



## Nye helsebygg i Lindesnes kommune

### Kvalitetssikring av konseptet for Helsehus og Omsorgsboliger på Orelunden

#### Sluttrapport

12.01.2021

Sist revidert 08.02.2021

## Rapport

<b>Prosjekt</b> Nytt helsehus i Mandal	<b>WSP Norge</b>		
<b>Oppdragsgiver</b> Lindesnes kommune v/ kommunalsjef Velferd Heidi Henanger Haven	<b>Forfatter</b> Milda Lunde Stene prosjektleder WSP		
<b>Oppdragsansvarlig/ Firmaansvarlig WSP</b> Nils Olav Berge	<b>oppdrags nr.</b> 24951	<b>rapport nr.</b> 1	<b>rev.nr.</b> 3
<b>Signatur</b>		<b>Antall sider:</b> 34	<b>Siste revisjon</b> 08.02.21

WSP har bistått kommunen med prosessveiledning tilknyttet prosjektet Nytt helsehus i Mandal. I perioden januar 2019 - februar 2020 ble det arbeidet med å utrede et konsept for det nye helsebygg, og det ble utarbeidet en sluttrapport for denne utredningen.

Rapporten *Avklaring og konseptutvikling* ble behandlet i kommunestyret 3. mars 2020 og det ble vedtatt å legge denne til grunn for videre planlegging av nye helsebygg. Rapporten beskriver et konsept for to nye helsebygg på tomte Orelunden på Skinsnes i Mandal. De to nye helsebyggene er et helsehus med samlokaliserte helsetjenester og korttidsplasser for rehabilitering, samt et bygg med omsorgsboliger og base for hjemmetjenesten. Et tredje bygg som omfatter tjenestene i familiens hus kom med i arbeidet underveis, og er derfor også tatt med i sluttrapporten fra den første fasen.

Prosjektet Nytt helsehus i Mandal gikk så over i neste fase, som er benevnt *Mulighetsstudie og regulering*. Arbeidet i denne fasen ble delt inn i to delprosjekter, der det ene omhandler mer detaljert planlegging av rom og funksjoner i byggene. Det andre delprosjektet omhandler utarbeidelse av mulighetsstudier og reguleringsplan for området Orelunden.

Denne rapporten, *Kvalitetssikring av konseptet*, omfatter nødvendige utdypinger, detaljeringer og endringer av konseptet. Rapporten er bygget opp på samme måte som sluttrapporten fra forrige fase og tar i stor grad for seg de samme temaene. Disse to rapportene må derfor ses i sammenheng.

Rapporten er revidert i etterkant av behandling i Utvalg for Plan og Samfunn i Lindesnes kommune 26.01.2021. Det er gjort nærmere presiseringer ved. areal, kostnader og investeringstilskudd. Endringer gjelder kapittel 10 Overordnet arealprogram og kapittel 12 Finansieringsmodell.

## Innhold

1.	<i>Bakgrunn, formål og omfang .....</i>	<i>4</i>
2.	<i>Føringer for arbeidet i denne fasen av prosjektet .....</i>	<i>5</i>
3.	<i>Gjennomføring av arbeidet .....</i>	<i>6</i>
4.	<i>Dagens tjenestetilbud og fremtidig tjenestebehov.....</i>	<i>9</i>
5.	<i>Konseptet for nytt helsebygg på Orelunden.....</i>	<i>9</i>
6.	<i>Innholdet i helsebyggene og plassering av de ulike funksjonene .....</i>	<i>12</i>
7.	<i>Utforming av rom og omgivelser .....</i>	<i>17</i>
8.	<i>Drift, renhold og logistikk.....</i>	<i>22</i>
9.	<i>Velferdsteknologi.....</i>	<i>23</i>
10.	<i>Overordnet arealprogram .....</i>	<i>26</i>
11.	<i>Mulighetene på tomta Orelunden .....</i>	<i>29</i>
12.	<i>Finansieringsmodell .....</i>	<i>31</i>
13.	<i>Videre arbeid i prosjektet.....</i>	<i>34</i>
14.	<i>Vedlegg .....</i>	<i>34</i>

## 1. Bakgrunn, formål og omfang

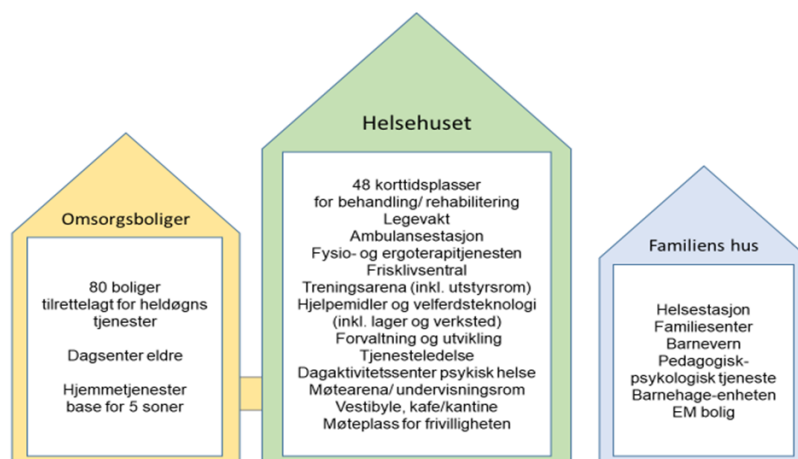
Lindesnes kommune satser derfor på nytenkning innen helse og omsorgstjenestene. Et viktig tiltak er å vri innsatsen ytterligere fra institusjon til mer hjemmebasert omsorg, noe som betyr økt satsing på hjemmesykepleie, aktivitetstilbud og flere boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester. Samtidig skal 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.

