av fellesskap, bl.a. felles matlaging og felles måltider. Den private boenheten består kun av et soverom/oppholdsrom og et bad. Bokollektiv er et veldig tett fellesskap og anbefales til personer som trenger mye omsorg og tilsyn, og der man også har et fast tilknyttet personale.

Omsorgsboliger som bygges med investeringstilskudd fra Husbanken skal i dag primært være fellesskapsboliger med et fellesareal, da disse skal være forbeholdt personer med omfattende hjelpebehov og kognitiv svikt. I disse boligene vil det være heldøgns omsorgstjenester utført av et fast tilknyttet personale. Ut fra dette har det etter hvert etablert seg et nytt begrep *Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*.

Med fremtidens utfordringer knyttet til «eldrebølgen» vil ikke kommunene kunne bygge selvstendige omsorgsboliger i samme grad som tidligere. Innbyggerne må i langt større grad ta eget ansvar for å tilpasse



egen bolig slik at det også kan ytes hjemmesykepleie der, eller de må selv sørge for å flytte til en bolig som er tilrettelagt for dette. Kommunene kan imidlertid bistå med veiledning for hvordan boligene da bør utformes.

### Sykehjem/ Langtidsplasser i institusjon

Sykehjem/ langtidsplass er en institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester og er en lovpålagt oppgave for kommunene etter helse- og omsorgstjenesteloven. Sykehjemmet skal ha en administrativ leder, en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling, en sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien, samt det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre brukeren nødvendig omsorg og bistand. Når man får tildelt en langtidsplass i sykehjem, overtar kommunen hele omsorgsansvaret. Den som får plass i et sykehjem vil i dag være sterkt pleie/omsorgstrengende enten pga. sterk kognitiv svikt eller en somatisk sykdom. For brukere med sterk kognitiv svikt, men som er relativt fysisk friske, gis sykehjemstilbudet ofte i et avskjermet område.

Mange kommuner har de senere årene bygget omsorgsboliger som fellesskapsboliger med en personalbase i tillegg. Disse boligene blir da til erstatning for plasser i sykehjem. Med denne løsningen kan brukeren bli boende i sitt eget hjem, selv med omfattende pleie- og omsorgsbehov. Gjennom dette er skillet mellom institusjon/sykehjem og omsorgsboliger i ferd med å viskes ut. Fremdeles er det imidlertid klare forskjeller mellom institusjon og omsorgsbolig når det gjelder både lovverk og betalingsformer. Når brukeren som bor i en omsorgsbolig ikke lenger anses å være samtykkekompetent, skal en langtidsplass i institusjon/ sykehjem vurderes.

### Korttidsplasser i institusjon

En korttidsplass er et midlertidig tilbud, og gis enklest i en institusjon/ sykehjem. Pasientene/ brukerne beholder sin egen private bolig mens de oppholder seg der. Korttidsplasser kategoriseres ofte ut fra målgruppene som får korttidsplass:

- Plasser for personer som trenger overgangspleie etter sykehusbehandling og/eller rehabilitering og opptrening i en periode.
- Kommunale akutte døgnplasser (KAD) og døgnplasser for øyeblikkelig hjelp (ØHD).
- Plasser for personer som trenger lindrende pleie og omsorg, ofte ved slutten av livet (palliasjon).
- Plasser for personer som til vanlig bor hjemme og får pleie og omsorg utført av pårørende. Hensikten med korttidsoppholdet er da som oftest å gi pårørende avlastning i en periode.

Selv om pasienter/ brukere oppholder seg her midlertidig, er anbefalingen i dag slik at rommene bør utformes på samme måte som et bokollektiv. Pasienten skal ha sin egen «boenhet», og både denne og fellesrommene skal bidra til å gi en opplevelse av hjemlighet. Boenheten blir likevel benevnt som pasientrom. Tilknyttet korttidsplassene for rehabilitering og overgangspleie vil det også være tilrettelagte areal for fysisk aktivitet og trening.

### Helsehus

Helsehus som etableres i dag kan være ulike med tanke på hvilke tjenester og funksjoner som legges til huset. Men felles for alle er at det foreligger et ønske om å samle de ulike medisinske tjenestene og gjennom dette styrke tjenestetilbudet til brukeren og kompetansen til de ansatte. Helsehusene er kommet som er resultat av Samhandlingsreformen.

- Kommunale helsehus vil være en samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester, inklusive legetjenester. Formålet er bedre samhandling internt, felles bruk av bemanning og fagressurser og en dør inn for brukere og pårørende.
- Distriktsmedisinsk eller lokamedisinsk senter er en samlokalisering av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Senteret er ofte organisert som et interkommunalt tilbud, der også legevakt og ambulansetjenesten er del av tilbudet. Formålet er bedre samhandling for å forebygge mer, behandle tidligere og utveksle kompetanse.



Også mange private tjenesteytere innen helse benytter begrepet helsehus, uten at dette har noen sammenheng med de kommunale helsehusene. Det vil da være mer snakk om en samlokalisering av private helsetjenester som ser seg tjent med felles lokaler, administrasjon og driftssystemer

I Husbankens nye veileder, som kom i 2019, har helsehus fått et eget kapittel. Husbanken påpeker at helsehus ikke er et entydig definert begrep, og at et helsehus kan være forskjellig fra kommune til kommune.

*Oppholdet på et helsehus skal imidlertid være kortvarig, fra noen dager til noen uker, og behandlingen skal være målrettet. Målet med oppholdet er å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov og opptrening med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov, slik at pasienten kan komme tilbake til eget hjem.*

### Dagsenter/ dagaktivitetssenter

Dagsenteret er et aktivitetstilbud som skal gi brukeren mulighet for å delta på ulike aktiviteter, måltid, sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak mm. Hensikten er å gi en aktiv og meningsfull tilværelse og utsette eller forhindre behov for døgnopphold i institusjon. Målgruppen er både hjemmeboende eldre/demente, og eldre/demente som bor i omsorgsboliger. Dagaktivitetssenter kan også etableres for personer med psykisk utviklingshemming og personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. Innholdet i tilbudet vil variere ut fra målgruppene, og det skal unngås å blande målgruppene i samme dagsenter.

### Familiens hus

Familiens hus er ikke definert som et helsebygg og Husbanken gir ikke investeringstilskudd for dette. Funksjonen Familiens hus er beskrevet i *NOU 2006;16 Ny Barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Familiens hus er en samhandlingsmodell som skal legge til rette for at barn, unge og deres familier skal kunne møte et lett tilgjengelig og helhetlig tilbud. Kommunens primære helse- og sosialtilbud rettet mot barn, unge og deres familier samordnes, samlokaliseres og forankres lokalt. Målsettingen er at familiene skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i ett og samme hus. Familiens hus defineres ikke som et helsebygg på samme måte som sykehjem, omsorgsboliger og helsehus. Imidlertid vil det være aktuelt at personell som er tilknyttet et helsehus også vil kunne yte tjenester overfor målgruppene i familiens hus og vice versa.

Det foreligger ingen spesielle krav til hvordan utformingen av et familiens hus skal være, eller at tjenestene skal være samlet fysisk i ett hus.

## 3.3 Generelle prinsipper for utforming av plasser og boliger for omsorg

Fleksibilitet bør ligge til grunn når det planlegges for nye helse- og omsorgsbygg. Fleksibilitet kan handle om flere ting, f.eks. at det er lett å bygge om, at det er vegger som kan skyves på, at pasientrom eller boliger kan brukes av ulike brukergrupper med løsninger som tar høyde for ulike hjelpebehov over tid. Hvis sykehjem, omsorgsboliger med heldøgns bemanning og korttidsplasser utformes etter samme generelle prinsipper for den private boenheten/pasientrommene og fellesarealene, og samtidig tar hensyn til behovet for å kunne gjøre tilpasninger ut fra endrede tjenestebehov, vil kommunen kunne oppnå høy grad av fleksibilitet i det tjenestetilbudet den skal gi brukere, beboere og pasienter i årene fremover.

Uavhengig av boligtype og brukergruppe anbefaler Husbanken at byggene generelt skal være planlagt med tanke på bevegelseshemmede, orienterings- og miljøhemmede. Det skal legges spesiell vekt på tilrettelegging for personer med demenssykdom, samtidig som det må sørges for nødvendig tilpasning for de ulike målgruppene for boligen. Det må også tas høyde for at omsorgsboliger og sykehjem skal være en arena for omfattende og sammensatt tjenesteyting, og derfor er hensynet til arbeidsmiljøet for personalet også viktig å ivareta.

Et prinsipp om normalisering og integrering skal ligge til grunn ved lokalisering og utforming av bygninger for alle helse- og omsorgstjenester. Det skal søkes å gjøre arealene så hjemlige som mulig, slik at det skapes trivsel for brukeren som bor fast eller har et midlertidig opphold der. Bygninger med institusjonslignende preg framstår gjerne mer som en arbeidsplass for personalet enn som et hjem for beboerne/ pasientene, og bør derfor unngås. Dette handler for eksempel om forholdet mellom arealer brukt til drift sett opp mot arealer tilhørende beboerne/ pasientene. Institusjonslignende preg dreier seg også om den arkitektoniske utformingen, interiørløsninger og utearealer i tilknytning til bygget. Faren for institusjonslignende preg vil ofte øke med antall samlokaliserte omsorgsboliger og størrelsen på byggeprosjektet, og det må vises varsomhet for dette ved planleggingen.

## 4. Dagens tjenestetilbud og fremtidig tjenestebehov

Med bakgrunn i Agenda Kaupangs rapport vedr helse- og omsorgstjenestene i nye Lindesnes kommune, samt nye vurderinger som er gjort av kommunens helse- og omsorgsledelse i løpet av arbeidet med å utvikle konseptet for nytt helsebygg, oppsummeres nedenfor i korthet et bilde av dagens tjenestetilbud og fremtidig tjenestebehov.

Dagens sykehjem og boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester for eldre og pleietrengende er plassert i de tre kommunesentrene i de tidligere kommunene. I tillegg finnes selvstendige omsorgsboliger og kommunale boliger for andre brukergrupper på ulike mindre tettsteder/bygder i kommunen. Basene for hjemmetjenestenes soner finnes både i kommunesentrene, samlokalisert med sykehjem/omsorgssenter, og i de mindre tettstedene.

I mai 2018 ble det fremmet en sak for Fellesnemnda for nye Lindesnes kommune vedr behovet for nye bygg tilknyttet helse- og omsorgstjenestene. Basert på analysene som var utført av Agenda Kaupang ble bl.a. følgende besluttet:

- *Det igangsettes forprosjekt for å planlegge nytt helsebygg lokalisert i Mandal.*
- *I det videre arbeidet bør det legges til grunn en fremtidig dekningsgrad for heldøgns omsorgsplasser til eldre frem mot 2040 basert på det «nordiske» alternativet.*

SSB antar at folketallet i kommunen vil øke med ca. 20% frem mot 2040, til ca. 27 400 innbyggere. Alderssammensetningen vil endre seg mye, med betydelig større andel av de eldste eldre (over 80 år). Demografiske endringer gjør at tjenestebehovet i helse og omsorg er forventet å vokse med ca. 93% frem mot 2040, basert på en videreføring av dagens praksis. Til sammenligning har de øvrige store sektorene i kommunen, som barnehage og grunnskole, en forventet vekst på ca. 7%. Tjenestebehovet innen helse og omsorg vil øke med ca. 14% fram mot 2024, hvis dagens praksis videreføres.

Ved inngangen til 2017 hadde 12,7% av alle eldre over 80 år plass på sykehjem (langtids- og korttidsplasser). For landet som helhet var tilsvarende andel 13,6%. Tilbudet på boliger med heldøgns bemanning for eldre over 80 år var på 4,6%, mens det for landet som helhet var på 3,6%.

Med en videreføring av denne dekningsgraden vil det i 2040 være et behov for slikt tilbud til 442 brukere mot dagens 211.

### Beregning av fremtidig behov

For å kunne møte fremtidens behov for innen helse og omsorg er det behov for nytenkning. Derfor er det sett hen til hvordan øvrige nordiske land gir sine omsorgstjenester. Det er store variasjoner i omfanget av tilbudet på omsorgsplasser i de nordiske landene. Tilbudet på døgnomsorg har vært mest omfattende i Norge og minst omfattende i Sverige. Sverige og Danmark avviklet sine institusjoner i eldreomsorgen fra omkring 1990, og tilbudet til eldre har blitt boliggjort. I Danmark er institusjonene gjort om fra «pleiehjem» til «ældreboliger» og «pleieboliger», noe som gjør at beboerne regnes som borgere og leietakere, ikke som pasienter eller klienter. Alternativet til å fortsette å gi tjenestetilbudet som i dag, er å legge seg på samme nivå for dekning som snittet av landets kommuner, eller legge seg på samme nivå som i Norden.

For å beregne behovet for eldre over 80 år kan tre ulike modeller benyttes:

- *Som landet:* Det legges til grunn en samlet dekning for korttids- og langtidsplasser (institusjon/ sykehjem) på 13,5% i 2022. For boliger med døgnbemanning legges det til grunn en dekning på 3,3% i 2022. Det samlede døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av landet.
- *Som Norden:* Det legges til grunn en samlet dekning for korttids- og langtidsplasser (institusjon/ sykehjem) på 9,3% i 2022. For boliger med døgnbemanning legges det til grunn en dekning på 5% i

2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av Norden. Dekningen på institusjon/sykehjem er på linje med de kommunene i Norge som har lavest dekning i dag.

### Forventet behov i 2025 og 2040

I forbindelse med utviklingen av konseptet er det gjort nye beregninger av behovet for omsorgsplasser frem mot 2040. I Lindesnes kommune, som i alle andre kommuner i Norge, vil antall eldre over 80 år øke og nesten bli fordoblet fra 2020 til 2040. Økningen av antall eldre over 80 år gjenspeiler derfor i økningen av antall langtidsplasser, korttidsplasser og boliger med heldøgns bemanning.

Kommunestyret har vedtatt å bruke det Nordiske alternativet som grunnlag for å fastsette omfanget av tjenestetilbud i form av heldøgns bemannede tjenester for denne aldersgruppen i Lindesnes. Dekningsgrad beregnes ved å multiplisere dekningsgrad og antall eldre over 80 år i kommunen

9,3 % dekning for sykehjemsplasser (døgnbemanning). hvorav ca. 25 % av disse bør være korttidsplasser (jfr. rapport fra Agenda Kaupang). Dvs. en dekning på 7,1 % for langtidsplasser og 2,3% for korttidsplasser.

5,0 % dekning for boliger med heldøgns tjenester (døgnbemanning).

Når det gjelder framskriving av behovet for aldersgruppene under 67 år, 67-79 år legges det til grunn konstante dekningsgrader. Antall plasser beregnes ved å multiplisere dekningsgrader og antall personer i aldergruppen.

Tabellen nedenfor viser tilbudet på plasser med heldøgns bemanning for personer over 80 år i nye Lindesnes ved inngangen til 2017

| <b>80 år og eldre «nye Lindesnes 2016»</b> | <b>Lindesnes</b> | <b>Mandal</b> | <b>Marnardal</b> | <b>I alt</b> | <b>Dekning</b> |
|--------------------------------------------|------------------|---------------|------------------|--------------|----------------|
| Langtidsplasser                            | 15               | 80            | 11               | 116          | 10,4%          |
| Korttid, rehabilitering og KAD             | 8                | 15            | 1                | 24           | 2,3%           |
| Boliger med døgnbemanning                  | 25               | 15            | 7                | 47           | 4,6%           |
| <b>Samlede tilbud heldøgns bemanning</b>   | <b>48</b>        | <b>110</b>    | <b>19</b>        | <b>187</b>   | <b>17,3%</b>   |

*Kommentar: I 2016 hadde de tre kommunene samlet en dekningsgrad på 17,3% når det gjelder plasser med heldøgns bemanning for eldre over 80 år. Til sammen var det 130 plasser i sykehjem (langtid og korttid) for eldre over 80 år, som betyr at 12,7 % av alle eldre over 80 år hadde plass i sykehjem. På landsbasis var tilsvarende andel 13,6%. Til sammen var det 47 boliger med døgnbemanning for eldre over 80 år, som betyr at til 4,6 % av eldre over 80 år hadde et slikt tilbud. På landsbasis var tilsvarende andel 3,6%. (Kilde: Agenda Kaupang)*

| <b>Andel innbyggere over 80 år med plass i sykehjem - 2018</b> |              |
|----------------------------------------------------------------|--------------|
| Mandal                                                         | 11,6%        |
| Marnardal                                                      | 13,3%        |
| Lindesnes                                                      | 6,4%         |
| <b>Samlet</b>                                                  | <b>10,4%</b> |

SSBs tall fra 2018 viser at andelen eldre over 80 år som hadde plass i sykehjem (langtid og korttid) var på 10,43% (Mandal 11,6%, Marnardal 13,3%, Lindesnes 6,4%), altså en nedgang fra 2016 der andelen var 12,7%.

For å kunne gjøre nye beregninger av behovet for plasser for eldre over 80 år frem mot 2040, er det innhentet nye framskrivninger av befolkningstall. Tabellen nedenfor viser forventet antall eldre over 80 år i Lindesnes kommune i perioden 2020-2040.

| <b>Nye Lindesnes kommune, antall over 80 år</b> |             |             |             |             |
|-------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                                 | <b>2020</b> | <b>2025</b> | <b>2030</b> | <b>2040</b> |
| Mandal                                          | 722         | 867         | 1128        | 1585        |
| Lindesnes                                       | 219         | 283         | 390         | 530         |
| Marnardal                                       | 100         | 107         | 155         | 227         |
| <b>Nye Lindesnes</b>                            | <b>1041</b> | <b>1257</b> | <b>1673</b> | <b>2342</b> |

*Antall Eldre over 80 år i «nye Lindesnes» 2018 – 2040. fremskrevet utvikling hvert 5 år fra 2020 til 2040. Kilde: Alternativ MMMM SSB*

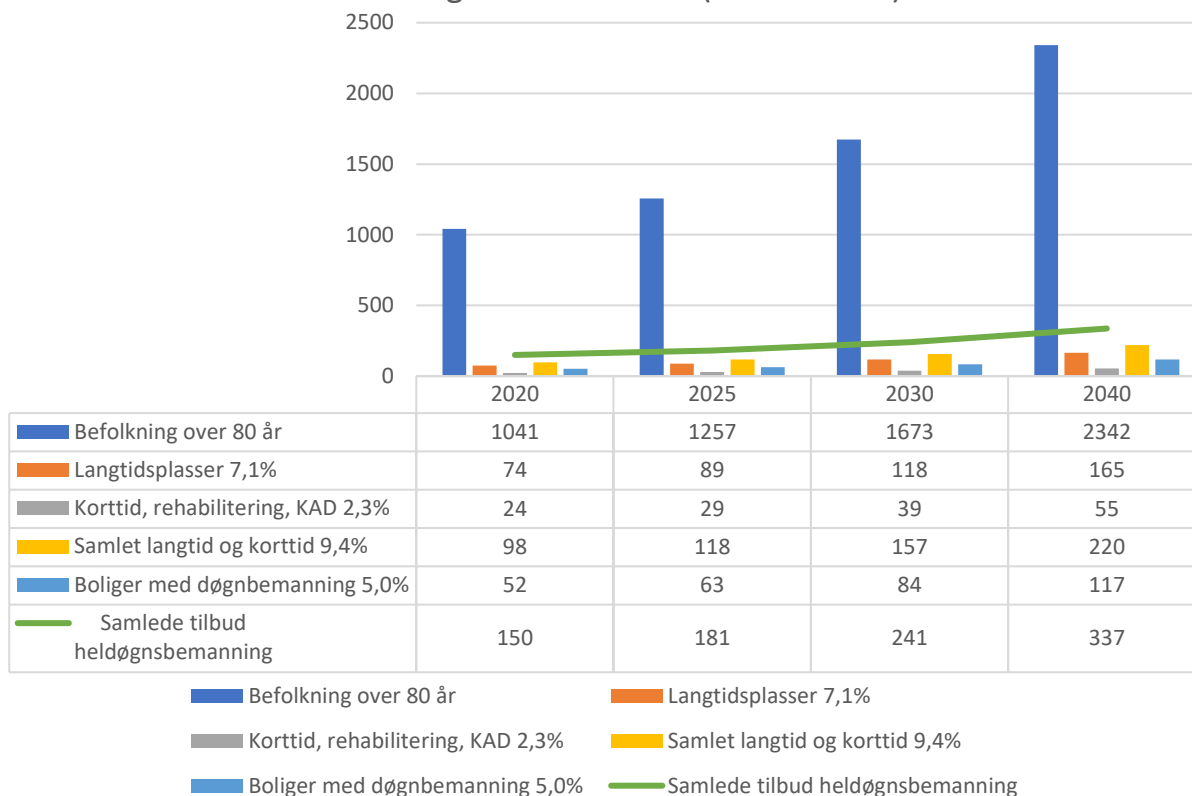
| <b>Antall langtids og korttidsplasser og boliger med heldøgns bemanning frem mot 2040</b> |             |             |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                                                                           | <b>2020</b> | <b>2025</b> | <b>2030</b> | <b>2040</b> |
| Befolkning over 80 år                                                                     | <b>1041</b> | <b>1257</b> | <b>1673</b> | <b>2342</b> |
| Langtidsplasser 7,1%                                                                      | 74          | 89          | 118         | 165         |
| Korttid, rehabilitering, KAD 2,3%                                                         | 24          | 29          | 39          | 55          |
| Samlet langtids og korttid 9,4%                                                           | 98          | 118         | 157         | 220         |
| Boliger med døgnbemanning 5,0%                                                            | 52          | 63          | 84          | 117         |
| Samlede tilbud heldøgns plasser                                                           | 150         | 181         | 241         | 337         |

*Kommentar: Tabellen viser dekningsgrader for langtidsplasser, og ut fra dette antall korttidsplasser, samt boliger med heldøgns bemanning og samlet. Etter det Nordiske alternativet.*

*Når det gjelder tallene for 2020, er ikke dette de reelle tallene. Tallene viser antallet plasser og fordelingen av disse ville ha vært hvis kommunen hadde benyttet den «nordiske modellen» som grunnlag i tidligere år.*

Tabellen nedenfor viser framskrevet behov for plasser/ boliger med døgnbemanning i nye Lindesnes kommune frem mot 2040, Grunnlaget er en framskriving av antall personer over 80 år, og de valgte dekningsgradene i det Nordiske alternativet innenfor de ulike kategorier av plasser/ boliger.

### Samlet behov for heldøgns plasser i ulike kategorier endring 80 + hvert 5 år (2020 - 2040)



*Kommentar: Antall Eldre over 80 år i «nye Lindesnes» 2018 – 2040. fremskrevet utvikling hvert 5 år 2020 – 2040. Kilde: Alternativ MMMM SSB.*

Med disse tallene som grunnlag blir behovet for plasser for eldre over 80 år slik i 2025 og 2040

- 89 langtidsplasser i 2025 og 165 plasser i 2040
- 29 korttidsplasser i 2025 og 55 plasser i 2040
- 63 boliger med heldøgns bemanning i 2025 og 117 boliger i 2040.

I Lindesnes kommune vil antall eldre over 80 år øke fra 1041 i 2020 til 2342 i 2040. Dette er en fordobling av antall eldre over 80 år. Økningen av antall eldre over 80 år gjenspeiles i økningen av antall langtidsplasser, korttidsplasser og boliger med heldøgns bemanning.

For denne aldersgruppen var de reelle samlede tallene for nye Lindesnes kommune 130 plasser i sykehjem og 47 boliger med heldøgns bemanning. Om forskyvningen mot en mer hjemmebasert omsorg med dekningsgrader etter det Nordiske alternativet hadde startet tidligere, ville antall plasser i sykehjem (korttid og langtid) for denne gruppen nå i 2020 vært 98 og boliger med heldøgns bemanning vært 52. Altså ville det vært færre plasser i sykehjem, flere boliger med heldøgns bemanning og flere mottakere av hjemmebaserte tjenester.

Oversikten i tabellen ovenfor vil være et utgangspunkt som kommunen kan benytte for videre planlegging og mer presise beregninger av antall plasser/ boliger som skal tilbys og eventuelt bygges ut år for år.



## Behovet for plasser – samlet for alle aldergruppene

Oversikten er basert på alternativ Norden for Aldersgruppen over 80 år.

|                                   | Aldersgruppen<br>over 80 år |      | Aldersgruppen<br>67-79år |      | Aldersgruppen<br>under 67 år |      | Samlet<br>Behov |      |
|-----------------------------------|-----------------------------|------|--------------------------|------|------------------------------|------|-----------------|------|
|                                   | 2025                        | 2040 | 2025                     | 2040 | 2025                         | 2040 | 2025            | 2040 |
| Langtidsplasser                   | 89                          | 165  | 25                       | 30   | 4                            | 5    | 118             | 200  |
| Korttidsplasser                   | 29                          | 55   | 6                        | 8    | 5                            | 4    | 40              | 67   |
| Boliger med<br>heldøgns bemanning | 63                          | 117  | 1                        | 2    |                              |      | 64              | 119  |

I tabellen nedenfor er det satt opp en oversikt over dagens plasser, plasser i 2025 slik man tror at de vil være fordelt etter at helsehuset og nye omsorgsboliger er bygget på Orelunden, samt behovet som kommunen ser ut til å få i 2040.

Hvordan den videre utbygging i Lindesnes kommune, ut over det som skal bygges på Orelunden, har ikke vært en del av konseptutredningen for nytt helsebygg i Mandal.

| Type plass                                                         | Hvor                           | Plasser<br>2019 | Plasser<br>2025* | Behov<br>2040 |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Langtidsplasser/sykehjem<br>inkl. skjermede plasser for<br>dements | Helsebygg / helsehus           |                 |                  |               |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 129             | 148              | 200           |
| Korttidsplasser, rehabilitering<br>og akutt plasser                | Helsebygg / helsehus Orelunden |                 | 48               | 48            |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 32              | 48               | 67            |
| Boliger særskilt tilrettelagt for<br>heldøgns tjenester            | Helsebygg / helsehus Orelunden |                 | 80               |               |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 47              | 80               | 119           |
| Selvstendige omsorgsboliger                                        | Helsebygg / helsehus           |                 |                  |               |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 119             | 119              | 119           |
| Plasser i dagaktivitetssenter<br>- eldre                           | Helsebygg / helsehus           |                 | 48               | 48            |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 206             | 254              | 310           |
| Plasser i dagaktivitetssenter<br>- demens                          | Helsebygg / helsehus           |                 |                  |               |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 134             | 134              | 148           |
| Plasser i dagaktivitetssenter<br>- psykisk helse/rus               | Helsebygg / helsehus           | 20              | 20               | 20            |
|                                                                    | Totalt i kommunen              | 160             | 160              | 192           |

\*) Antall plasser og fordeling av plasser kan bli endret

**Langtidsplasser sykehjem:** Noen av dagens korttidsplasser omgjøres til langtidsplasser når korttidsplassene samles i helsehuset.

**Korttidsplasser:** I tillegg til antallet i tabellen vil det være korttidsplasser for avlastning (for eldre) andre steder i kommunen.

**Dagsentrene:** Varierte åpningsdager fra 2 til 5 dager pr uke. Det er skjønnsmessig lagt inn en beskjeden økning på 20 % i 2040.

## Tildelingskriterier for omsorgsplasser

I 2019 ble det for nye Lindesnes kommune utarbeidet «Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenestene». Dette omhandler prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenestene, og her heter det bl.a.

*... Det legges vekt på at den enkelte innbygger selv har ansvar for å mestre eget liv. Videre skal brukerne gis informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. Målet er at innbyggerne i Lindesnes kommune i størst mulig grad skal mestre eget liv og kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. For å oppnå dette bør frivillige og nettverk engasjeres i større grad. Lokalsamfunnets innbyggere bør mobiliseres på nye måter slik at de kan bli ressurser for hverandre. Kommunen må legge til rette for at velferdsteknologi kan bidra til økt mestring i hverdagen. Videre må det gis helhetlige tjenester bygget på god samhandling både internt og mellom kommunale og øvrige tjenester.*

I samme kapittel omtales to førende prinsipper for hvordan Lindesnes kommune, i tillegg til sentrale lovkrav, skal styre sine prioriteringer for helse- og omsorgstjenester:

- **Mestringsprinsippet.** Prinsippet bygger på at det er naturlig at brukerne mest mulig tar i bruk sine egne ressurser, at tjenestene motiverer til selvhjelp og at tjenestene skal ha fokus på å styrke brukernes mulighet til å styre sitt eget liv ved forebyggende tiltak og rehabilitering. Prinsippet fokuserer på at en får tjenester i den perioden hvor det er behov, og at det gjøres evalueringen underveis med mål om at brukerne igjen kan ivareta egen helse, praktiske og personlige gjøremål. For eksempel kan det være nødvendig med et rehabiliterings- og /eller behandlingstilbud i institusjon for så å komme styrket hjem og delta aktivt i samfunnet igjen.
- **BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå).** Prinsippet innebærer bl.a. at den enkelte bruker eller pasient etter en individuell vurdering av sine behov skal få et korrekt og individuelt tilpasset tilbud på rette nivå. Prinsippet medfører at tjenestetildelingen, for eksempel i forhold til rehabiliteringstjenester og praktisk bistand og opplæring, kan være relativt omfattende i en periode, slik at denne personen etter dette kan klare seg uten omfattende tjenestetilbud.

Det forventes at en etterfølgelse av disse to prinsippene skal bidra til at tjenestene vris i den ønskede retningen. Gjennom slik vridning forventes det en positiv innvirkning på kommunens driftsøkonomi. Byggingen av et nytt helsebygg i Mandal inngår som en av flere tiltak for å redusere de totale kostandene.

## Omsorgsplasser på Orelunden

Det planlegges nå med 48 korttidsplasser for rehabilitering og opptrening i Helsehuset. Dette er 8 flere enn i det som var planen ved inngangen til utredningen av konseptet, og begrunnes i den større satsingen kommunen ønsker å ha tilknyttet rehabilitering og mestring for å kunne greie selv lenger i eget hjem. 33 av disse plassene er til erstatning for korttidsplassene som i dag er ved hhv Mandal sykehjem, Vigeland omsorgssenter og Marnardal omsorgssenter. Rom som etter dette blir stående ledige, benyttes for andre formål innen helse- og omsorgstjenestene.

Det planlegges nå med 80 omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns tjenester på Orelunden, der 24 av disse er til erstatning for dagens boliger for eldre ved Orelunden omsorgssenter. 56 plasser er helt nyopprettede plasser, og betyr at det etableres 8 flere nye plasser enn de 48 plassene som var planen ved inngangen til utredningen av konseptet. Behovet for nye plasser vil øke ytterligere frem mot 2040 og at det er viktig nå å få utnyttet den utbyggingen som nå skal gjøres på Orelunden best mulig. Det er imidlertid noe usikkert om det er mulig å realisere så mange omsorgsboliger på denne tomte. Mulighetsstudiene og arbeidet med reguleringsplanen i neste fase skal gi nærmere svar på dette.

Det forutsettes at dagens omsorgssenter på et eller annet tidspunkt vil måtte rives. Alle som bor på Orelunden vil være sikret å ha en ny bolig på det tidspunkt dette skjer. Dette gjelder både eldre, personer med nedsatt

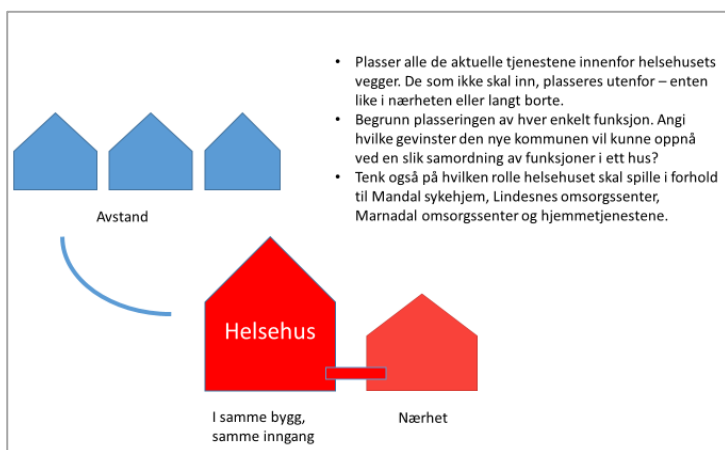
funksjonsevne og personer med psykiske lidelser. I alternativene for utbygging på tomte, jfr. kapittel 10.4, omtales også dette.

På Orelunden planlegges det å opprettholde *30 plasser i et dagaktivitetssenter for eldre* og *20 plasser i et dagaktivitetssenter for personer med psykiske lidelser*. Disse plassene finnes på Orelunden i dag, og konseptet tilsier en plassering av disse i de nye byggene på Orelunden.

## 5. Konseptet for nytt helsebygg på Orelunden

I workshopene som ble gjennomført i april og september 2019 var hovedoppgaven å utforme prinsipper for samordningen av ulike funksjoner/ tjenester i ett nytt helsebygg. Oppgaven var først å angi hvilke tjenestefunksjoner som skal/kan tilhøre det nye bygget, hvilke som bør ligge nært tilknyttet dette helsebygget og hvilke som, av ulike grunner, ikke trenger å ha direkte fysisk nærhet til det.