I januar 2019 ble prosjektet for å etablere nytt helsebygg i Mandal satt i gang. 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. Den første fasen i prosjektet handlet om å avklare behovene tilknyttet helsehuset nærmere samt utrede et tydelig konsept for det nye helsebygget.

Det nye helsebygget skal bidra til at kompetansen og ressursene innen hele 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 også ønskelig at 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.

Konseptet for nytt Helsebygg ble en samling av tre separate bygg på samme tomt; helsehus, omsorgsboliger og et familiens hus.



Helsehuset består av 48 korttidsplasser for rehabilitering og opptrening, legevakt, ambulansetjenesten, fysio- og ergoterapi, Psykisk helsetjeneste inkl. dagsenter I tillegg skal enhet Forvaltning og utvikling og tjenesteledelsen ha sine kontor plasser her. I helsehuset skal det være stor vestibyle med kafe/kantine, stort treningsareal og et stort møte- og undervisningsareal. Disse arealene 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.

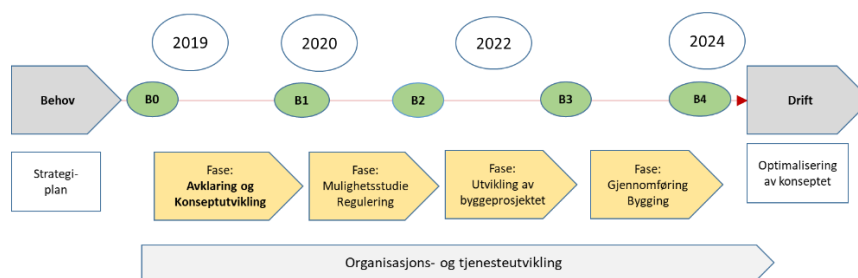
Bygget med omsorgsboliger består av 80 boliger tilrettelagt for heldøgns omsorgstjenester, dagsenter for eldre og sonebase for hjemmetjenesten. Når omsorgsboligene ble lagt sammen med helsehuset var dette først og fremst begrunnet i et sterkt behov for utbygging av flere boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester i Mandal, og tomte 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.

Å samlokalisere familietjenestene, som i dag ligger spredt i kommunen, i et eget hus nært helsehuset vil kunne gi gevinster bl.a. for samarbeidet mellom familietjenestene og psykisk helse.

Tomta Orelunden på Skinsnes var allerede ved prosjektets oppstart pekt ut som den mest aktuelle. Flere tomter ble vurdert, men med dette konseptet ble Orelunden ansett for å være den eneste aktuelle tomte. Det er vesentlig at tomte 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 dette området, både mht. å skape annen aktivitet samt bidra med en annen bygningsmessig utforming i området.

Sluttrapport fra denne første fasen Avklaring og konseptutvikling ble lagt frem for politisk behandling i mars 2020. Kommunestyret besluttet at prosjektet skulle gå videre til neste fase, dvs. den fasen som nå er avsluttet.

## 2. Føringer for arbeidet i denne fasen av prosjektet



Siste kapittel i sluttrapporten gir føringer for den neste fasen i prosjektet. Fasen er gitt benevnelsen *Mulighetsstudie og regulering*. Arbeidet skal benytte sluttrapporten fra fasen Avklaring og konseptutvikling som et arbeidsgrunnlag. Rapporten angir alternative forslag til plassering av byggene på tomte, og disse alternativene skal vurderes nærmere gjennom 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, enten ut fra tjenestenes behov eller på grunn av reguleringsmessige krav.

Hensikten med denne fasen er å få utarbeidet et forslag til en overordnet plan for tomte og skisser for utbyggingsmuligheten. 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 de aktuelle utbyggingsmulighetene og vurdere konsekvensene av hver av disse

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

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

### 3. Gjennomføring av arbeidet

Arbeidet som WSP har ledet i fasen *Mulighetsstudie og regulering* har vært delt inn i to delprosjekt:

- 1) Detaljering av funksjons- og romprogram inkl. kvalitetssikring av konseptet.
- 2) Reguleringsplan for Orelunden, inkl. mulighetsstudier av ny bygningsmasse på tomta

Denne rapporten omhandler delprosjekt 1, som nå er benevnt som Kvalitetssikring av konseptet.

Kvalitetssikringen omfatter

- kvalitetssikre omfanget av de funksjonene som skal etableres i nye bygg på Orelunden samt hvor mange bygg det må være og hvordan byggene bør plasseres i forhold til hverandre på tomta.
- detaljere arealbehovene for hver av disse funksjonene i et rom- og funksjonsprogram
- vurdere konsekvensene utbyggingen på Orelunden får for de byggene og de tjenestene som har tilhold på tomta i dag.

#### Organisering

Prosjektet har beholdt samme organisering som i forrige fase.