Etter dette var oppgaven å utforme prinsipper for hvordan det kan oppnås mest mulig samhandling og effektivitet i driften av tjenestene og driften av selve bygget. Dette handlet om hvordan de ulike tjenestene/ funksjonene i bygget bør ligge i forhold til hverandre, hvilke arealer/ rom som kan sambrukes og hvordan de indre kommunikasjonsveiene bør være for at de ønskede effektene av samlokalisering skal kunne oppnås. Byggets omgivelser og tilrettelegging for trafikk til/ fra bygget inngikk også i dette.



Gruppene drøftet, tegnet og beskrev sine forslag til plassering av tjenestefunksjonene. Arbeidsgruppens resultater ble av prosjektledelsen oppsummert til tre alternativer, som igjen ble bearbeidet i et arbeidsmøte med prosjektgruppa.

Prosjektledelsen konkluderte så med et hovedalternativ som skulle bearbeides videre i detalj. Denne bearbeidingen ble gjort både gjennom arbeidsmøter med enhetslederne for de respektive tjenestene, i prosjektgruppa og i en ny workshop med bred deltakelse.

### 5.1 Hovedprinsipper

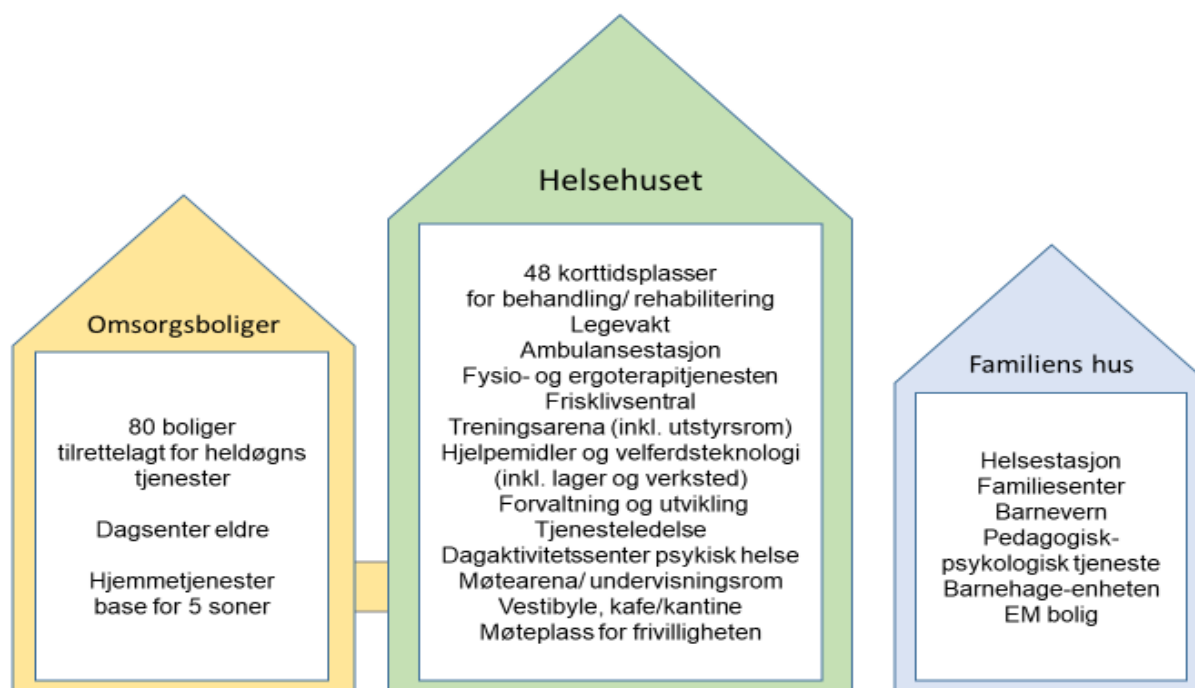
Gjennom prosessen ble det tydelig at planleggingen av nye omsorgsboliger måtte skje samtidig med planleggingen av helsehuset. Samtidig ble det løftet frem et behov for å samlokalisere tjenestene som er tilknyttet Familiens hus.

Konseptet ble dermed endret fra å omhandle innhold og utforming av ett nytt bygg på tomte Orelunden til å se på hvordan denne tomte kan utnyttes best mulig til å ivareta alle samlokaliseringsbehovene som kom opp. En forutsetning for å kunne ivareta alle disse tre behovene, var følgende:

*Tjenestene har et nært samarbeid med hverandre i det daglige, og en samlokalisering vil kunne gi kvalitetsmessige og driftsmessige gevinster for hver enkelt av dem samt en helhetlig økonomisk gevinst for kommunen.*

Konseptet for et nytt helsebygg som det nå anbefales å jobbe videre med, består av to nye helsebygg på Orelunden, som heretter benevnes Helsehuset og Omsorgsboligene. I tillegg er det så langt sett som fornuftig

å også samle familietjenestene i et felles bygg og etablere dette på samme tomta som helsebyggene. Dette bygget benevnes heretter Familiens hus I arbeidsprosessen er disse byggene også benevnt dom det grønne bygget (Helsehuset), det gule bygget (Omsorgsboligene) og det blå bygget (Familiens hus).



Helsehuset vil være det mest sentrale bygget på Orelunden, og er vurdert til å være det bygget som det er aller viktigst å få bygget.

Helsehusets primære oppgave er å bidra til å oppfylle kommunes mål om at innbyggerne i Lindesnes kommune i størst mulig grad skal mestre eget liv og kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Helsehuset skal være et hus der det gis medisinsk behandling og opptrening, samt veiledning for brukernes egen mestring av hverdagen. Samtidig skal Helsehuset være et kompetansesenter for de ansatte innen helse- og omsorgstjenestene. Helsehuset skal også representere en møteplass for den del av frivilligheten som ønsker å gi bidrag til å skape en rikere hverdag for pasienter og andre hjelpetrengende brukere. I Helsehuset etableres det korttidsplasser for behandling og opptrening. Helsehuset skal ikke inneholde korttidsplasser for avlastning; disse tilbys i de ulike omsorgssentrene/sykehjem i kommunen

Nye omsorgsboliger for eldre kan i prinsippet ligge i avstand fra Helsehuset. Når det likevel planlegges å etablere disse på Orelunden, er det ut fra at denne tomta anses å være egnet for den utbyggingen som kommunen må gjøre for å dekke behovene for tjenester fra 2025 og utover. På Orelunden ligger det også allerede omsorgsboliger med heldøgns tjenester samt et dagaktivitetssenter for eldre, og disse tjenestene ønskes opprettholdt, men flyttet over til et nytt bygg. Siden Helsehuset vil ha en del funksjoner som også brukerne av dagaktivitetssenteret og beboerne i omsorgsboligene kan benytte, bl.a. treningssenter, kafe og store møtearealer, er det funnet formålstjenlig at det etableres en tørrskodd forbindelse mellom Helsehuset og Omsorgsboligene. Omsorgsboligene skal ha sitt eget inngangsparti i eget bygg. Den tørrskodde forbindelsen kan være i 1.etg eller en annen etasje avhengig av hvilke løsninger som er mulig å realisere på tomta. Det anbefales at dette blir en synlig overgang som også kan gi opplevelseskvaliteter for beboere og besøkende i seg selv. En tørrskodd forbindelse vil også ha betydning for hjemmetjenestenes ansatte ved at garderobes, parkering og møterom kan samordnes med tilsvarende i helsehuset. Det forutsettes at det kan etableres et

stort parkeringsanlegg under byggene, og at det skal være mulig å komme opp til både Helsehuset og Omsorgsboligene fra dette.

Det er et prinsipp at ingen skal ha sin bolig i Helsehuset. Helsehuset skal derfor ikke inneholde langtidsplasser/ sykehjemsplasser eller omsorgsboliger. Det kan imidlertid ikke utelukkes at det ut fra tomtemessige eller bygningsmessige forhold, kan være en løsning at Omsorgsboligene legges til samme bygg som Helsehuset. En forutsetning for at dette skal kunne bli en god løsning for beboerne, er at hovedinngang til omsorgsboligene blir adskilt i forhold til Helsehusets innganger, og at all trafikk til/ fra behandlingsplasser ikke preger omsorgsboligenes primære omgivelser.

Det er et uttrykt behov for å samle tjenestene tilknyttet Familiens hus i et felles bygg. Det har underveis i arbeidet blitt drøftet hvorvidt det er behov for en nær tilknytning til Helsehuset eller om det kun er slik at dette vil være en fornuftig utnyttelse av et ledig areal på tomte. Når Familiens hus nå ligger inne i konseptet for Orelunden, er dette begrunnet i det nære samarbeidet mellom enkelte av familietjenestene og tjenestene tilknyttet psykisk helse og rus. Familietjenestene er også nært knyttet opp til ergo- og fysioterapitjenestene. Familiens hus bør etableres nært Helsehuset, enten i samme bygg eller som et separat bygg. Hvis det skal være et separat bygg, vil det være formålstjenlig med en tørrskodd tilgang mellom de to byggene, da dette vil bety at både brukere og ansatte kan kunne nå tjenester i begge byggene på en enkel måte.

Konseptet for plassering av tjenestefunksjonene, slik de er beskrevet ovenfor, er fremkommet gjennom drøftinger med enhetsledere, fagansvarlige og tillitsvalgte. Hovedprinsippene i konseptet er også presentert i et eget dialogmøte med frivillige lag, organisasjoner, foreninger og andre frivillige. Det er fremkommet konstruktive innspill som vil bli tatt med inn i det videre arbeidet, bl.a. vedr møteplasser for frivilligheten, trafikksituasjonen og uteområdene.

## 5.2 Innholdet i helsebyggene

Det som opprinnelig var ett helsebygg, har nå funnet sin form i tre separate bygg som har en sammenheng med hverandre. Helsehuset er det mest sentrale bygget, og har på ulike måter sammenheng med både Omsorgsboligene og Familiens hus.

En forutsetning for å oppnå gevinster med denne løsningen er at tjenestene i byggene organiseres slik at man sikrer gode, tverrfaglige kompetansemiljø, og at byggene utformes ut fra dette. Mange av kommunens innbyggere vil være brukere av flere av de tjenestene som planlegges lagt til Orelunden. Noen vil for eksempel være en samtidig bruker av tjenester i Helsehuset og Familiens hus, og i tillegg kanskje være pårørende for beboere i Omsorgsboligene. For både ansatte og innbyggere er det derfor viktig å se disse byggene i sammenheng og gi en enkel adkomst til alle. Likevel skal innbyggerne oppleve dette som tre separate samlinger av tjenester, der tjenestene har ulike formål.

Nedenfor beskrives kort de funksjoner og tjenester som skal ha sin plass i de nye byggene. I vedlegg 1 finnes en nærmere beskrivelse av funksjonenes behov for ulike rom og hvilken nærhet de trenger til andre funksjoner i byggene

### Helsehuset

#### **Korttidsplasser – bogrupper**

Det etableres 48 korttidsplasser i Helsehuset. Disse organiseres i 6 bogrupper, med 8 boenheter/ pasientrom i hver. Korttidsplassene er beskrevet nærmere i kap.2 og kap.6.2.

### **Tjenesteledelse**

Alle enhetslederne inne Velferd, samt deres stab, skal ha sin faste arbeidsplass i Helsehuset. Dette gjelder enhetsleder for forvaltning og utvikling, enhetsleder helsetjenester og legevakt, enhetsleder hjemmebaserte tjenester, enhetsleder rehabilitering og mestring, enhetsleder miljøterapeutiske tjenester, enhetsleder sykehjem.

### **Forvaltning og utvikling**

Tjenesten består av ulike typer funksjoner; saksbehandling, veiledning, tjenesteutvikling. Arbeidet vil i hovedsak være kontorbasert, men noen av de ansatte vil også være ute hos brukerne for å gjøre nærmere vurderinger av tjenestebehov. Det vil være en del møter med eksterne samarbeidspartnere og samtaler med pårørende som trenger veiledning og avklaringer vedr. situasjonen til sine nærmeste.

### **Ambulansetjenesten**

Ambulansetjenesten er organisert i flere vaktlag, der flere ansatte bor på stasjonen mens de er på vakt. Ambulansestasjonen er inndelt i to områder, som gjerne kan ligge over hverandre i bygget med direkte trapp mellom områdene. Det ene området er garasjeanlegget og det andre området er et bo- og oppholdsareal. Levering av pasienter til Legevaktas skadestue skal skje direkte via garasjen. Ambulansen leverer ellers pasienter til korttidsavdelingen. Også ambulanser fra andre lokasjoner leverer pasienter til legevakta og korttidsplassene, og det bør utarbeides en plan for samordning av de ulike leveringene i ett punkt.

### **Legevakt**

Legevakttjenesten er i dag organisert slik at det er de lokale legekontorene som utøver tjenesten på dagtid på hverdager, mens det på kveldstid og i helger er legevakten som kan oppsøkes eller søkes råd fra. Tjenesten består av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. 12-13 årsverk vil være knyttet til tjenesten. Legevakta ivaretar i dag de kommunale akutt plassene. Disse vil i Helsehuset bli lagt til en avdeling tilknyttet korttidsplassene. Arealbehovet i Helsehuset er beregnet med utgangspunkt i dagens lokaler. Imidlertid er det behov for justeringer av dette både mht. romstørrelser og utformingen av lokalene. Det planlegges med en sykepleie-poliklinikk tilknyttet legevakta. Denne finnes ikke i dag. Tjenesten tenkes utført av legevaktas personell i samarbeid med hjemmetjenesten.

### **Rehabilitering og mestring**

Tjenesten består av avdelingene Helsefremming og rehabilitering og Aktivitet og mestring. Ansatte i avdeling Helsefremming og rehabilitering utfører sine oppgaver «rundt omkring» i kommunen. Helsehuset er derfor ett av flere arbeidsteder. Rehabilitering skal skje der brukeren/pasienten er, og tjenesten krever derfor at bl.a. omsorgsboligene og korttidsplassene i Helsehuset er godt tilrettelagt for dette. Forøvrig er det treningsarenaen i Helsehuset samt hjelpemiddellageret som blir de mest aktive arbeidsområdene for de ansatte. Disse områdene er beskrevet for seg. Avdeling Aktivitet og mestring inkluderer dagaktivitetssentrene, som er beskrevet for seg.

### **Frisklivsentralen**

Frisklivsentralen er en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste, som finner frem til aktiviteter og tilbud som kan hjelpe, og gir veiledning og oppfølging både individuelt og i grupper.

### **Psykisk helse og rus**

Psykisk helse og rus gir tilbud til personer, deres familie og nettverk. Det gis tilbud om oppfølging i bolig for de som sliter med rus- og psykisk helseutfordringer, og det tilbys individuelle samtaler, gruppetilbud og diverse kurs. Boteamet gir hjelp til å klare å bo, samt praktisk bistand, for personer som har utfordringer knyttet til psykisk helse og/ eller rus og som trenger hjelp til dagliglivets aktiviteter. Brukerne har ofte behov for sammensatte tjenester over tid.



### **Dagaktivitetssenter – psykisk helse og rus**

Dagaktivitetssenteret bidrar til å gi personer med psykiske lidelser eller rusproblemer en aktiv og meningsfull tilværelse: aktiviteter, måltid, sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak. Ved å legge dette til Helsehuset, gjøres psykisk uhelse og rusproblematikk mer vanlig og «normalt».

### **Treningsarena**

Treningsarenaen er et tilbud for alle som er brukere av tjenestene i Helsehuset og Omsorgsboligene, samt hjemmeboende. Enheten Rehabilitering og mestring v/ ergo- og fysioterapitjenesten er ansvarlig for aktivitetene som drives her. I tillegg skal treningsrommene kunne benyttes av personell i Ambulansetjenesten på ettermiddag og kveld etter avtale. Treningsarenaen skal også kunne leies ut til frivillige lag/ organisasjoner samt benyttes av ansatte på kveldstid. Treningsarenaen skal bidra til å skape «liv og røre» i Helsehuset.

### **Hjelpemidler og velferdsteknologi**

Behovene for hjelpemidler er økende, noe som er i tråd med at brukere og pasienter i større grad skal kunne greie seg på egen hånd. Det er stor utskifting av hjelpemidlene, slik at kommunens lager i stor grad får funksjon som mellomlager før NAV henter retur. Lagerrommene må derfor være store.

Dette arealet har også en utvidet funksjon i forhold til å være et sted der brukere kan prøve ut ulike hjelpemidler før bestilling skjer, eller før hjelpemiddel leveres.

I tillegg er det behov for et utstyrlager for mindre tekniske hjelpemidler, et verksted og et areal for opplading av større hjelpemidler. Det er behov for et eget rom for testing av hørsel og syn, samt utprøving av utstyr for dette.