<i>Styringsgruppe</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyrre Jordbakke, Heidi Henanger Haven, Arne Wilhelmsen, Rune Bruskeland, Jon Buestad (prosjektkoordinator).</li> </ul>
<i>Prosjektgruppe</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledere Lindesnes kommune: Anita Grødem, Linda Vavik, Tone Hinna Hovdenak, Rune Myrmell, Agnete Hinna Hovdenak, Hilde Pedersen Nøkland, Idar Tronstad, Per Ivar Jahnsen, Heidi Henanger Haven, Jon Buestad</li> <li>• Tillitsvalgte: Rut H Olaisen /NSF), Anne Mette Foshaugen (FF), Rita Pytten (hovedverneombud)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledere fra SSHF: Miriam Smedsrød, Kenneth Lindberget</li> <li>• Prosjektgruppa har hatt 3 møter i perioden. Deltakelsen i møter har variert</li> </ul>	
<b>Arbeidsgrupper</b>	
Legevakt	Rune Myrmell, Solfrid Eikeland, Kari Engedal, Renate Harstad, Lene Eeg
Ambulansetjenesten	Tor Ole Hågensen, Marius Tallaksen,
Korttidsplasser og Rehabilitering og mestring	Laila Lindland, Helene G. Hageland, Trine Birkeland, Trine Syvertsen, Elena Sløgedal, Nataliya Signal, Anne Simonsen, Stian Broberg, Siri Holte Hindrumsen
Dagaktivitetssenter	Torunn Isaksen, Stian Olsson, Lise Renee Udø, Elisabeth Schmidt, Karina Sløgedal Andersen, Bjørn Erik Lande
Omsorgsboliger og hjemmetjeneste	Linda Vavik, Linda Udø Pedersen, Cecilie Blørstad Ro, Sidsel Gjertsen Lunde, Bente Syvertsen, Hanne Kråkeland, Linn Løwer. Tom Skogseth, Rut H. Olaisen, Rita Pytten
Forvaltning og utvikling	Anita Grødem, Geir Henriksen, Erica Fredriksen
Psykisk helse og Boteam	Torhild Hauge, Ingunn Kragstadmoen + repr. for ansatte
Byggdrift, renhold og logistikk	Tore Skevik, Lill Tony Larsen Ramvik, Doreen Tønnesen, Henny Ann Strædet
Velferdsteknologi	Marianne Holmestrand, Anita Grødem, Linda Vavik, Stian Broberg, Tone Hinna Hovdenak, Tore Skevik, Rut Olaisen, Møyfrid Kårstad (DVD), Bjørn Bakke (SSHF)
SSHF Psykisk helse (DPS, ABUP, ARA) og Blodbanken	Kenneth Lindberget, Ane Gunhild Uleberg + avdelingsledere og repr. for ansatte
Familiens Hus	Agnete Hinna Hovdenak + avdelingsledere og repr. for ansatte
<b>Referansegrupper:</b>	
<p>Det har vært definert to referansegrupper i prosjektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvrige ledere, fagansvarlige og tillitsvalgte. Disse er blitt holdt orientert gjennom sine respektive ledere</li> <li>• Repr. for brukere/ pårørende og samarbeidspartnere, foreninger, lag, organisasjoner og andre frivillige. Disse er blitt holdt orientert gjennom møter i Eldreråd, råd mennesker med nedsatt funksjonsevne, ungdomsråd</li> </ul>	
<b>WSPs prosjektteam</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milda Lunde Stene (prosjektleder), Eva T. Olsen</li> <li>• Teamet er blitt supplert ved behov, bl.a. Øyvind Lundberg, Jon Døvik, Endre Solem.</li> </ul>	

Arbeidet med å detaljere funksjons- og romprogrammet er gjennomført i en systematisk og dialogbasert prosess, med bred involvering av både ledere, fagansvarlige og ansattes repr.

Covid19-pandemien ble en realitet på samme tidspunkt som planen for arbeidet i dette delprosjektet var fastsatt og arbeidet skulle starte opp. Dette fikk konsekvenser for fremdriften i arbeidet. Det ble foreslått å gjennomføre deler av arbeidet som digitale møter, men etter en kort utprøving ble det besluttet å utsette arbeidet inntil situasjonen ble mer avklart. Fra medio mai til medio september ble det mulighet for å etablere arbeidsgrupper som kunne møtes i samme rom, under strenge rutiner for smittevern.

Covid19-pandemien bidro til at brukernes representasjon i arbeidet ble redusert. Arbeidsgruppene har kun bestått av ansatte i de aktuelle tjenestene.

## Arbeidsmetode

Arbeidet i denne fasen har bygget på arbeidet som ble gjort i forrige fase og det samme formelle kunnskapsgrunnlaget som ble benyttet der.

## Befaringer

I løpet av denne fasen er det gjennomført 3 befaringer av nye helse- og omsorgsbygg.

- Lyngdal helsehus, som ble innflyttet våren 2020. Flere av arbeidsgruppene ble gitt anledning til å komme for en guiding rundt i huset.
- Stjørdal helsehus, som blir innflyttet i februar 2021. Befaringsgruppen besto av et utvalg av medlemmene i styringsgruppen og prosjektgruppen.
- Persaunet helse og velferdssenter (Trondheim), som ble innflyttet i 2018. Befaringsgruppen var den samme som for Stjørdal helsehus.

Formålet med befaringene var å få konkret innsikt i hvordan byggene var utformet, hvilke romløsninger som var valgt og begrunnelsene for disse. Det ble også sett på løsningene for velferdsteknologi og for den generelle driften av bygget, inkl. løsninger og energi og miljø.



Lyngdal helsehus



Stjørdal helsehus



Persaunet helse og velferdssenter

## Erfaring og innspill fra egen virksomhet

Denne fasen har i stor grad vært preget av å vurdere løsningene som finnes innenfor dagens bygg i kommunen og utveksle erfaringer med å arbeide i disse. Det er derfor også gjort befaringer av kommunen egne omsorgsbygg. De tre kommunene, som nå er blitt en, har hatt ulike måter å utforme sine bygg, og utformingen av bygg påvirker arbeidsmåtene i tjenesten.

Arbeidsgruppene har drøftet hva som fungerer bra ved dagnes løsninger og som det antas vil fungere godt også i fremtiden. De har også sett på hva som ikke er bra med dagens løsninger og som ikke er i samsvar med dagens krav og anbefalinger. Forslag til nye løsninger er drøftet ut fra ulike perspektiver: tjenestekvalitet, brukernes ønsker og behov, effektivitet i arbeidsprosessene og muligheter for å redusere driftskostnader. For flere av gruppene har dette vært krevende, men svært interessante drøftinger. Innenfor flere av tjenesteområdene er det nå skapt et tryggere grunnlag for å etablere nye arbeidsmåter.

## Stormøte med alle gruppen

Helt mot slutten av arbeidsgruppenes arbeidsperiode ble det gjennomført et Stormøte over en dag, der samtlige arbeidsgrupper møttes. Hensikten med dette møtet var å få et helhetlig og tverrfaglig blick på de ulike romløsningene som gruppene hadde utformet for sine respektive områder. En og en arbeidsgruppe la frem sine resultater og ga sine begrunnelser for løsningene ved å fortelle hvordan ansatte og brukeres hverdag skulle bli der. Gruppene hadde også fått i oppdrag å se på hvordan de skulle samarbeide med andre tjenester



i bygget og hvilke synergier slikt samarbeid kunne gi, bl.a. i form av sambruk av rom. Hver gruppe fikk skriftlige spørsmål og kommentarer fra øvrige deltakere, og disse måtte drøftes i gruppen og svares ut igjen til plenum. For alle ble dette en svært lærerik dag, som bidro til at de fleste arbeidsgruppen måtte gjøre tilpasninger eller endringer i sine romprogram.



## 4. Dagens tjenestetilbud og fremtidig tjenestebehov

I denne fasen er det ikke gjort nye vurderinger av kommunens tjenestetilbud. Arbeidet har bygget på de utredningene som er gjort tidligere, bl.a. av Agenda Kaupang og gjennom prosjektmøtene i forrige fase. Det planlegges fortsatt med 48 korttidsplasser og 80 omsorgsboliger.

Når det gjelder antall plasser i nytt dagsenter for eldre, er dette nå øket fra 30 til 60 plasser. Det skal etableres to dagsenter i stedet for ett. Det skal være tett samarbeid mellom disse to sentrene. Tilbudet tilknyttet dagsenteret psykisk helse skal kunne økes ved at dagsenteret har åpent også på ettermiddagstid.

## 5. Konseptet for nytt helsebygg på Orelunden

Hovedprinsippene for samordningen av ulike funksjoner/ tjenester i nye helsebygg er ikke blitt endret gjennom arbeidet med å kvalitetssikre omfanget av funksjoner i byggene. Men noen funksjoner er blitt flyttet på.

Gjennom arbeidet med å utvikle konseptet 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 for et nytt helsehus ble dermed endret fra å omhandle innhold og utforming av ett nytt bygg på tomte Orelunden til å se på hvordan denne tomte også kunne utnyttes best mulig til å ivareta alle samlokaliseringsbehovene som kom opp. En forutsetning for å kunne ivareta alle disse tre behovene var, og er, 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.*

I løpet av arbeidet med å kvalitetssikre dette konseptet og vurdere omfanget av funksjoner i bygget, ble det også avtalt nye møter med Sykehuset Sørlandet. For kommunen var det viktig å få en endelig avklaring på sykehusets ønsker om eller behov for å legge spesialisthelsetjenester til helsehuset. Spesielt var det viktig å få avklart om Ambulansetjenesten skal inngå i helsehuset. Dette har videre resultert i en drøfting av mulighetene for et tettere samarbeid innen de psykiske helsetjenestene. Det er sett på mulighetene for et

tettere samarbeid mellom kommunens tjenester for psykisk helse og rus samt de tjenestene som Familiens hus har rettet mot barn og familier. Konklusjonen ble at alle sykehusets helsetjenester som i dag skjer på gamle Mandal sykehus, er lagt inn i Helsehuset. Dette gjelder følgende tjenester

- Ambulansetjenesten
- Blodbank/ tappestasjon, som driftes av Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin
- DPS - Distriktpsikiatrisk senter Strømme
- ABUP - Avdeling for barn og unges psykiske helse
- ARA - Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sykehusets aktiviteter tilknyttet psykisk helse skal da ligge samlet i en etasje, og det skal tas særlige hensyn til behov for skjerming av brukere, spesielt når det gjelder barn og unge.

Det har vært et uttrykt behov hos Familiens hus å få samlet alle tjenestene i ett og samme bygg. I den politiske behandlingen av sluttrapporten fra forrige fase, ble det ikke gitt prioritet for å etablere disse tjenestene i et helt eget nytt bygg på Orelunden. I forbindelse med drøftingene vedr. flytting av sykehusets tjenester fra gamle Mandal sykehus og til Helsehuset, ble også mulighetene for å samle alle Familiens hus sine tjenester i Helsehuset vurdert som aktuelt. Tanken var da at Familiens hus kunne legges til samme etasje som sykehusets tjenester for psykisk helse. Familiens hus er nå lagt inn som en del av helsehuset, og i samme etasje som sykehusets tjenester for psykisk helse. En plassering i Helsehuset gir også mulighet for et tettere samarbeid med ergo- og fysioterapitjenestene, som også er sterkt ønsket.

Både sykehusets tjenester for psykisk helse og Familiens hus sine tjenester vil ha en annen status i Helsehuset enn de øvrige kommunale helsetjenestene. De vil fungere som leietakere og det vil knytte seg større formelle krav ved etableringen av et tettere samarbeid mellom disse og kommunens helsetjenester.

Helsehuset vil bli det mest sentrale bygget på Orelunden, og er fortsatt 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 hjelpetrequende brukere.

For kommunen er det aller viktigst nå å få etablert 48 korttidsplasser for behandling og opptrening. Disse vil ta opp et stort areal i Helsehuset og legge føringer for hvordan bygget skal utformes. 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 dette 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 allerede omsorgsboliger med heldøgns tjenester og disse ønskes opprettholdt, men da i form av å bli flyttet over til det nye bygget. Boligene i dagens omsorgssenter vil ikke være egnet for den brukergruppen som kommunen vil måtte tilby omsorgsboliger i fremtiden.