### **Møte- og undervisningsrom**

Alle tjenestefunksjonene i Helsehuset vil ha behov for store og godt utstyrte møte- og undervisningsrom, bl.a. med videokonferanse-teknologi. Disse rommene skal deles av alle og legges derfor sentralt i 1. etasje ved vestibyle og kafe. Tilknyttet disse rommene skal det være garderober og pausearealer. Det bør i tillegg være noen mindre rom/ samtalerom. Det må sikres at møterommene er så store at det kan avholdes avdelingsmøter der. En avdeling innen helse- og omsorgstjenestene har ofte mange ansatte, og hver avdeling kan ikke etablere store møterom i eget areal. Tilknyttet dette arealet er det behov for et felles «simuleringslab», et rom der personell fra legevakt, ambulanse, pleiepersonell kan trene og simulere på samarbeid i ulike kritiske situasjoner, og det vil være fornuftig at dette legges nært undervisningsrommene

### **Møteplass for frivillige, lag og organisasjoner**

Frivillige lag og organisasjoner skal kunne ha Helsehuset som en naturlig møteplass. Det er viktig at der etableres godt tilrettelagt rom for å samordne aktiviteter, planlegge, sosialt møtes og ellers kunne «hente seg inn igjen» etter en aktiv dag. Det etableres 2 store rom for arbeid og møter nært vestibylen og de øvrige møte- og undervisningsrommene. Ulike lag og organisasjoner skal kunne dele på disse rommene.

### **Driftstjenester**

Vaktmester, driftsteknikere og renholdere skal ha sine faste kontor- og møteplasser i Helsehuset. Disse bør ligge tett ved driftsrom som varemottak, avfallsrom, renholdsrom og tekniske rom. Samtidig bør vaktmester/ driftstekniker være enkelt tilgjengelig i forbindelse med ulike aktiviteter som skjer i Helsehuset, bl.a. gjelder dette for frivillige lag/organisasjoner som skal ha aktiviteter på huset og som trenger bistand i den forbindelse. Driftstjenestene vil også ha en rolle også knyttet til møte- og undervisningsrom, treningsarena, hjelpemidler og velferdsteknologi.

### **Vestibyle, kafe/ kantine**

Vestibyle, kafe/ kantine er beskrevet nærmere i kap.6.3

## Omsorgsboliger

### **Omsorgsboliger – bogrunder**

Det etableres 80 omsorgsboliger i bygget. Disse organiseres som 10 bogrunder med 8 boenheter i hver eller som 8 bogrunder med 10 i hver. En avdeling kan bestå av 2-3 bogrunder som ligger i samme etasje. Omsorgsboligene er nærmere beskrevet i kap.2 kap.6.3.

### **Hjemmetjenesten**

Hjemmetjenestene er den delen av kommunehelsetjenesten som gir pleie og omsorgstjenester for personer som bor utenfor institusjon. Hjemmetjenestene har døgntilgjengelighet. Det ytes hjemmetjenester også til beboerne i omsorgsboliger. På Orelunden skal det være en felles base for 5 av kommunens 8 hjemmetjeneste-soner (antall soner i hjemmetjenesten økes med 1 i forbindelse med etableringen av boligene på Orelunden). Tjenesten har et stort antall ansatte og er stort antall tjenestebiler.

### **Dagaktivitetssenter – eldre**

Dagaktivitetssenteret bidrar til å gi hjemmeboende eldre brukere en aktiv og meningsfull tilværelse: aktiviteter, måltid, sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak. Lokalene skal være lett å finne når man kommer utenfra, og det skal være lett tilgang til parken og turstier. Deler av dagaktivitetssenteret skal kunne leies ut til frivillige lag og organisasjoner på kveldstid. Mange av aktivitetene vil kunne knyttes til funksjoner som ligger i Helsehuset; treningsrom, kafeen, frivillige lag/organisasjoner, og det bør derfor være en enkel tilkomst dit.

## Familiens hus

Familiens hus er en samhandlingsmodell som skal legge til rette for at barn, unge og deres familier skal kunne møte et lett tilgjengelig og helhetlig tilbud. I nye Lindesnes kommune ligger enheten Familiens hus organisatorisk under kommunalsjef Oppvekst. Familiens hus omfatter følgende tjenester:

- Helsestasjon Mandal (helsestasjonene på Vigeland og i Marnardal videreføres)
- PPT/ Kompetansesenter
- Barnevern
- Familiens hus
- Familiesenter
- Bolig for enslige mindreårige - EM (saksbehandlere)
- Barnehagekontor (saksbehandlere).

Det er to grunner til at Familiens hus er kommet inn i utredningen av konseptet for nytt helsebygg. Det ene er et behov for å kunne samlokalisere alle tjenestene som nå er spredt over flere lokasjoner, og samtidig få etablert moderne kontorlokaler med gode møterom og testrom som gjerne kan være i sambruk med Helsehuset. Den andre grunner er fordelen med å ha nærhet til og mulig sambruk med tjenestene fysio- og ergoterapi, frisklivssentral og psykisk helse.

## Uavklarte funksjoner

Det er fortsatt usikkerhetspunkter knyttet til samlokaliseringen og samordningen av familietjenestene og tjenestene knyttet til psykisk helse. Det er heller ikke endelig avklart hvordan tjenestene mellom kommunen og Sørlandet sykehus skal samordnes fremover, og om ambulansetasjonen skal flyttes. Begge disse forholdene skal utredes videre i neste fase av prosjektet. Det er også behov for en nærmere utredning av hvordan løsningene for matproduksjon i den nye kommunen skal være, noe som også vil ha betydning for hvilken type kjøkken det skal planlegges for helsehuset og omsorgsboligene. Det er ønskelig å etablere flere legefunksjoner i Helsehuset, om dette skal være et legesenter eller kontorer for kommunale leger er under vurdering. I arealprogrammet er det lagt inn noen ekstra legekontorer tilknyttet Legevakta, da legekontorene her vil stå ledige på dagtid.

### Funksjoner i 1.etg.

I workshop har arbeidsgruppene kommet med betraktninger om hvilke funksjoner som bør ligge i Helsehusets 1.etg. For noen av funksjonene er en slik plassering ansett å være helt nødvendig ut fra transport og trafikale hensyn. For andre funksjoner er det behovene for at funksjonen skal være lett å se og nå for alle som er avgjørende. Oversikten er foreløpig slik:

- Varemottak, miljøstasjon og lager for hjelpemidler. Det antas at det ikke er mulig å legge disse funksjonene til kjeller pga. transportbilenes høyde.
- Kafe/kantine i kombinasjon med vestibylen. Skal være lett å se og nå for alle, også for innbyggere generelt.
- Ambulansens garasjeanlegg med tilhørende funksjonsrom. Oppholds- og overnattingsrom kan legges til 2.etg, men da med direkte tilknytting til garasjeanlegget via trapp.
- Legevaktas lokaler skal ligge vegg i vegg med ambulansens garasjeanlegg, da det planlegges at pasienter kan leveres direkte til skadestue herfra. Legevakta skal også være enkel å se og nå for pasienter som ikke kommer med ambulanse.
- Poliklinikker. Disse er pasientrettede og bør være lett å se og nå. Nærhet til legevakta vurderes som viktig
- Visnings- og veiledningsrom for hjelpemidler og velferdsteknologiløsninger.
- Treningsarealer. Disse skal være lett å se og nå. Samtidig betraktes dette som et areal som bidrar til «liv og røre», skal kunne være synlig utenfra og trenger nærhet til kafeen
- Undervisnings- og møterom. Disse skal benyttes både av tjenestene som er i bygget og av andre, og bør ligge nært kafe/ kantine. Rommene skal også kunne leies ut, og bør derfor være nært inngangen.
- Frivillighetens møteplass; kontorer og møterom. Disse skal være lett å ses og nås. Frivilligheten bidrar til å skape liv og røre, og trenger nærhet til vestibylen og kafeen
- Velværesenter; frisør, fotpleie etc. Disse skal kunne benyttes både av pasienter på huset og hjemmeboende, og må være lette å se og nås.

### 5.3 Antall ansatte og tjenestebiler

Enhetslederne har beregnet ansattbehovet for de funksjonene som skal etableres i Helsehuset, Omsorgsboligene og Familiens hus fra og med 2024/ 2025 når byggene skal flyttes inn.

Oversikten nedenfor viser at ca. 580 ansatte vil ha dette som sitt arbeidssted og at det på dagtid vil være ca. 300 ansatte som utfører tjenester her. Ca. 90 tjenestebiler trenger parkeringsplass og de fleste av disse vil være i bevegelse til/ fra i løpet av dagen. I tillegg komme ekstern trafikk som besøkende, varelevering, ambulanser o.a.

| Bygg/ Enheter            | Avdeling                       | Antall ansatte | Samtidig dag | Samtidig kveld | Samtidig natt | Tjenestebiler |
|--------------------------|--------------------------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| <b>Omsorgsboliger</b>    |                                |                |              |                |               |               |
| Hjemmetjenesten          | Sone 1                         | 41             | 11           | 6              | 4             | 35            |
|                          | Sone 2                         | 41             | 11           | 6              |               |               |
|                          | Sone 3                         | 41             | 11           | 6              |               |               |
|                          | Sone 4                         | 41             | 11           | 6              |               |               |
|                          | Sone 5                         | 41             | 11           | 6              |               |               |
| Rehabilitering           | Dagaktivitetssenter            | 3              | 3            |                |               |               |
| Privat                   | Velværesenter                  | 3              | 3            |                |               |               |
| <b>SUM</b>               |                                | <b>211</b>     | <b>63</b>    | <b>30</b>      | <b>4 *</b>    | <b>35</b>     |
| <b>Helsehuset</b>        |                                |                |              |                |               |               |
| Ambulanse                | Personell                      | 50             | 10           | 5              | 5             | 5             |
|                          | Ledelse                        | 2              | 2            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>52</b>      | <b>12</b>    | <b>5</b>       | <b>5</b>      | <b>5</b>      |
| Legevakt                 | Legevaktpersonell              | 25             | 4            | 3              | 3             | 1             |
|                          | Ledelse                        | 1              | 1            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>26</b>      | <b>5</b>     | <b>3</b>       | <b>3</b>      | <b>1</b>      |
| Korttidsplasser          | Avd. 1 - 24 plasser            | 20             | 9            | 6              | 3             |               |
|                          | Avd. 2 - 24 plasser            | 20             | 9            | 6              |               |               |
|                          | Adm.                           | 2              | 2            |                |               |               |
|                          | Støttetjenester                | 4              | 4            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>46 *</b>    | <b>24</b>    | <b>12</b>      | <b>3</b>      |               |
| Psykisk helse            | Psykisk helse                  | 17             | 10           |                |               | 5             |
|                          | Bo-team                        | 25             | 10           | 3              | 3             | 7             |
|                          | Adm.                           | 2              | 2            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>44</b>      | <b>22</b>    | <b>3</b>       | <b>3</b>      | <b>12</b>     |
| Rehabilitering           | Aktivitet og mestring          | 3              | 3            |                |               | 3             |
|                          | Helsefremming og rehabil..     | 24             | 24           |                |               | 8             |
|                          | Ledelse                        | 3              | 3            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>32</b>      | <b>32</b>    |                |               | <b>11</b>     |
| Forvaltning og utvikling | Utvikling og støttetjenester   | 15             | 15           |                |               | 1             |
|                          | Forvaltning og koordinering    | 18             | 18           |                |               | 3             |
|                          | Adm.                           | 6              | 6            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>29</b>      | <b>39</b>    |                |               | <b>4</b>      |
| Drift av bygget          | Kantine                        | 6              | 3            |                |               |               |
|                          | Bygnings-teknisk               | 2              | 2            |                |               | 2             |
|                          | Renhold                        | 8              | 5            |                |               |               |
|                          | <b>Sum</b>                     | <b>16 *</b>    | <b>10</b>    |                |               | <b>2</b>      |
| <b>SUM</b>               |                                | <b>229</b>     | <b>144</b>   | <b>23</b>      | <b>14</b>     | <b>35</b>     |
| <b>Familiens hus</b>     | Helsestasjon                   | 35             | 15           |                |               | 20            |
|                          | Barnevern                      | 34             | 34           |                |               |               |
|                          | PPT                            | 14             | 14           |                |               |               |
|                          | Familiesenter og familiens hus | 14             | 14           |                |               |               |
|                          | Barnehageenhet, EM og Stab     | 46             | 16           |                |               |               |
| <b>SUM</b>               |                                | <b>143</b>     | <b>93</b>    |                |               | <b>20</b>     |
| <b>TOTALT Orelunden</b>  |                                | <b>583</b>     | <b>300</b>   | <b>53</b>      | <b>16</b>     | <b>90</b>     |

\*) Dette tallet er beregnet av WSP. Øvrige tall er levert fra enhetslederne.

## 6. Utforming av rom og omgivelser

I stortingsmeldingene *Morgensdagens omsorg* og *Leve hele livet* gis det retning for hvordan kommunene skal legge til rette for at både omsorgsboliger og institusjoner blir gode steder å leve, ikke bare med tanke på riktige helsetjenester men også med tanke på at dette skal være et sted man bor, har tilhørighet og føler seg hjemme.

De fysiske omgivelsene danner rammene rundt hverdagslivet. De kan i ulik grad innby til god folkehelse ved mulighet for aktiviteter, vakre opplevelser og å møte andre mennesker. Dette er forhold som har betydning for livskvalitet. Å ha hyggelige og trygge omgivelser som man kan bevege seg i utendørs er viktig for et godt og meningsfullt liv.

Også når det gjelder Helsehuset bør bygningen, rommene og omgivelsene formes med utgangspunkt i de samme tankene, selv om pasientene er der kun i en kortere tidsperiode eller i store deler av tiden ikke greier å bevege seg ut på egen hånd.

### 6.1 Omsorgsbolig - bogrunder

I workshop 2 ble det spesielt arbeidet med å finne frem til de prinsippene som skal gjelder for utformingen av de nye omsorgsboligene på Orelunden. Dette er videre bearbeidet av prosjektgruppa og enhetslederne.

I bygget etableres det fellesskapsboliger - bogrunder – bestående av 8 private boenheter. Disse boligene skal være tilrettelagt for heldøgns tjenesteomsorg, enten denne gis som faste eller som ambulante hjemmetjenester. Personer med demens sykdom som krever skjerming skal ikke bo her, men tilbys plass på Mandal sykehjem.

Den private boenheten skal ikke inneholde alle funksjoner som er i en normal bolig, dvs. den skal ikke ha fullt kjøkken og heller ikke eget soverom. I hver bogruppe skal det være et fellesareal som kompenserer for dette.

Den private boenheten består av et stort kombinert oppholds- og soverom og et bad. Størrelsen på boenheten skal være 40 m<sup>2</sup> netto, der oppholds- og soverommet utgjør 33 m<sup>2</sup>. Denne størrelsen på oppholdsrommet gjør at det blir enkelt å komme seg frem på egen hånd med rullestol samtidig som rommet kan være møblert med en sofagruppe i tillegg til seng. Det vil også være plass for annet hjelpeutstyr. I oppholdsrommet skal det også være et minikjøkken, slik at beboer kan tilberede noe mat selv. Badet blir på 7 m<sup>2</sup>, og utstyres likt med badene i korttidsplassene, noe som gir en bedre arbeidssituasjon for pleiere hvis det blir behov for omfattende bistand.

Fellesarealet skal bestå av oppholdsrom/ i form av stue og spisekjøkken. Det skal være utgang til et uteområde/ terrasse fra stua eller spisekjøkkenet. Terrassen skal ha plass for alle beboerne pluss noen ansatte samtidig. Fellesarealet skal være så romslige at det blir plass for ulike aktiviteter som støtter opp under en «livsgledetenkning». I bogruppen vil det være nødvendig med noen støtterom som avfallsrom/ skyllerom, vaske/strykerom, renholdsrom, lager. I tillegg må det være et mindre arbeidsrom for ansatte, for dokumentering og annen oppfølging av beboerne.

I romprogrammet er 3 bogrunder lagt sammen i en etasje. Bogrunderne ønskes lagt som 3 «stråler» ut fra et felles inngangsparti. Det ses som hensiktsmessig at støtterommene til de ulike bogrunderne samordnes og etableres sentralt mellom de 3 bogrunderne.

Det skal legges til rette for at frivilligheten kan bidra på ulike måter med å skape en rikere hverdag for beboerne. Et stort felles aktivitetsrom bør derfor også etableres i hver etasje sentralt mellom 3 bogrunder, for eksempel som en integrert del av inngangspartiet i etasjen. I dette området bør det også være et større rom som kan benyttes for selskaper/ feiring av bursdager. Rommet kan utleies som møterom når det står ledig. Inngangs

og oppholdspartiet mellom bogruppene må formes slik at ikke støtterommene (avfall, skyllerom, lager) blir dominerende i forhold til at det her også skal kunne skje ulike aktiviteter for beboerne.