Siden Helsehuset vil ha en del funksjoner som også beboerne i omsorgsboligene kan benytte, bl.a. treningscenter, kafe og store møtearealer, er det funnet formålstjenlig at det etableres en tørrskodd forbindelse mellom Helsehuset og Omsorgsboligene. Omsorgsboligene skal imidlertid 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 tomte. Men det er ikke ønskelig at en slik forbindelse stenger for gjennomlys og utsikt mellom veien og elva. En overgang kan derfor like godt ligge i 2.etg. Forbindelsen bør utformes slik at den kan gi opplevelseskvaliteter for beboere og besøkende i seg selv. En tørrskodd forbindelse vil også ha betydning for de ansattes arbeidshverdag, og bidra til kortere vei til helsetjenestene som deres brukere benytter.

I bygget for omsorgsboliger skal det etableres sonebaser for hjemmetjenesten, der noen blir flyttet fra dagens plasser og andre etableres som nye. Organiseringen av sonebasene er endret i forhold til det som ble lagt inn i konseptet i den forrige fasen. Det skal ikke etableres en stor felles base for hjemmetjenesten, men etablere en sonebase i hver etasje i Omsorgsboligene. Hver sone skal ha både «inne-og-ute-lister» og skal i tillegg til å betjene omsorgsboligene i denne etasjen betjene et antall hjemmeboende i sitt distrikt. Hver etasje i Omsorgsboligene har to bogrupper, som deler et sort inngangsparti som også skal være et aktivitetsområde for beboerne i denne etasjen. Inngangen til sonebasen skal ikke være gjennom dette inngangspartiet. Bl.a. pga. smittehensyn skal personalet ha en egen inngang som skal være gjennomgående i alle etasjene. Fra sonebasen skal det være en intern utgang til aktivitetsområdet mellom bogrupperne.

Det har tidligere vært en forutsetning 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. Hvordan parkeringsanlegget kan etableres på tomte vurderes nærmere i forbindelse med reguleringsplanarbeidet og de mulighetsstudiene som gjøres der. Det er spesielt viktig å sikre at tjenestebilene får hensiktsmessige parkeringsplasser som sikrer at bilene er varme og frigjort fra snø og is, samtidig som de kan nås raskt av de ansatte. For ansatte som arbeider i ambulerende tjeneste er bilene også en arbeidsplass.

I arbeidet med å kvalitetssikre omfanget av funksjoner som inngår i de ulike byggene, er det sett nærmere på plasseringen av dagsentrene. Dagsenter for eldre ble i konseptet lagt til Omsorgsboligene og dagsenter for psykisk helse til Helsehuset. Dette er nå blitt endret. I Helsehuset etableres to dagsenter for eldre. Dagsenter for psykisk helse legges i samme bygg som omsorgsboligene.

- Dagsenteret for psykisk helse skal ligge i 1.etg. og være orientert mot veien og byen. Det er ønskelig at Ljosheim blir beholdt og at de aktivitetene som skjer der også kan inngå som et tilbud for brukerne av dagsentret.
- Dagsentrene for eldre var opprinnelig tenkt plassert i Helsehusets 1.etg. Men i Helsehuset vil det være flere arealkrevende funksjoner som må ligge i 1.etg. og det er blitt nødvendig å vurdere en omplassering i bygget. Dagsentrene for eldre planlegges nå etablert i Helsehusets øverste etasje sammen med treningssenter, undervisningsarealer og en takterrasse. Gjennom dette sikres at det likevel blir et område med «liv og røre» og et uteområde å bevege seg på. Beliggenhet i øverste etasje vil gi flott utsikt, og takterrassen bør være vendt mot sola. Det er en forutsetning at det er god forbindelse mellom dagsenteret og treningssenteret og hovedinngangen i 1.etg. Ved hovedinngangen skal det være godt tilrettelagt for at brukerne av dagsenteret kan sitte ned og vente på taxi og annen hjelp. Velværesentret flytter også, og etableres nært dagsentrene i øverste etasje.

I første etasje i Helsehuset vil vestibylen og kafe/kantine være midtpunktet. Selv om de store møte- og undervisningsrommene er flyttet til øverste etasje, skal det fortsatt være noen mindre møte- og samtalerom i 1.etg. I forbindelse med at Familiens hus er flyttet inn i Helsehuset og får sine tjenester samlokalisert der, er det likevel mest naturlig at Helsestasjonen legges til 1.etg. med inngang fra vestibylen. Dette vil også bidra til «liv og røre» i 1.etg.

Ut over dette er det ikke gjort endringer i hvilke funksjoner som skal ligge i de ulike byggene.

## 6. Innholdet i helsebyggene og plassering av de ulike funksjonene

Det planlegges nå med to nye bygg på Orelunden; Helsehuset og Omsorgsboligene. Familiens hus er flyttet inn i Helsehuset.

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 at det gis en enkel adkomst mellom dem. Likevel skal innbyggerne oppleve dette som to separate bygg med ulike formål.

Nedenfor beskrives kort de funksjoner og tjenester som skal ha sin plass i de nye byggene. Det er utarbeidet et eget dokument som viser romprogrammet for hver av funksjonene. Her beskrives også aktivitetene som skal skje i de ulike rommene og hvordan rommene må være plassert i forhold til hverandre.

### Helsehuset

5	2 dagaktivitetssenter Velværesenter	Treningsarealer. Møte- og undervisningsrom			
4	Familiens hus: Barnevern. PPT. Familiesenter Stab og barnehageenhet	SSHF Psykisk helse: ABUP, DPS, ARA			
3	Korttidsplasser 3 bogrunder + felles rom	Rehabilitering og mestring. Psykisk helse. Boteam.			
2	Korttidsplasser 3 bogrunder + felles rom Medisinrom. Lab.	Forvaltning og Utvikling. Tjenesteledelse.	Ambulans opphold		
1	Vestibyle m/kafe Møteplasser. Driftsrom.	Hjelpemidler	Helse- stasjon	Legevakt/ legekontor	Ambulans Garasje.