Utformingen av bogruppen må være slik at beboerne på en enkel måte kan komme i kontakt med andre beboere. Lange korridorer kan sette et institusjonslignende på bogruppen, samt bidra til ensomhet for den som bor lengst vekk fra inngangspartiet. Lange korridorer vil også være fysisk utfordrende for eldre som har vansker med å ta seg frem. Det er et generelt mål å korte ned avstander og samle boligene til et nært fellesskap, noe kan bl.a. kan gjøres ved å legge felles oppholdsareal og spisekjøkken sentralt mellom boenhetene. For å kunne oppnå oversiktlige forhold for både beboere og pleiepersonell, hjemlighet i omgivelsene og etablere et godt sosialt fellesskap, bør det ikke være mer enn 8 beboere i hver bogruppe.

## 6.2 Korttidsplasser – bogrunder

En korttidsplass er et midlertidig tilbud, og brukerne beholder sin egen bolig mens de oppholder seg der. Korttidsplassene i Helsehuset forbeholdes brukere som trenger heldøgns rehabilitering og opptrening, medisinsk behandling etter sykehusopphold, øyeblikkelig hjelp, lindrende behandling eller isolering pga. smitte over en kortere periode. Pasientene vil komme fra eget hjem, fastlegen, legevakta eller sykehuset. Personalet knyttet til denne tjenesten vil i stor grad være sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped og andre fagpersoner som primært er rettet mot diagnosegruppene.

Hver pasient skal ha sitt eget private rom. Disse pasientrommene organiseres i en bogruppe med 8 pasientrom med felles oppholdsrom i form av stue og spisekjøkken. 3 bogrunder samordnes i en etasje og utgjør en avdeling. Men 24 plasser vil det bli 2 avdelinger. Bogruppene skal ikke ligge i 1.etg. Pasientenes diagnose vil avgjøre hvilken avdeling/ bogruppe de får plass i. Pasientgruppene vil være slik:

- Rehabilitering
- Lindring og smitte (pasienter som trenger ro).
- ØHD, utredning/ observasjon, medisinsk behandling

Felles oppholdsrom består av stue og spisekjøkken som skal gi god plass til at alle kan innta sine måltider samtidig. Utenfor disse skal det være store terrasser. Terrassene skal kunne romme alle pasientene (i rullestol) i bogruppen pluss et par ansatte på samme tid.

Pasientrommene skal være på 32 m<sup>2</sup>, inkl. et bad på ca. 7m<sup>2</sup>. Pasientrommet skal være universelt utformet og ha god plass for både seng som står fritt ut fra vegg, rullestol, rullator, to lenestoler og bord, liten arbeidsstasjon for medisinsk utstyr, i tillegg til god plass for personalet å bevege seg på. Alle rommene skal ha TV-skjermer som skal kunne benyttes for flere formål, utover kun tv-titting) Badet skal utstyres og innredes i hht Arbeidstilsynets forskriftskrav for helse og omsorg. Pasienten skal kunne ha kort vei fra eget rom til fellesrommene. Badet blir på 7 m<sup>2</sup>, og utstyres slik at det både gis en god arbeidssituasjon for ansatte som skal gi bistand og med hjelpemidler slik at pasienten også kan greie seg selv. Toalettene skal ha spyl og føhn, og de skal kunne svinges.

Både pasientrommet, oppholdsarealet, terrassene og korridorene skal kunne benyttes for ulike former for trening, slik at pasientene alltid skal kunne trene litt der de er. Dette legger føringer for både størrelsen på rommene, plasseringen av dem i forhold til hverandre, samt hvordan de innredes. Det skal også etableres mindre åpne plasser eller store nisjer i forbindelse med korridorene. Dette skal være steder som tilrettelegges for trening, hvile eller som en sosial møteplass.

Hver bogruppe vil ha behov for en rekke støtterom. Dette er skyllerom, avfallsrom, medisinsrom, I tillegg er det behov for et lite dokumentasjonsrom og et samtalerom.

I romprogrammet er 3 bogrunder lagt sammen i en etasje, og disse ønskes lagt som 3 «stråler» ut fra et felles åpent inngangsparti. Hver bogrunder trenger støtterom som nærlager for lintøy og utstyr samt avfallsrom/skyllerom. Lager for medisinsk utstyr, hjelpemidler og teknisk utstyr og medisinrom vil være mest hensiktsmessig å etablere felles for bogrunderne – i et areal mellom dem. Inngangspartiet legges i forbindelse med heis/trapp, og skal ha en størrelse og utforming som gjør at det også kan brukes for ulike sosiale- og aktivitetsformål.

I hver avdeling/ hver etasje etableres et arbeidsrom/dokumentasjonsrom for ergo/ fysioterapi og andre medisinske spesialister, et kontor for avdelingsleder, samt et spiserom m/minikjøkken som personalet skal kunne benytte når kantinen er stengt. Disse rommene legges sentralt mellom de 3 bogrunderne. I hver avdeling skal det også etableres et 1 pårønderom m/ bad.

Selv om korttidsplassene vil ha et mer institusjonslignende preg enn en omsorgsbolig, skal pasientene oppleve å være i et hyggelig og hjemlig miljø, både når det gjelder valg av materialer, farger, belysning og møblering. Livsglede-tenkningen skal også prege korttidsplassene.

### 6.3 Vestibylene og inngangspartiene

Helsehuset skal ha en stor vestibyle som skal kunne dekke flere formål. Den skal fungere som en helt naturlig venteplass i forbindelse med møter og andre avtaler for ulike tjenestefunksjoner i Helsehuset. Vestibylene bør også kunne benyttes som venterom, noe som bidrar til å normalisere en ventesituasjon, i tillegg til Legevaktas ordinære venterom. Det bør i så fall være mulig å stenge av for Legevaktas venterom på kveldstid. Trappeløpene og personheiser til etasjene integreres med vestibylens interiørløsning. Vestibylene skal ikke være et nakent rom. I Helsehusets vestibyle og i åpne inngangspartier i etasjene er det behov for farger, kunst, og sanseintrykk.

Vestibylene skal være åpen og lys med store vindusflater som gir både utsyn og innsyn. Beliggenheten i huset og utformingen må være slik at folk trekkes inn på en naturlig måte. Vestibylene skal kunne benyttes til kulturformål av ulike slag. Frivillige lag og organisasjoner, ved hjelp av frivilligkoordinator, skal kunne bidra aktivt for ulike formål som både pasienter, pårørende og innbyggere generelt kan delta i. Det bør anlegges en scene i en eller annen form.

I vestibylene etableres egne plasser for informasjon, og eventuelt også et fast sted der pårørende og brukere kan finne veiledninger om de kommunale helse og omsorgstjenestene, samt møte til samtaler uten å måtte komme til saksbehandlerens kontor.

Kombinert kantine og kafe skal være integrert med vestibylene. I Helsehuset er det behov for et tilbud om drikke/ mat for både pasienter, besøkende og ansatte hele døgnet, noe som bl.a. kan løses med automater. Mattilbud utenom ordinær åpningstid i kafeen vil kunne ha betydning for hvordan vestibylene og møtesenteret kan benyttes til ulike formål. I tillegg til at kafeen benyttes i forbindelse med møter, undervisning og trening, er det ønskelig at det er her alle ansatte inntar sine spisepauser. For at innbyggere generelt skal trekkes mot en kafe på Orelunden, må den ikke oppleves å være folketom. Ved å gi vestibylene et stort areal, kan den uformes i soner slik at ulike formål kan oppnås i ett og samme rom. Kafeen må vende seg ut mot grøntområder/ parken, slik at det også går an å sitte ute. Vestibylene/ kafeen bør være gjennomgående i bygget slik at det er mulig å komme inn fra både hovedveien og elvepromenaden. Både brukere/ pårørende i Omsorgsboligene og brukerne i Familiens hus skal ha lett tilgang til denne kafeen

Behovet for vestibyle gjelder også for Omsorgsboligene, men i et mindre format.



## 6.4 Uteområdet

Det ligger i Helsehusets natur at god tilrettelegging for transport blir vesentlig. På grunn av at noen funksjoner vil ha krav til en skjermet eller egen inngang, må både Helsehuset og Omsorgsboligene få flere innganger enn hovedinngangen. Det skal også legges spesielt til rette for varemottak og levering. Ambulansens arealer må utformes slik at pasienter kan leveres til legevakta via ambulansens garasjeanlegg.

Kjøring og parkering på bakkenivå skal minimaliseres. Parkering tilknyttet tjenestene må hovedsakelig være under bakken, da det er mange tjenestebiler tilknyttet tjenestene. På bakkenivå og tett ved legevakta, men med egen skjermet inngang, skal det være plass for ambulanserbiler fra andre stasjoner, politibil.. Legevakta trenger også en egen inngang, i tillegg til at legevakta også skal kunne nås via vestibyen. Utenfor både legevaktas inngang, Helsehusets hovedinngang og Omsorgsboligenes hovedinngang må det være god plass for tørrskodd av/påstigning. Ved hovedinngangene skal det også være noen HC-parkeringsplasser, og det må legges til rette for parkering av el-rullestoler og sykler, hvis ikke dette kan løses på en god måte i parkeringskjelleren.

Parkeringsbehovet for ansatte og besøkende generelt må analyseres grundig. Det må vurderes om det er mulig å tilrettelegge for disse på tomte og/eller om det er mulig å etablere parkeringsplasser på andre siden av Søren Jaabæks vei og lage en undergang til/fra Orelunden.

Nærhet til kollektivtrafikk vil være viktig for alle, både ansatte, beboere, pasienter og besøkende. Busstilbudet og tilrettelegging av busstopp har stor betydning for alle tjenestene som etableres på Orelunden. I dag går det rutebuss gjennom Søren Jaabæks vei, og det er et busstopp i nærheten av Omsorgssenteret. Det bør være busstopp på begge sider av veien ved Orelunden, og dette vil forandre undergang under Søren Jaabæks vei. Videre bør det etableres gang- og sykkelvei samt fortau. Fremtidig løsninger for dette tas opp samtidig med utviklingen av reguleringsplanen i neste fase.

Behovet for effektive trafikkløsninger bør ikke stå i motstrid til at omgivelsene kan gjøres vakre, at det kan sikres trygge forhold for å kunne bevege seg utendørs. Utendørsområdet skal legges til rette for aktiviteter. Ved utarbeidelsen av konseptet for Orelunden har betegnelsen Parken allerede etablert seg når det er snakk om uteområdene.

Både i den første og den andre workshopen ble sett på hvordan det må legges til rette for å kunne få gode uteområder, i tillegg til å finne gode løsninger for transport og trafikk. I dialogmøtet med frivillige lag, organisasjoner, foreninger mm kom det også opp betraktninger knyttet til uteområdene. Alle disse innspillene oppsummeres i korthet slik:

- Byggene må etableres på tomte slik at det skapes naturlige åpninger og siktlinjer fra hovedveien mot elva. Disse åpningene må være offentlige og inngå som en del av definerte uterommet som alle kan bruke. Tørrskodde overganger mellom byggene må legges over 1.etg. Overganger i 2.etg. forutsetter høy 1.etg., slik at transportbiler kan kjøre under.
- Parklignende, grønne uteområder tilrettelagt for aktiviteter for alle generasjoner. Parken kan ha dam/fontene, skulpturer og trær, men må være lett å vedlikeholde.
- Takterrasser kan utformes og benyttes som et parklignende område.
- I parken bør det være stier/gangveier, gjerne som en «rundløype» med sitteplasser. Det kan settes opp gapahuk eller glassbygg som kan skjerme for vind men fortsatt gi utsikt. Aktiviteter kan f.eks. være treningsapparater. Det kan lages en sansehage i form av en labyrint.
- Spesielt viktig at det tilrettelegges aktiviteter for barn i parken, eksempelvis ved at barnehager kan finne det interessant å komme til Orelunden for å besøke pasienter/ beboere, spise måltidet sitt er og leke ute i parken.
- Beliggenheten ved elva må utnyttes positivt. Det bør være en gangsti inn mot sentrum.

- Kafeen bør kunne ha inngang både fra veien og fra elvesiden. Kafeen bør også kunne strekke seg utendørs mot parken og ha overbygde sitteplasser. Også barn skal kunne bruke vestibylen og/eller kafeen til oppholdsareal når de er på besøk, og kafeen må utformes med tanke på dette.
- Det bør være en liten scene både inne i vestibylen og ute i parken.
- Ljosheim må kunne være en kilde til aktiviteter som også inne i Helsehuset og i uteområdene.

## 7. Overordnet og foreløpig arealprogram

Det er vesentlig allerede i tidlig fase å få et bilde av byggenes størrelse, og da spesielt hva som vil bli arealet på bakkenivå, og hvilken høyde bygget vil kunne få. Først da kan man få et forhold til hva en slik bygning dreier seg om, og hvordan dette kan passe inn i eksisterende eller nye omgivelser.

Sammen med ledere og fagansvarlige for de ulike tjenestefunksjonene som planlegges inn i Helsehuset og Omsorgsboligene er det gjort en første analyse av omfanget av tjenestene og det tilhørende arealbehovet. Når det gjelder størrelser på bogruppene, er det tatt utgangspunkt i Husbankens og Arbeidstilsynets anbefalinger og minstekrav, og det er gjort videre tilpasninger ut fra de behov ledere og ansatte i kommunen har gitt uttrykk for. Som bakgrunn for å fastsette romstørrelser på fellesrom, kontorer, møterom og andre arbeidsrom er det anslått en forventning om antall ansatte og andre personer som skal bruke de ulike arealene. Disse opplysningene og de angivelsene av behov for nærhet mellom ulike funksjoner som er gitt fra de enkelte tjenestene, har gitt føringer for plassering av funksjonene i byggenes ulike etasjer.

Det er også angitt hvilke areal som kan deles med andre, enten på samme etasjeplan eller i huset generelt. Slike areal er typisk møterom, samtalerom, spiserom, garderober etc. Det skal være en høy grad av samordning av møterom og øvrige møteplasser med utgangspunkt i formålet med å etablere Helsehuset. Byggets utforming skal bidra til at de ulike helsefaglige aktørene kan møtes mer umiddelbart i det daglige og samarbeide tettere gjennom mer direkte kommunikasjon der pasienten/brukeren er. Dette vil bidra til en mer effektiv flyt i pasientforløpet. Gjennom dette er det også lagt føringer for at felles areal skal legges sentralt slik at det lett kan nås fra flere kanter. Kontorarbeidsplasser foreslås etablert i fellesskapsløsninger, så fremt dette ikke kommer i konflikt med behov for skjerming eller nærhet til tjenestene.

Alle disse opplysningene er satt sammen og danner et overordnet arealprogram. I tabellen nedenfor vises en oppstilling av arealet som er beregnet for de ulike funksjonene. Arealene som angis er et foreløpig estimat for behovene og skal gjennomgå på nytt i neste fase av prosjektet.

Selv om gevinster tilknyttet sambruk av ulike arealer er drøftet og poengtert underveis, er det antagelig ikke tatt tilstrekkelige hensyn til sambrukseffekter og samorganisering av tjenester i dette arealprogrammet. I tillegg til å ha et mål om en høy grad av sambruk av rom for å gjøre byggene så effektive som mulig, vil det også være av betydning å etablere så korte avstander som mulig mellom rom og funksjoner som hører sammen. For å kunne treffe best mulig med arealprogrammet, vil det i neste fase av prosjektet være nødvendig å gjøre en mer detaljert gjennomgang av arbeidsprosessene innenfor de ulike tjenestene. Oversikten nedenfor viser totalt areal for hver tjeneste eller funksjon i byggene. Arealet oppgis som et netto areal (NTA), som er det arealet som en funksjon har behov for ved utførelsen av sine oppgaver innenfor hvert enkelt rom, uansett beliggenhet i bygningen.

Ved beregningen av et byggs totale størrelse benyttes brutto areal (BTA). Det er da lagt til arealer som alle funksjonene deler og som ikke inngår i det enkelte rommets gulvareal. Dette er bl.a. kommunikasjonsveier som trapp, heis, korridorer, trappeavsatser mm. Veggtykkelser, ventilasjons- og ledningssjakter, rom for bygningens drift og vedlikehold, ulike tekniske rom, enkelte utendørsanlegg vil også være slike tillegg. For byggene på Orelunden er det i denne fasen av prosjektet benyttet en faktor på 1,5 for å beregne byggets brutto areal.