### Korttidsplasser – bogrunder

Korttidsplassene er et tilbud for behandling og opptrening, men ikke for avlastning. Korttidsplassene er et tilbud for alle brukergrupper og aldersgruppen er i prinsippet 0-100 år. Det etableres 48 korttidsplasser til sammen i 2. og 3. etasje. I hver etasje skal det være 3 bogrunder med 8 boenheter/ pasientrom i hver. Etsjene skal utformes helt likt. Korttidsplassenes krav til romløsning vil legge føringer for hvordan bygget må utformes. Korttidsplassenes krav til romløsning er beskrevet nærmere i neste kapittel.

### **Ambulansetjenesten SSHF**

Ambulansetjenesten tilhører Sørlandet sykehus. Tjenesten er en del er organisert i flere vaktlag, der flere ansatte bor på stasjonen mens de er på vakt. Ambulansestasjonen er inndelt i to områder, som bør ligge over hverandre i bygget med en 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 korttids plassene. Ambulanser fra andre stasjoner må ha et eget overbygget inngangsområde for levering av sine pasienter til Legevakta. Denne inngangen skal da også kunne benyttes til levering til korttidsavdelingen. Det foreligger en egen forskrift for hvordan en ambulansestasjon skal utformes, og da spesielt med tanke på smitte.

### **Legevakt**

Legevakttjenesten er i dag organisert slik at det er de lokale legekantorene 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. Det skal være direkte vei inn til Legevaktas skadestue fra de inngangene som ambulansene bruker for levering av pasienter. Legevakta ivaretar i dag de kommunale akutt plassene, disse plassene vil i Helsehuset bli lagt til en avdeling tilknyttet korttids plassene. Legevakta tar imot ulike typer pasienter og trenger flere inngangsmuligheter, der noen må være helt skjermet fra hovedventerom. Legevaktas arealer utvides nå med et ekstra legekantor som kan gjøre det mulig å etablere legevakta som legekantor på dagtid.

### **Blodbanken SSHF**

Blodbanken er en spesialisthelsetjeneste tilhørende Sørlandet sykehus Kristiansand. I lokalene utføres tapping av blodgivere en dag per uke, og det er mange blodgivere er innom i løpet av en dag. Tjenesten har behov for flere spesialrom. Nærhet til legebistand er nødvendig, og Blodbanken skal derfor ligge nært Legevakt/ legekantor.

### **Tjenesteledelse**

Alle enhetslederne innen 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**

Forvaltning og utvikling består av to avdelinger som har noe ulikt behov for rom for å utføre oppgavene. Tjenesten består av saksbehandling, veiledning og 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 og ha møter med eksterne samarbeidspartnere og samtaler med pårørende som trenger veiledning og avklaringer vedr. situasjonen til sine nærmeste. Til dette er det behov for både møterom og samtalerom. Forvaltning gjør vedtak vedr. hvilke helse- og omsorgstjenester brukerne skal ha. Ofte endres vedtak i forbindelse med opphold på sykehus eller korttids plass.

### **Rehabilitering og mestring**

Tjenesten består av avdelingene Helsefremming og rehabilitering, og Aktivitet og mestring. Ansatte i avdeling Helsefremming og rehabilitering utfører sine oppgaver ambulerende i kommunen. Helsehuset er derfor bare ett av flere arbeidsteder for bl.a. ergo- og fysioterapeuter. Arbeidet er også teambasert, og det er behov for egne møterom for utvikling av planer og treningsopplegg. Rehabilitering skal skje der brukeren/pasienten er, tjenesten krever derfor at omsorgsboligene og korttids plassene i Helsehuset har rom

og arealer som er godt tilrettelagt for dette. Forøvrig er det treningsarenaen i Helsehuset samt hjelpemidler som er deres ansvarsområder. Avdeling Aktivitet og mestring inkluderer dagaktivitetssentrene, som er beskrevet for seg. Frisklivscentralen er en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste tilhørende Rehabilitering og mestring. Frisklivscentralen finner frem til aktiviteter og tilbud, og gir veiledning og oppfølging individuelt og i grupper. Flere inne Rehabilitering og mestring arbeid i team eller både ute og inne i løpet av en dag, og kan ha sin arbeidsplass i kontorfellesskap.

### **Psykisk helse og Boteam**

Psykisk helse gir tilbud til personer med psykiske lidelser eller rus og 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. Samtalene skjer på behandleres kontor, og disse kontorene må være store nok til at det kan være plass for både en pasient og 1-2 pårørende. 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.

### **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, Familiesenter, Barnehagekontor (saksbehandlere). Aktivitetene er ulike i de ulike avdelingene; både kontorfunksjoner/ saksbehandling og besøk utenfor avdelingen. Mye arbeid skjer i møte- og samtalerom. Avdelingene har svært ulike oppgaveområder. Behovet for rom vil i stor grad være kontorer, møterom og samtalerom.

### **Psykiske helsetjenester SSHF**

Dette er spesialisthelsetjenester tilknyttet psykisk helse og rus under Sørlandet sykehus. Tjenesten har tre avdelinger. Avdelingene samarbeider, men har ulike krav til inngang, venting, skjerming med bakgrunn i hvilke typer pasienter de har. Det foreligger en egen detaljert beskrivelse av disse kravene.

- DPS - Distriktpsikiatrisk senter Strømme tilbyr utredning og behandling av personer med ulike psykiske lidelser. Dette drives som ordinær poliklinisk virksomhet. DPS samhandler med kommunale tjenester, samt med ARA og ABUP. Aktivitetene er i hovedsak møter/samtaler på hver enkelt behandleres kontor.
- ABUP - Avdeling for barn og unges psykiske helse gir spesialisert helsetilbud til barn og unge (0-18 år) med psykiske vansker, og deres pårørende. Det er viktig med egen inngang/venterom skjernet fra voksne pasienter og fra annen virksomhet i Helsehuset.
- ARA - Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling tilbyr behandling for personer med rus og avhengighetsproblematikk, inkludert spill. Behandlingen er poliklinisk tilbud på dagtid, individuell eller gruppebasert. Behandling foregår i hovedsak på hver behandleres kontor. Inngang og venterom kan deles med DPS, men ikke kommunen eller ABUP av hensyn til de ulike pasientgruppene. Det bør være en litt privat inngang og ikke i nærheten av hovedinngangen.

### **Dagaktivitetssenter – eldre**

Dagaktivitetssenteret bidrar til å gi hjemmeboende eldre en aktiv og meningsfull tilværelse: aktiviteter, måltid, sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak. Lokalene skal ha en lett tilkomst utenfra. Det skal være direkte utgang til et uteområde. Uteområdet kan være en stor terrasse. Deler av dagaktivitetssenteret skal kunne leies ut til frivillige lag og organisasjoner på kveldstid. I Helsehuset etableres det to dagaktivitetssenter som vil dele på noen av rommene. Til sammen vil det være 60 plasser der. Løsningene for sentrene skal være lik på begge sider av en midtakse. Personalets «vaktrom» skal legges mellom de to sentrene.

### **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. Det vil være toalett og enkel garderobe tilknyttet treningsrommene.

### **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 arealer i stor grad får funksjon som mellomlager før NAV henter retur. Funksjoner er arealkrevende og innbefatter også verksted og individuell tilpasning av utstyr. Dette er derfor også et sted der brukere kan prøve ut ulike hjelpemidler før bestilling skjer, eller før hjelpemiddel leveres ut. Det er i tillegg behov for et eget rom for utprøving av utstyr for hørsel og syn. Visnings- og veiledningsrom for hjelpemidler og velferdsteknologiløsninger. Tjenesten har behov for et helt eget og stort varemottak

### **Møte- og undervisningsrom**

Alle tjenestefunksjonene i Helsehuset vil ha behov for tilgang til store og godt utstyrte møte- og undervisningsrom, bl.a. med videokonferanse-teknologi. Møterom som skal dekke kontinuerlige behov for å møtes internt i en avdeling legges i avdelingen. Rom som skal benyttes av mange personer og/eller eksterne over flere timer, legges til et felles møte – og undervisningsareal. Disse rommene skal deles av alle. Tilknyttet disse rommene skal det være garderober og pausearealer. I tillegg må det være noen mindre møte/samtalerom i 1.etg. nært vestibylen, til raske møter med pårørende eller andre eksterne. Slike rom kan også utnyttes som møtested i en situasjon med smitte. Det er behov for en 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 det 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 samt 1 rom tilknyttet de øvrige møte- og undervisningsrommene, og nært dagsenteret. 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**

Vestibylen skal være et sentralt møtepunkt i Helsehuset for både ansatte og besøkende. Heis og trappeløp inngår gjerne som en del av vestibyleområdet. Kaféen skal gi et enkelt mattilbud, og det må derfor være fast personell tilknyttet. Vestibyle, kafe/ kantine er beskrevet nærmere i neste kapittel

### Kjøkken

Det er ikke avklart hvordan kommunens løsning for matproduksjon skal være i fremtiden. Et eventuelt felles produksjonskjøkken planlegges ikke som en del av de nye helsebyggene på Orelunden.

Kjøkkenet som etableres for kantine/kafe skal være tilrettelagt for mottak, oppbevaring og varming av middagsmåltider til pasientene i Helsehuset og til beboerne i Omsorgsboligene. Det forutsettes da at maten er produsert som kok/kjøl. Tilberedningen videre skjer av personell i avdelingene

### Omsorgsboliger

5	2 bogrunder omsorgsboliger 1 felles aktivitetsareal	1 sonebase hjemmetjeneste
4	2 bogrunder omsorgsboliger 1 felles aktivitetsareal	1 sonebase hjemmetjeneste
3	2 bogrunder omsorgsboliger 1 felles aktivitetsareal	1 sonebase hjemmetjeneste
2	2 bogrunder omsorgsboliger 1 felles aktivitetsareal	1 sonebase hjemmetjeneste
1	Felles rom for alle 8 bogrunderne Felles medisinerom. Personalgarderobe	Natt- tjenesten
		Dagsenter psykisk helse

### Omsorgsboliger – bogrunder

Det etableres 80 omsorgsboliger i bygget. Disse organiseres som 8 bogrunder med 10 boenheter i hver. En avdeling skal bestå av 2 bogrunder som ligger i samme etasje. Avdelingen skal være fast bemannet av personell fra hjemmetjenestens base i samme etasje. Mellom bogrunderne skal det være et større aktivitetsareal der det legges til rette for varierte aktiviteter for beboerne. Aktivitetene kan gjerne være i regi av frivilligheten. Omsorgsboligene er nærmere beskrevet i neste kapittel.

### Hjemmetjenesten sonebase

Hjemmetjenestene gir pleie og omsorgstjenester for personer som bor utenfor institusjon., dvs. at de bor i sine i ordinære hjem eller i omsorgsboliger. Hjemmetjenestene har døgkontinuerlig drift. På Orelunden skal det være en 4 sonebaser som gir hjemmetjenester til både beboere i samme etasje og hjemmeboende utenfor dette bygget. I tillegg skal natttjenesten ha sin base her. Tjenesten har et stort antall ansatte og er stort antall tjenestebiler.

### 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. Dagsenteret skal være vendt mot veien og byen og ha egen inngang. Det skal være helt adskilt fra omsorgsboligene. Beliggenheten nært Helsehuset og andre hverdagslige aktiviteter skal bidra til å gjøre psykisk uhelse og rusproblematikk mer vanlig og «normalt».