## Overordnet arealprogram

| HELSEBYGG i MANDAL |                                                          |               |            |               |
|--------------------|----------------------------------------------------------|---------------|------------|---------------|
| Etg.               | Funksjoner                                               | Netto areal   | Faktor     | Brutto areal  |
| 1-5                | Omsorgsboliger - 24                                      | 1 417         |            |               |
|                    | Omsorgsboliger - 24                                      | 1 417         |            |               |
|                    | Omsorgsboliger - 24                                      | 1 417         |            |               |
|                    | Omsorgsboliger - 8                                       | 513           |            |               |
| 1                  | Dagaktivitetssenter - eldre                              | 302           |            |               |
| 1                  | Velværesenter                                            | 88            |            |               |
| 1                  | Hjemmetjeneste - sonebase                                | 1 116         |            |               |
| 1                  | Vestibyle og driftsrom                                   | 130           |            |               |
|                    | <b>SUM Omsorgsboliger og hjemmetjenester (GULT bygg)</b> | <b>6 270</b>  | <b>1,5</b> | <b>9 600</b>  |
| 1 og 2             | Ambulanse                                                | 572           |            |               |
| 1                  | Poliklinikker                                            | 85            |            |               |
| 1                  | Legevakt - Legekontor m/lab                              | 453           |            |               |
| 2                  | Korttidsplasser - 24                                     | 1 468         |            |               |
| 3                  | Korttidsplasser - 24                                     | 1 468         |            |               |
| 1                  | Treningsarena inkl. utstyr                               | 297           |            |               |
| 1                  | Dagaktivitetssenter - psykisk helse                      | 229           |            |               |
| 4                  | Rehabilitering, mestring, friskliv                       | 300           |            |               |
| 4                  | Forvaltning og koordinering                              | 329           |            |               |
| 4                  | Tjenesteledelse                                          | 79            |            |               |
| 1 og 4             | Møter, undervisning, simuleringslab, frivillige          | 396           |            |               |
| 1                  | Vestibyle, m/ kantine/ kafe                              | 440           |            |               |
| 1                  | Kantinekjøkken                                           | 108           |            |               |
| 1                  | Varemottak, miljøstasjon                                 | 160           |            |               |
| 1                  | Hjelpemidler og velferdsteknologi                        | 330           |            |               |
| U                  | Personalgarderober                                       | 570           |            |               |
| U                  | Bårerom                                                  | 80            |            |               |
| U                  | Driftsrom                                                | 155           |            |               |
|                    | <b>SUM Helsehuset (GRØNT bygg)</b>                       | <b>7 519</b>  | <b>1,5</b> | <b>11 278</b> |
| 1                  | Helsestasjon                                             | 311           |            |               |
| 1                  | Barnevern og PPT                                         | 536           |            |               |
| 1                  | Familiesenter og familiens hus                           | 190           |            |               |
| 1                  | Stab, barnehage og EM                                    | 174           |            |               |
| 1                  | Vestibyle og driftsrom                                   | 160           |            |               |
|                    | <b>SUM Familiens hus (BLÅTT bygg)</b>                    | <b>1 371</b>  | <b>1,5</b> | <b>2 057</b>  |
|                    | <b>SUM</b>                                               | <b>15 160</b> | <b>1,5</b> | <b>22 934</b> |

Plasseringen i etasjer er slik man pr. nå ser for seg at funksjonene bør legges. Gjennom arbeidet med mulighetsstudien i neste fase kan dette endre seg.

## 8. Gevinster som ønskes realisert

I dette kapittelet redegjøres for de gevinster som kan være mulige å realisere gjennom denne utbyggingen på Orelunden. Det ligger økonomiske gevinster i god strategisk planlegging av helse- og omsorgstjenestene i sin helhet, så også i planlegging av det enkelte bygg som skal benyttes til helse- og omsorgsformål og de tjenester som skal produseres og ytes i bygget, slik den nye kommunens ledelse nå har startet opp. Agenda Kaupang har i sin rapport kommet med anbefalinger for kommunens effektiviseringspotensial:

*Bygging av nytt helsehus med korttidsplasser tilknyttet rehabilitering samt en satsning på omsorgsboliger med heldøgns tjenester kan bidra til å unngå å måtte bygge flere sykehjemsplasser i kommunen. Sykehjem er det mest kostbare tilbudet for kommunen. En omsorgsbolig med heldøgns tjenester er billigere å drifte og med en bred innføring av velferdsteknologi og utnyttelse av synergier med den ambulante hjemmetjenesten kan dette innebære et bedre tilbud til den enkelte bruker, i tillegg til innsparinger for kommunen.*

### Nytteverdi og verdiskaping

Det er vanskelig å tallfeste nytteverdien av de kommunale tjenestene kvantitativt, i kroner og øre. I stedet identifiserer man gjerne verdiparametere i form av overordnede mål/ krav, og man vurderer måloppnåelsen av disse kvalitativt. Også for etableringen av nytt helsebygg på Orelunden er det satt opp et overordnet kvalitativt mål:

*Formålet med etablering av helsehuset i Mandal er at tjenestene i - og i tilknytning til – helsehuset skal bidra til at alle innbyggerne, uavhengig av alder, får et service- og behandlingstilbud med fokus på forebyggende behandling, rehabilitering og tidlig innsats. Tilbudet skal bidra til at innbyggerne skal klare seg bedre selv og mestre eget liv uten videre bistand fra det offentlige.*

Verdiskapingen i dette prosjektet er dermed å realisere formålet med etableringen av de nye byggene. Men i mandatet for prosjektet er det også fremlagt målsettinger om å oppnå økonomiske gevinster gjennom utbyggingen. Gevinster som ønskes oppnådd er disse:

- Redusert behov for sykehjemsplasser. Drift av sykehjem er mer kostbart for kommunen enn hjemmebaserte tjenester
- Effektive driftsenheter. For helse og omsorgstjenestene kan personellkostnader reduseres gjennom ny utforming omsorgsplassene, nye arbeidsmåter og bruk av velferdsteknologi
- Stordriftsfordeler på drift. Ulike tjenestefunksjoner kan gjøre sambruk av rom og byggdrift-tjenester i stedet for å etablere disse hver for seg. Nye bygg vil kunne gi reduserte kostnader tilknyttet energi, renhold, vedlikehold.

Disse målsettingen kan gjøres kvantitativt målbare gjennom å etablere et sett av parametere som kan benyttes som grunnlag for målingen. Dette grunnlaget kan være dagens tall, slik at man gjennom det videre arbeidet i prosjektet frem mot ferdigstilling løpende kan evaluere i hvilken grad tjenestene beveger seg mot målet.

Det må da ses på hvilke tall man faktisk kan bringe fram fra dagens systemer, og ut fra dette fastsette grunnlaget og de parametere som skal benyttes ved målingen. Denne øvelsen har ikke vært mulig å gjøre i løpet av arbeidet med konseptet, mest på grunn av alle aktivitetene som kommunens ledere og fagpersoner har hatt med å skape en god fusjonsprosess. Hver av kommunene har hatt ulike systemer og praksiser knyttet til dokumentasjon av tjenestenes gjennomføring.

Ved oppstarten av neste fase i prosjektet, kan det igangsettes et arbeid med å få etablert et system for slik måling av hvordan tjenestene utvikler seg, hvilke gevinster som oppnås underveis og hvilke gevinster som

skal realiseres i forbindelse med innflytting i byggene. Målingene kan da ikke kun skje for de tjenestene som ytes på Orelunden, men for alle helse- og omsorgstjenestene i kommunen i et helhetlig perspektiv.

### Vedr. Redusert behov for sykehjemsplasser

Lindesnes kommune har i dokumentet «Veiledende tildelingskriterier for helse og omsorgstjenester» redegjort for en del forhold som skal bidra til at kommunens innbyggere i størst mulig grad skal kunne mestre eget liv og kunne bo i eget hjem så lenge som mulig:

- *Frivillige og nettverk skal engasjeres i større grad.*
- *Lokalsamfunnets innbyggere bør mobiliseres på nye måter slik at de kan bli en ressurs for hverandre*
- *Kommunen må legge til rette for at velferdsteknologi kan bidra til økt mestring i hverdagen.*
- *Helhetlige tjenester som er bygget på god samhandling både internt og mellom kommunale og øvrige tjenester.*

I tillegg skal prioriteringer for helse- og omsorgstjenestene styres etter to førende prinsipper:

- *Mestringsprinsippet, som innebærer en vridning av måten man yter tjenester på; fra en pleiekultur til en mestringskultur der man er opptatt av hva som er viktigst for brukeren og hvordan brukeren selv kan bidra.*
- *BEON-prinsippet, som tilsier at tjenestene skal tildeles på beste effektive omsorgsnivå i forhold til den situasjon brukeren er i.*

Alle punktene ovenfor representerer innsatsfaktorer for å kunne nå målene om å utsette behovet for en sykehjemsplass. Hvordan man arbeider med disse faktorene og i hvilken grad man greier å realisere selve innsatsen kan måles underveis, både kvalitativt og kvantitativt. Det vil være nyttig å se om innsatsfaktorene faktisk bidrar til å vri tjenestene. Agenda Kaupang anslår at driftsutgifter pr institusjonsplass i kommunen var ca. kr 953.000 (i 2016) og at en plass i omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjenester maksimalt ville koste kr. 700.000. Ved å vri tjenestene skal det være mulig å redusere de årlige utgiftene.

### Vedr. effektive driftsenheter og stordriftsfordeler på drift

Gjennom kommunesammenslåingen er det søkt å etablere nye samhandlingsarenaer. En samlokalisering i et helt nytt bygg, der det også planlegges nøyve hvordan funksjoner som trenger nærhet til hverandre faktisk får dette, bør kunne bidra til at samlokaliseringen mer kan bli en samordning av tjenester, og til dels også en samorganisering, og gjennom dette skape en mer kompetent og effektiv måte å yte tjenestene på.

I workshop 1, som ble gjennomført i april 2019, ble mulige gevinster ved å samlokalisere tjenestene i et helsehus drøftet: Her var det gevinster som mer kunnskap, bedre ressursutnyttelse og spart tid som gikk igjen. En oppsummering av deltakernes punkter gjengis nedenfor:

*Vedr. kompetanse:*

- *Deling av kompetanse gir øket kompetanse generelt og et mer robust fagmiljø. Øket kompetanse vil føre til økt kvalitet i tjenestene. Øket kompetanse vil gi bedre vilkår for rekruttering. Forbedret pasientforløp. Helhetlig perspektiv gir en mer bærekraftig tjeneste. Tverrfaglig samarbeid og koordinering vil bidra til færre besøk for pasienten, og kan forhindre innleggelser.*

*Vedr. ressurser og tid:*

- *Bedre fordeling og utnyttelse av ressursene, der ressurser kan benyttes på tvers av enhetsgrensene. Deling av ulike typer rom og utstyr som flere tjenesteområder har bruk for gir effektiv utnyttelse av areal og er kostnadsbesparende. Kortere avstander mellom de ulike tjenestene gjør det enklere for brukere/innbyggere å finne frem. Kortere avstander betyr spart tid for alle.*

Disse faktorene kan også måles, og de bør følges opp nøyve etter at man har flyttet inn i de nye byggene. Men det forutsetter at det i forkant arbeides grundig med å fastsette hva man skal se etter. Målingen må også skje over tid for å kunne se om adferd endrer seg og om gevinster faktisk realiseres.

## Vedr. effektive bygg

Driftseffektive bygg handler om kostnader knyttet til driftssystemer, materialer og vedlikeholdsbehov, teknologiske løsninger og personell ressurser som medgår til å holde bygget i live. Alle valg som gjøres i forhold til dette må stå i et riktig forhold til de behov og krav som helse- og omsorgstjenestene har.

På samme måte som velferdsteknologi skal gi viktige bidrag til å brukere skal kunne mestre hverdagen bedre, skal teknologiske løsninger bidra til at bygget kan driftes på en mer ressurseffektiv måte, samt bidra til at det oppnås lavere kostnader knyttet til bl.a. energi og transport. Automasjonssystemer, sensorer og roboter er virkemidler for å redusere personellbehov og å gjøre hverdagen mindre arbeidsbelastende for de som utfører driftsoppgavene.

I denne første fasen av prosjektet er behovene for en god logistikk i tjenestene løftet frem. Dette handler om å få øket tid til pasientrelatert arbeid, ved bl.a. å få redusert tiden som medgår til håndtering av avfall, skittentøy, varer og tungt utstyr, som alle er ikke-pasientrelaterte oppgaver. God logistikk handler også om å redusere avstander og spare tid i hver enkelt del av arbeidsprosessene, dvs. etablere «leane» prosesser. Gjennom dette kan også arbeidsbelastninger minskes, og kan virke til å skape lavere sykefravær og bedre trivsel. Når nye bygg planlegges, må alle slike forhold planlegges med, og de blir føringer for hvilke arkitektoniske og teknologiske løsninger som skal velges.

## Gevinstrealisering

Gevinstrealiseringene krever et helhetlig og systematisk arbeid. Det første handler om å kartlegge hvilke gevinster som skal oppnås, hvilket er gjort for dette den utbyggingen som planlegges for Orelunden gjennom fastsettelsen av formålet og de konkrete målene. Disse gevinstmålene skal følge alle endringene som velges mht. arbeidsmåter og løsninger for byggets utforming.

For å kunne vurdere gevinstene må det kartlegges hvordan det jobbes i dag, og hvordan man ønsker at det skal arbeides fremover. Det må gjøres en «nullpunkts-måling» for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag. Denne målingen kan være basert på ulike datakilder, økonomirapporter, undersøkelser blant ansatte, brukere mm.

Dette arbeidet er nå så vidt kommet i gang i forbindelse med Agenda Kaupands rapport og den siste kartleggingen som er gjort for antall ansatte og årsverk tilknyttet tjenestene i de nye byggene. Dette arbeidet må fortsette med mer intensitet og det må etableres en systematisk tilnærming både til hva man skal måle, hvordan man skal måle og hvordan en løpende oppfølging av gevinstrealiseringen knyttet til målene skal skje.



Modell hentet fra KS



## 9. Forhold som må bearbeides og avklares i neste fase

I neste prosjektfase skal det arbeides med å kvalitetssikre funksjonsbeskrivelsene for byggene og utarbeide et detaljert romfunksjonsprogram. Dette vil kreve en gjennomgang av dagens arbeidsprosesser for å bli enda mer konkret på hvordan man skal og kan arbeide og samarbeide mer effektivt fremover. I dette arbeidet inngår også en nøye vurdering av hvordan velferdsteknologiløsningene samt nye og innovative løsninger for drift av bygget vil gi bidrag til å få enda mer effektiv drift av tjenestene uten at kvaliteten i disse reduseres.

Velferdsteknologiske løsninger vil ha stor betydning for arbeidsmåtene i helse og omsorgstjenestene fremover. Hvilke løsninger som velges vil også ha stor betydning for planleggingen av de tekniske løsningene i de nye byggene. Derfor må det gjøres et spesielt arbeid med dette i 2020.

Som beskrevet i kapittel 8 foran vil driftsøkonomien i helse- og omsorgstjenestene ha stor oppmerksomhet fremover. Når det nå er bestemt hvilke tjenester som skal flytte sammen og fastsatt et omfang av disse, kan arbeidet med å vurdere gevinstene ved nettopp denne løsningen starte. Dette arbeidet er så vidt startet opp og intensiveres i neste fase.

Det foreligger noen usikkerheter mht. innholdet i byggene, som det også må arbeides med å få en avklaring på i løpet av 2020. Kommunens ledelse må se nærmere på bl.a. følgende forhold:

- Hvilken rolle skal Helsehuset ha generelt i forhold til spesialisthelsetjenestene og samhandlingen med Sørlandet sykehus og spesielt om Ambulansestasjonen skal flyttes til Orelunden.
- Hvor stor betydning har samarbeidet mellom tjenestene innen Psykisk helse og Familiens hus for at disse tjenestene bør være lokalisert på Orelunden, og i hvilken grad skal Familiens hus inngå i konseptet for Orelunden i det videre.
- Kjøkkenløsningen for hhv Helsehuset og Omsorgsboligene har betydning for hvordan bygget utformes. De tre kommunene har hatt ulike modeller for matombringing, og det er nødvendig med en nærmere utredning for hvordan matproduksjonen i den nye kommunen skal være.

## 10. Mulighetene på tomta Orelunden

Tomta Orelunden er kommunal, og ligger øst-vest-langs mellom Mandalselva og Søren Jaabæks vei, som er en av hovedvegene inn til Mandal sentrum. Tomta er totalt på ca. 25 daa. Orelunden er delvis bebygget i dag, der Orelunden omsorgssenter opptar en sentral plass på tomta. Ledig areal på tomta er beregnet til ca. 18 daa, fordelt på hver side av omsorgssenteret.

### 10.1 Tidligere prosess

Orelunden har i lang tid vært avsatt og regulert som tomt til helsetjenester. Det har pågått en dialog i Mandal kommune om plassering/lokalisering av helsetjenester på Orelunden siden 2006. Ny regulering av helsehus i Orelunden ble meldt oppstart av kommunen i 2018.

Husbanken har angivelser for hvilken beliggenhet som anes som best for henholdsvis omsorgsboliger og helsetjenester. Orelunden anses å tilfredsstillende alle disse angivelsene:

- *Omsorgsboliger:* Lett tilgang til butikker, service og lokalsamfunn. Gjerne nærhet til ordinært bomiljø, skoler, barnehager, nærmiljøsentre samt offentlig transport og tjenestetilbud
- *Helsetjenester:* Nærhet til trafikk-knutepunkt, kollektiv, ganglinjer, sentrumsområder. Sentral posisjon i forhold til boligmonster. Synlig funksjon i byomgivelser.
- *Nødnetter:* Kort veg til hovedårer, sentral beliggenhet i forhold til risikoobjekter. Nærhet til medisinske sentra

Alternative lokasjoner for et nytt helsebygg i Mandal er blitt vurdert, bla. arealer ved Mandal sykehjem og en privateid tomt på Malmø. Disse alternativene er ikke egnet i forhold til omfanget på det som skal bygges, tidsplanen for når nytt bygg bør stå ferdig for å oppfylle kommunens behov for nye helse- og omsorgsplasser, samt ambulansetjenestens krav om nærhet til sentrale hovedårer.

Orelunden har en god posisjon i bybildet, både trafikalt og som et framtidig utviklingsområde for helsetjenester med relaterte funksjoner. Tomten ligger langs kollektivtrase, nært E39 og bydelssenteret på Skinsnes med forretning/næring som er under utvikling etter intensjoner i reguleringsplanen.

Regulert areal til offentlig formål i gjeldende plan er på ca. 25 daa. Av dette er ca. 1 daa private boliger i østre del. Eksisterende helsebygg, Orelunden omsorgssenter, ligger sentralt på tomta og utgjør ca. 5 daa. Det gamle samfunnshuset Ljosheim med omkringliggende eiendom i vestre del av tomta er på ca. 1 daa.

På grunn av tomtens smale og lange form bør inndeling av bygg på tomta legges sammenhengende øst-vest arrondert etter type funksjoner, eventuelt i tilpassing til eksisterende bygg og med muligheter for synergier med disse. Bygg kan eventuelt arronderes samlet. Det bør avsettes areal til mulige utvidelser.

Mulige problemstillinger må utredes i den nye reguleringsplan som skal utvikles i neste fase av utbyggingsprosjektet. Disse kan være flom, klima/miljø, grunnforhold, støy, trafikk/trafikkavvikling/logistikk, høyde på bebyggelse, sammenheng med byutviklingstrekk mm.



*Tomta Orelunden og nærområdet*

Hovedtrekk i tomteforhold:

- Tomta er allerede i bruk og regulert til helsetjenester
- Tomta er flat og lett å opparbeide
- God kommunikasjon med trafikkarer: Ligger langs buss-trase og nært E39
- Gangavstand til sentrumskjernen (1km) og Malmø (800m)
- Nært funksjoner i bydelssenter Skinsnes
- Miljøkvaliteter med nærhet til elva: Opphold, gangveg, utsikt
- Visuell profileringsmulighet: Synlighet i byomgivelsene
- Bygget Ljosheim kan gi muligheter for nye sosiale aktiviteter

Forhold som må avklares nærmere i neste fase:

- Avkjørselsproblematikk og trafikale utfordringer
- Flomproblematikk og utfordringer med eventuelle areal under bakken
- Gangforhold på nordsiden av Søren Jaabæks vei og kryssing
- Høyder på bygg må testes ut
- Bruk, eventuelt sanering, av eksisterende helsebygg på tomte
- Formen på tomte krever fokus på gode logistikk-løsninger

## 10.2 Helsebygg på Orelunden innenfor byutviklingsperspektivet

Etablering av et nytt helsebygg i Mandal vil kunne påvirke utviklingen og attraktiviteten til bydelen Skinsnes og til Mandal sentrum som helhet. Etablering og lokalisering av et helsebygg utløser også et samfunnsansvar innenfor byutviklingsperspektivet. Offentlige bygg er pådrivere og katalysatorer innen by- og stedsutvikling. Nye offentlige bygg legger standard for områder under utvikling innenfor:

- Arkitektur
- Uteområder
- Urbanitet
- Trafikk – kjørende og gående
- Aktiviteter – kultur
- Identitet

Området Skinsnes er under utvikling som forretnings- og næringsområde etter intensjoner i gjeldende reguleringsplan. Etablering av nytt helsebygg på Orelunden vil kunne bidra til å skape en heving av verdien av nærmiljøet og sette en standard for videreutvikling av denne bydelen.



*Den stiplede linjen viser et utvidet Mandal sentrum.  
Området Skinsnes ligger i øst, på sørsiden av elva.*

Utviklingen av Skinsnes som helhet, inkl. Orelunden, vil kunne skape en ytterligere sammenheng mellom forskjellige bydeler på begge sider av Mandalselva. Det vil også kunne gi muligheter for synergier og sammenhenger innenfor kultur, aktivitetssoner, ganglinjer, møteplasser etc. innenfor sentrumssonen ved å ha bevissthet om påvirkningskraft og for å utnytte potensialet i prosjektet. Det er viktig å vurdere dette ved å analysere influensområdet for prosjektet gjennom reguleringsarbeidet.

Etableringen av nye helsebygg med nye funksjoner og flere omsorgsboliger på tomte, utløser et større fokus på en mer aldersvennlig utvikling av denne bydelen. Dette referer seg til St. Meld nr.15 (2017–2018 «Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre», der også planlegging, samfunnsutvikling, boligpolitikk, lokalt kulturliv og transport er viktige elementer. En aldersvennlig utvikling av Skinsnes kan oppnås ved å etablere et godt samspill og tilpassinger mellom helsebygget og de andre funksjonene i nærmiljøet, bl.a. Ljosheim, næringsområdet på Skinsnes og eventuelt andre nye funksjoner som planlegges for området.

En riktig funksjons-mix og utadrettede funksjoner på gateplan, i helsebyggets1.etg. vil kunne gi et mer urbant og aktivt liv i Skinsnes-området. Med fokus på gode bokvaliteter, aktivitetsmuligheter, rekreasjonsareal, tilgjengelighet mm kan et samspill mellom helsebygg/omsorgsbygg og nærmiljø heve attraktiviteten og bruken av området.

Hovedtrekk for helsehuset sett i byutviklingsperspektiv:

- God lokalisering i forhold til trafikk-knutepunkt og gangmønster
- Sentral posisjon og synlighet i bybildet – til relaterte funksjoner og boligmønster
- Synergier og sammenhenger med andre viktige funksjoner i bybildet
- Kort avstand til hovedårer og kollektivtilbud
- Lett tilgang til butikker, service, nærmiljøsenters, tjenestetilbud og offentlig transport
- Områdekvaliteter – utsikt, nærturer, uteområder
- Parkeringskonsept tilpasset funksjon og behov



### 10.3 Vurdering av eksisterende bygningsmasse på Orelunden

Bebyggelsen på tomta består av Orelunden omsorgssenter med 24 omsorgsboliger for eldre, 8 omsorgsboliger i bofellesskap for psykisk utviklingshemmede samt 5 selvstendige omsorgsboliger for personer med psykisk sykdom. Det er videre et dagsenter for eldre, et dagaktivitetssenter for psykisk helse, en tjenestebase for Miljøenheten og en tjenestebase for enheten Psykisk helse. Like ved omsorgssentret ligger to eldre gårdsbygninger som skal rives. Ytterst på vestre del av tomta, mot Elvegløtten, ligger Ljosheim. Ljosheim er en eldre bygning fra 1919 som gjennom alle år er benyttet til ulike kulturelle aktiviteter.

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

Husbanken sier bl.a. at en bygningens kvaliteter grovt sett kan deles inn i tre typer:

- Brukskvalitet, som handler om hvordan bygningen er tilrettelagt for ønskede aktiviteter.
- Tekniske kvaliteter, som handler om selve byggverket, isolasjonsevne og luftkvalitet.
- Estetiske kvaliteter, eksempelvis om rommene er inviterende og har en god atmosfære

På tomta ligger i dag Orelunden omsorgssenter og Ljosheim. For begge disse er det utarbeidet en rapport som viser en vurdering av deres tekniske tilstand og egnethet for det formålet de fyller. Ved vurderingen av bygningenes tekniske tilstand er NS 3424 «Tilstandsanalyse for byggverk», nivå 1 benyttet.



Orelunden omsorgssenter



Ljosheim

#### Orelunden omsorgssenter

Orelunden omsorgssenter ble bygget i 2001, men har, både eksteriør- og interiørmessig, mye til felles med mange omsorgs- og undervisningsbygg som ble reist i 1980- og 1990-årene og som har et livsløpsperspektiv på ca. 30 år. Det vil si at bygningsmassen her er omtrent 2/3 inn i sin levetid og man vil måtte regne å foreta en totalrehabilitering innen maksimalt 10 år. Alderen på bygget alene tilsier en tilstandsgrad 2, noe som betyr at byggverket eller deler av dette har en sterkt redusert funksjon i forhold til referansenivået. Ved en totalrehabilitering vil nye tekniske krav komme inn. Punktvis sterk slitasje og behov for lokale tiltak; Det må i tillegg bemerkes at bygningsmassen er plassert sentralt på tomta og dermed gir meget sterke føringer for utnyttelse av arealet. Generelt framstår bygningsmassen litt gammelmodig, men fungerer til sitt bruk per i dag.

Ved vurderingen av byggenes egnethet for tjenestene er krav fra Husbanken og Arbeidstilsynet benyttet. Omsorgsleilighetene er opprinnelig bygget for en friskere brukergruppe enn de som til dels bor der i dag og som kommer til å være den brukergruppen kommunen skal gi et botilbud i fremtiden.

Omsorgssenteret har flere bogrupper som hver består av 5-8 leiligheter. De private boenhetene har egne soverom og i tillegg felles oppholdsrom. Leilighetene fungerer godt for eldre som skal kunne greie seg selv med noen tjenester fra hjemmetjenesten i tillegg. Leilighetene er imidlertid lite egnet for de beboere som har demens og behov for heldøgns tjenester. De relativt store leilighetene og deres beliggenhet langs korridor gir avstand til de andre beboerne og til fellesrommet, noe som er utfordrende for personer som trenger mye hjelp. Konklusjonen er derfor at det enten vil være behov for ombygginger eller at boligene må tilbys en annen og mer selvstendig brukergruppe. I dag bor det åtte psykisk utviklingshemmede i en av bogruppene, og for denne gruppen fungerer leilighetene godt. Dagsenteret har 30 plasser, og kan fungere for personer som er friske, men ikke for en så stor gruppe personer med delvis kognitiv svikt, og som skal benytte arealene i samtidighet. Når det gjelder lokalene for psykisk helse, anses disse som lite egnet for formålet. Arealene er for små i forhold til de aktiviteter som er i bygget, og det for trangt og lytt i forhold til ivaretagelse av taushetsplikt. Mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse vil også ha problemer med å delta i aktivitet her.

Med bakgrunn i denne vurderingen, holdes det foreløpig åpent om bygningsmassen helt eller delvis skal beholdes eller om den bør saneres i forbindelse med de nye helsebyggene.

### Ljosheim

I tillegg til en teknisk vurdering er også arkitektur og ivaretagelse av kulturminner tatt med i vurderingen. Byggets hovedstruktur ser rimelig friskt ut, men bygget er nedslitt og bærer preg av at forskjellige virksomheter har drevet aktiviteter i første etasje gjennom 100 år. Deler av yttertak med takstein og gradssperrer må byttes. Bærevegger må sjekkes dersom den tekniske strukturen skal endres pga. nye rombehov. Samtlige vinduer i 1 etg. må skiftes og vinduene i 2 etg. må gås over i forhold til varmegjennomgang.

Anbefalingen er likevel at bygget bevares både i sin form og med sitt arkitektoniske uttrykk. Det anbefales også at det legges til rette for at sosiale og kulturelle aktiviteter som Ljosheim var bygget for og har inneholdt i alle år, blir opprettholdt. Både det arkitektoniske uttrykket og aktivitetene som Ljosheim representerer, er viktige bærere av Mandals kulturhistorie. Forskning som omhandler steds karakter viser ofte til viktigheten av den helhetlige og kognitive verdien dette har i et menneskes oppvekst og utvikling rent mentalt og helsemessig. Ved å bevare Ljosheim statueres verdien av gjenkjennelse og trygghet i en hektisk og fragmentert hverdag.

## 10.4 Alternative løsninger for utbyggingen på tomta

Utgangspunktet for arbeidet i Konseptfasen var å planlegge et helsebygg som samlokaliserte tjenester knyttet til behandling og rehabilitering og mestring. Å vurdere om tomten også kunne benyttes til å oppfylle behovet for nye omsorgsboliger med heldøgns tjenester, eventuelt om omsorgsboliger kunne legges til det samme bygget som helsetjenestene, er kommet etter hvert. Familiens hus er kommet opp som en del av vurderingene om andre tjenester kunne etableres i helsebygget. Konseptet inneholder nå tre bygg, begrunnet i tjenestenes ulike formål og omfanget av de tjenester som nå inngår i disse byggene.

Det er også lagt vekt på å at byggene skal gi gode kvaliteter for omgivelsene/ nærmiljøet. Ved å dele opp i tre bygg, med en tørrskodd forbindelse i 2.etg. kan det bl.a. gis åpninger for utsyn til Mandalselva fra Søren Jaabæks vei.

Med utgangspunkt i det foreløpige oppsettet for innhold og arealomfang for hvert av byggene er det gjort en foreløpig vurdering av alternative plasseringer av byggene på tomten, samt i hvilken rekkefølge byggene skal oppføres hvis det blir nødvendig å bygge ut i flere trinn.

Det er flere forhold som har betydning for hvordan byggene kan plasseres på tomten:

- Dagens omsorgstjenester på Orelunden. Orelunden omsorgssenter inneholder boliger og dagaktivitetssenter som skal flyttes inn de nye byggene, og de fleste tjenestene må opprettholdes mens utbygging på tomten pågår.

- Byggenes grunnflate/ «fotavtrykk». Både Helsehuset og Omsorgsboligene er store bygg og vil kreve stor en grunnflate («fotavtrykk») pga. av de mange aktivitetene som trenger adkomst fra gateplan. Familiens hus i seg selv kan ha en liten grunnflate, da tjenestene i mindre grad trenger å ha aktiviteter i 1.etg.
- Trafikk/ transport til og fra. Aktivitetene i både Helsehuset og Omsorgsboligene vil være preget av trafikk/ transport, selv om det søkes å minimere trafikken på bakkeplan.

Alternativene forutsetter at det kan skaffes nye boliger for personer med psykisk utviklingshemmede og psykisk syke på annet sted i kommunen. Det samme gjelder basen for Miljøenheten.

Alle alternativene som presenteres nedenfor tilsier at utbyggingen bør skje i to trinn. Hvilket alternativ som bør velges avhenger av hvilket bygg som må bygges først og vil være avhengig av hvilke behov som er mest prekære for kommunen å få oppfylt.

### Alternativ 1

- Helsehuset bygges først på det ledige arealet på vestre del av tomten, som ligger ved Elvegløtten.
- Dagens aktivitet ved Orelunden omsorgssenter fortsetter mens Helsehuset bygges, men all bygningsmasse tilhørende omsorgssenteret saneres når Helsehuset står ferdig, slik at
- Omsorgsboligene kan bygges der.
- Familiens hus bygges i den østre del av tomten, og hvis praktisk mulig kan dette skje samtidig med at Helsehuset bygges.



Når Helsehuset står ferdig, skjer følgende:

- Psykisk helse med sine aktiviteter inn i de arealene som skal være deres.
- Dagsenteret flytter inn i de arealene som skal være deres
- Beboerne i omsorgsboligene flytter inn i noen av pasientrommene i Helsehuset, som da blir gjort til midlertidige boliger inntil det nye bygget Omsorgsboliger er bygget.
- Beboerne i omsorgsboligene for psykisk utviklingshemmede og psykiske lidelser flytter til nye boliger på annet sted i kommunen. Dette botilbudet er etablert innen Helsehuset står ferdig.

Utfordringen for tjenestene vil ved dette alternativet være:

- Beboerne i dagens omsorgssenter vil få midlertidige boliger. Samtidige vil ikke disse være utformet som en omsorgsbolig.
- Kommunens behov for korttidsplasser blir ikke fullt ut oppfylt før Omsorgsboligene er bygget, siden deler av avdelingene vil bli benyttet som midlertidige boliger.
- Familiens hus vil ikke kunne få den nærheten til Helsehuset som er ønsket, da de nye Omsorgsboligene blir liggende mellom.



## Alternativ 2

- Helsehuset bygges først, slik som beskrevet i alternativ 1.
- Omsorgsboligene bygges i to trinn, der trinn 1 bygges i den østre del av tomte, der det er ledig areal. Trinn 1 bygges samtidig med Helsehuset, og omfatter minimum det antall omsorgsboliger som omsorgssenteret har på dette tidspunkt samt dagsenteret. Trinn 2 for Omsorgsboligene bygges der dagens omsorgssenter ligger.
- Familiens hus bygges ikke på Orelunden.



Denne løsningen betyr at alle behovene tilknyttet Helsehuset løses fullt ut når dette bygget står ferdig. Aktivitetene i dagens omsorgssenter kan opprettholdes under byggeperioden, og alle beboerne kan flytte rett inn i ny bolig når trinn 1 står ferdig. Også dagsenteret flytter rett inn i nye lokaler. Utfordringene for tjenestene vil ved dette alternativet være:

- Dagsenteret blir liggende langt vekk fra Helsehuset. Dette kan løses ved at Dagsenteret i stedet etableres i Helsehuset, hvis dette lar seg gjøre arealmessig.

## Alternativ 3

- Omsorgsboligene bygges først på det ledige arealet på vestre del av tomte, som ligger ved Elvegløtten.
- Dagens aktivitet ved Orelunden omsorgssenter fortsetter mens dette bygges, men all bygningsmasse tilhørende omsorgssenteret saneres når Omsorgsboligene står ferdig, slik at Helsehuset kan bygges der.
- Familiens hus bygges samtidig i den østre del av tomte.



Både Omsorgsboligene og Familiens hus vil her bli liggende nært Helsehuset, slik som behovene er angitt. Når Omsorgsboligene står ferdig, skjer følgende:

- Beboerne i dagens omsorgssenter flytter over til sine nye boliger.
- Dagsenteret flytter over til de nye arealene som skal være deres
- Hjemmetjenestene flytter inn i de arealene som skal være deres.
- Noen av boligene tas i bruk som korttidsplasser inntil Helsehuset er bygget.

Utfordringen for tjenestene med dette alternativet er:

- Helsehuset får ikke den prioritet som er forutsatt, og det vil ta lenger tid å komme i gang med samordningen av rehabiliteringstilbudet.
- Det må finnes midlertidige lokaler for Psykisk helse sine funksjoner i den tiden det tar å bygge Helsehuset.

I neste fase må disse alternativene vurderes nærmere i en mulighetsstudie samtidig med at reguleringsplanen for tomta utvikles. Det bør ikke ses bort fra at det kan komme opp andre og nye alternativer i løpet av neste fase. En endelig anbefalt løsning for utbyggingen av Orelunden vil først foreligge ved avslutningen av denne fase, dvs. tidligst i første kvartal 2021.

## 11. Finansieringsmodell for nye helsebygg på Orelunden

### Samlede byggekostnader

Byggekostnader vurderes ut fra en estimert pris pr. m2 ferdig bygg. Byggherrens kostnader til prosjekt- og prosessledelse samt spesielle utredninger som må gjøres underveis er innkalkulert i de samlede estimatene som legges til grunn for vurderingen av finansieringen av byggene.

Total byggekostnad for Helsehuset vil ut fra angivelser i Norsk Prisbok 2019 og WSPs egne erfaringer ha et estimat på ca. 42.000 kr pr. m2 BTA, inkl. alle kostnader og inkl. mva. Total byggekostnad for et bygg som inneholder omsorgsboliger, base for hjemmetjenesten og dagsenter vil ha et estimat på ca. 36.000 kr pr. m2 BTA. estimeres på samme måte som Helsehuset Total byggekostnad for Familiens hus, som i mindre grad består av spesialrom, vil ha et estimat på ca. 32.000 kr pr. m2 BTA.

For parkering under bakken regner man 28 m2 brutto areal pr. plass og estimerer en kostnad pr. m2 BTA på ca. 12.500 kr, inkl. mva. Ved beregningen av kostnaden for parkeringsplasser, er det lagt til grunn 120 plasser, der 90 av plassene er for tjenestebilene.

I oversikten tas også med et estimat for kostnadene ved å rive eksisterende omsorgsbygg på Orelunden. Estimert kostnad for rivning er ca. 1 000 kr pr. m2 BTA. Arealene i dagens bygg er ikke er beregnet i detalj, og anslås til å være ca. 3000 m2 BTA.

| Bygg                                | m2     | kr/ m2 | Byggekostnad       |
|-------------------------------------|--------|--------|--------------------|
| Helsehuset                          | 11 278 | 42 000 | 473 676 000        |
| Omsorgsboliger                      | 9 600  | 36 000 | 345 600 000        |
| Familiens hus                       | 2 057  | 32 000 | 65 824 000         |
| Parkeringsplasser                   | 3 360  | 12 500 | 42 000 000         |
| Rivning av eksisterende omsorgsbygg | 3 000  | 1 000  | 3 000 000          |
| <b>SAMLET</b>                       |        |        | <b>930 100 000</b> |

Total kostand for byggeprosjektet estimeres til ca. 930,1 mill. kr

### Tilskudd og refusjoner

Husbanken gir investeringstilskudd til etablering av omsorgsplasser i institusjon med inntil 55% av godkjente anleggskostnader og for omsorgsboliger med inntil 45% av godkjente anleggskostnader. Det gis også tilskudd til etablering av dagsenter med inntil 55% av anleggskostnadene begrenset oppad til 10 m2 pr. bruker som har plass i dagsenteret. Husbanken gir ikke tilskudd for etablering av et Familiens hus. Pr. dato er maksimal anleggskostnad som tilskuddet vurderes ut fra plass kr 3.316.500 pr. plass i institusjon eller boenhet i omsorgsbolig.

For Helsehuset vil det kunne gis tilskudd for etableringen av 48 korttidsplasser og deres tilhørende støttearealer. Tilskuddssatsen er inntil kr 1.824.075 for en institusjonsplass, som i Helsehusets tilfelle tilsvarer en korttidsplass. En plass defineres da som pasientrommet og en andel av alle tilhørende støtterom/ fellesrom i bygget.

For Omsorgsboligene vil det kunne gis tilskudd for etableringen av 80 boliger og deres tilhørende støttearealer/ fellesrom i bygningen. Tilskuddssatsen er inntil kr 1.492.425 for en boenhet i omsorgsbolig. En boenhet defineres da som det private oppholdsrommet og en andel av alle tilhørende støtterom/ fellesrom i bygget.

Husbanken gir også tilskudd til etableringen av 2 dagaktivitetssenter; ett senter med 30 plasser for eldre og ett senter med 20 plasser for personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Tilskuddet her er 55% av anleggskostnadene for inntil 10m<sup>2</sup> pr. bruker.

Kommunen vil få kompensert merverdiavgiftene (25%) som er påløpt alle investeringsutgiftene tilknyttet byggeprosjektet, fra og med utredningen av konseptfasen.

## Lånekostnad

|                                             | <i>Helsehuset</i>  | <i>Omsorgs<br/>boliger</i> | <i>Familiens<br/>hus</i> | <i>Parkerings-<br/>kjeller</i> | <i>Rivning<br/>eksisterende</i> | <i>Samlet</i>      |
|---------------------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Helsehus                                    | 473 676 000        |                            |                          |                                |                                 | 473 676 000        |
| Omsorgsboliger                              |                    | 345 600 000                |                          |                                |                                 | 345 600 000        |
| Familiens Hus                               |                    |                            | 65 824 000               |                                |                                 | 65 824 000         |
| Parkeringskjeller Helsehuset                |                    |                            |                          | 42 000 000                     |                                 | 42 000 000         |
| Rivning - eksisterende bygg                 |                    |                            |                          |                                | 3 000 000                       | 3 000 000          |
| <b>Total byggekostnad</b>                   | <b>473 676 000</b> | <b>345 600 000</b>         | <b>65 824 000</b>        | <b>42 000 000</b>              | <b>3 000 000</b>                | <b>930 100 000</b> |
| Tilskudd 48 korttidsplasser                 | 87 555 600         |                            |                          |                                |                                 | 87 555 600         |
| Tilskudd dagsenter psykisk helse 20 plasser | 36 480 000         |                            |                          |                                |                                 | 36 480 000         |
| Tilskudd 80 omsorgsboliger                  |                    | 119 394 000                |                          |                                |                                 | 119 394 000        |
| Tilskudd dagsenter eldre 30 plasser         |                    | 54 720 000                 |                          |                                |                                 | 54 720 000         |
| <b>Totalt tilskudd</b>                      | <b>124 035 600</b> | <b>174 114 000</b>         |                          |                                |                                 | <b>298 149 600</b> |
| <b>Total kostnad etter tilskudd</b>         | <b>349 640 400</b> | <b>171 486 000</b>         | <b>65 824 000</b>        | <b>42 000 000</b>              | <b>3 000 000</b>                | <b>631 950 400</b> |
| Mva refusjon                                | 94 735 200         | 69 120 000                 | 13 164 800               | 8 400 000                      | 600 000                         | 186 020 000        |
| <b>Lånekostnad</b>                          | <b>254 905 200</b> | <b>102 366 000</b>         | <b>52 659 200</b>        | <b>33 600 000</b>              | <b>2 400 000</b>                | <b>445 930 400</b> |
| Usikkerhet +25%                             | 63 726 300         | 25 591 500                 | 13 164 800               | 8 400 000                      | 600 000                         | 111 482 600        |
| <b>Lånekostnad m/usikkerhet</b>             | <b>318 631 500</b> | <b>127 957 500</b>         | <b>65 824 000</b>        | <b>42 000 000</b>              | <b>3 000 000</b>                | <b>557 413 000</b> |

Hvis alle tre byggene oppføres som helt nye bygg på samme tomt, er den estimerte totale lånekostnad ca. 445,9 mill. kr

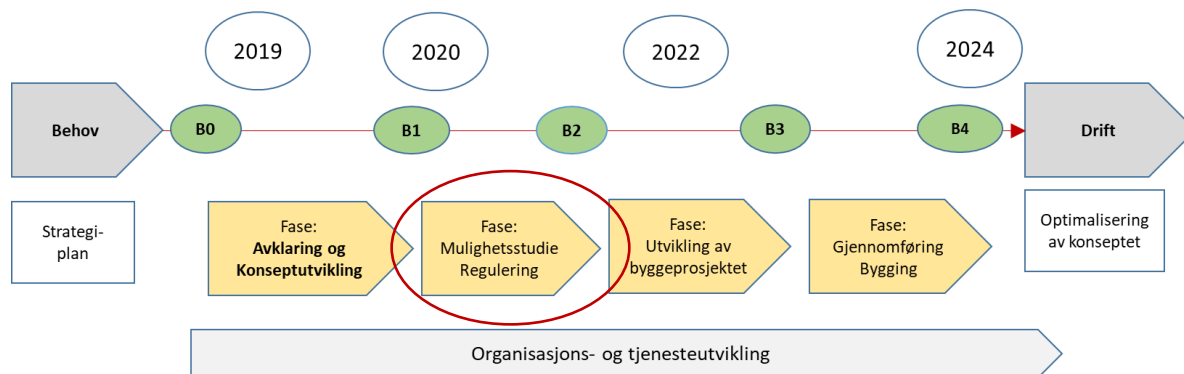
Det bør i tillegg gjøres en avsetning for usikkerhet, som på nåværende tidspunkt ikke har vært mulig å analysere spesifikt. Avsetningen for usikkerhet skal ta høyde for mulige gevinster eller ekstra kostnader som kan følge av ulike forhold, eksempelvis: arealer og grunnforhold, byggekostnader, markedssituasjon, finansiering, myndighetskrav og offentlige pålegg, fremdrift og kontinuitet, prosjektorganisering, egen kompetanse, ansatt-/brukermedvirkning, tilstøtende prosjekter, værforhold og eventuelle andre forhold som kan påvirke prosjektet.

Hensyntatt en usikkerhet for økte kostnader grunnet slike ulike forhold, blir den totale lånekostnaden ca. 557,4 mill. kr.

Det vil tilfalle leieinntekter fra Sørlandet sykehus HF vedr. Ambulansetjenesten samt leieinntekter fra beboere i helsehuset. Total årlig leieinntekt er ikke beregnet.

## 12. Neste fase i byggeprosjektet

Forutsatt at kommunestyret i nye Lindesnes i mars 2020 vedtar at prosjektet skal fortsette og neste fase kan startes opp umiddelbart, vil den videre tidsplan for byggeprosjektet kunne være slik som vist nedenfor.



I den første fasen, *Avklaring og konseptutvikling*, som denne rapporten omhandler er det gjort en gradvis utredning, fra et analytisk til et prinsipielt nivå, av hva som skal bygges, hvilket innhold byggene skal ha og hvordan ulike rom og arealer i bygget må plasseres og utformes for å kunne oppnå ønsket kvalitet og effektivitet i de ulike arbeidsprosessene/ tjenestene som skal utføres der. Det er også gjort en overordnet vurdering av tomte og hvordan utbyggingen på denne kan skje.

Neste fase i dette byggeprosjektet har benevnelsen *Mulighetsstudie og regulering*. Arbeidet i denne fasen bygger på de utredningene som er gjort i fasen Avklaring og konseptutredning, og benytter sluttrapporten som et arbeidsgrunnlag. Rapporten angir alternative forslag til plassering av byggene på tomte, og disse alternativene skal vurderes nærmere gjennom såkalte Mulighetsstudier. Dette gjøres samtidig med at reguleringsplanen utarbeides. Det kan ikke ses bort fra at det vil kunne fremkomme andre alternativer for byggenes plassering på tomte enn de som er presentert i denne rapporten, enten ut fra tjenestenes behov eller på grunn av reguleringsmessige krav.

Hensikten med den neste fasen er å få utarbeidet et forslag til en overordnet plan for tomte og skisser for utbyggingen. Dette innebærer følgende:

- Kvalitetssikre og detaljere hvor stort areal hver av tjenestene/ funksjonene trenger og hvilke rom flere tjenester kan dele på
- Vurdere nærmere hvordan helsebyggene kan integreres med utviklingen av området Skinsnes
- Utarbeide alternative idéskisser for byggene basert på tjenestenes krav, funksjonsbeskrivelsene og romprogrammet.
- Belyse de aktuelle utbyggingsmulighetene og vurdere konsekvensene av hver av disse

Reguleringsplanarbeidet gjennomføres i en egen prosess parallelt med mulighetsstudiene.

Det er fortsatt noen usikkerheter i løsningen for konseptet ved at noen forhold fortsatt står uavklart, og dette må gås gjennom og svares ut. Det skal utarbeides beskrivelser og oversikter som skal være gode grunnlag for det arbeidet som senere skal utføres av arkitekter og tekniske rådgivere i fasen etter denne.

Mulighetsstudiene på tomte vil omhandle plan for utomhusområdet, universell utforming, veiplanlegging, mobilitets- og trafikkanalyser, grunnundersøkelser, analyser av overvann og flom, analyser av støy/luft/ støv.

Arbeidet med å kvalitetssikre funksjonsbeskrivelsene og utarbeide detaljert romprogram vil gå parallelt med utarbeidelsen av mulighetsstudien, da flere av aktivitetene vil være gjensidig avhengig av hverandre.

Det skal i neste fase også gjøres vurderinger av hvordan driftsøkonomien innen helse og omsorgstjenestene helhetlig vil påvirkes av at disse nye byggene bygges, da disse inngår i en plan for å «vri» tjenestene slik at behovet for en sykehjemsplass unngås eller utsettes. Dette handler ikke bare om bygg, men også om endring av tjenestetilbudet til brukerne og arbeidsmåtene innen helse og omsorg. Gevinstområdene skal defineres og gevinster skal realiseres når byggene tas i bruk. Men allerede i planleggingen starter endringsprosessen, derfor bør målinger for gevinstrealisering starte allerede nå.

Investeringskostnaden ved byggene er høy. Men gjennom å skape et godt bygg som legger til rette for en mer effektiv måte å drifte tjenestene på, et enklere vedlikehold, lang levetid og med innebygget fleksibilitet i forhold til endringer, så vil reduksjonen av driftskostnadene i et lengre perspektiv overgå kostnadene med å nedbetale bygget. Investeringen vil være lønnsom for tjenestenes utvikling.



## 13. Vedlegg

- Funksjonenes behov for rom og nærheter
- Rapport vedr. Orelunden omsorgssenter
- Rapport vedr. Ljosheim
- Oppsummering fra dialogmøte med frivillige organisasjoner