## 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. Det er ikke gjort nye beregninger av dette i arbeidet med å kvalitetssikre konseptet.

## 7. Utforming av rom og omgivelser

I stortingsmeldingene *Morgendagens 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. Utendørs kan også være store terrasser som gir luft, lys, utsikt og utsyn.

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.

### Omsorgsbolig – bogrunder

I forrige fase da konseptet ble utviklet, ble det spesielt arbeidet med å finne frem til de prinsippene som skal gjelde for utformingen av de nye omsorgsboligene på Orelunden. Dette er videre bearbeidet i denne fasen der rom og funksjonsprogrammet er bestemt.

Bygget med omsorgsboliger må være på 5 etasjer for å kunne etablere en effektiv løsning for 80 boliger på Orelunden. Dette vil være boliger som skal være tilrettelagt for heldøgns omsorgstjenester og det skal være en fast bemanning fra sonebasen som ligger i samme etasje. Personer med sterk demens sykdom som krever skjerming skal ikke bo her, men tilbys plass på Mandal sykehjem.

Boligene etableres som felleskapsboliger. Beboerne har en privat boenhet med stuekrok, soveplass, minikjøkken og bad. I tillegg skal det være felles spisekjøkken og felle stue og en stor terrasse, som skal ha god plass til alle som bor her. 10 beboere deler på fellesarealet og danner en bogruppe.

Fellesarealet skal bestå av stue og spisekjøkken. Det skal være utgang til et uteområde/ terrasse fra stua eller spisekjøkkenet. Terrassen skal ha plass til alle beboere pluss noen ansatte samtidig. Fellesarealet skal være så romslig 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 hver etasje skal det være 2 slike bogrunder, til sammen 20 beboere. Disse deler et stort felles aktivitetsrom som også vil være inngangspartiet/vestibyen for disse to bogrunderne. Både dette rommet og fellesarealene i bogruppen skal støtte opp under «livsgledetenkning». Her skal beboerne kunne ha ulike aktiviteter gjennom uka, også trening. For mange av beboerne vil det være vanskelig å komme seg til Helsehuset og treningsarealene som ligger der.

Det legges opp til at frivilligheten kan bidra på ulike måter med å skape en rikere hverdag for beboerne. I tilknytning til aktivitetsrommet skal derfor være et rom med te-kjøkken, som også kan benyttes som et

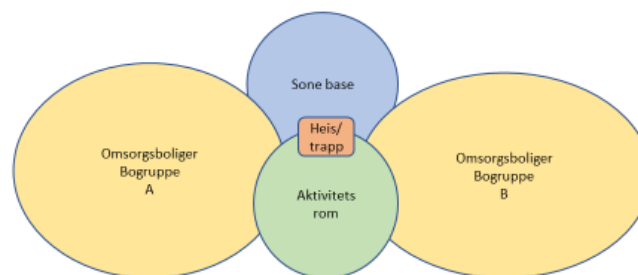
møterom. Rommet kan også benyttes av frivilligheten og andre som vil bidra til å gi beboerne opplevelser og samtidig servere noe å spise. Alle støtterom som trengs for å kunne bistå beboerne i bogrupper, skal inngå som en del av bogrupperens arealer og ikke legges i fellesrom mellom bogrupperne.

Utformingen av bogrupperne må være slik at beboerne på en enkel måte kan komme i kontakt med andre beboere. Lange korridorer skal unngås, da dette vil bidra til at det settes et institusjonslignende preg på boligen, i tillegg til at det kan bidra til ensomhet for den som bor lengst vekk fra fellesrommene. Det er et generelt mål å korte ned avstander og samle boligene nært til et fellesskap.

Omsorgsboligene skal være utstyrt med hvitevarer og TV, som vil være et hotell-TV. Skjermen skal kunne brukes til mye mer enn bare å se på TV, og vil defineres som en del av velferdsteknologien. Boligene bør også være utstyrt med seg og en godstol som er ergonomisk tilpasset beboergruppen. Løsninger for belysning samt lys- og solskjerming bør inngå som en byggeprosjektet.

Erfaringene med Covid19 tilsier at boligene i bogrupperne bør organiseres på en slik måte at en del av gruppen kan skjermes av, eksempelvis 3-5 boliger som også kan få tilgang til et stueområde og et uteområde selv om de er isolerte.

Hver etasje fra 2.-5.etasje skal utformes på samme måte. Hver etasje vil utgjøre en avdeling, og avdelingen skal kunne sette sine egne personlige preg på sitt areal.



### Korttidsplasser – bogrupper

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.

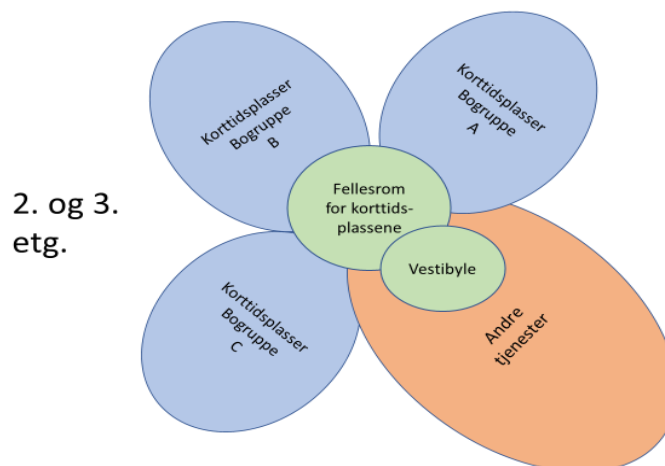
Hver pasient skal ha sitt eget private rom. Pasientrommene organiseres i en bogruppe på 8 og med felles oppholdsrom i form av stue og spisekjøkken og små treningsarealer inne i bogrupperne. 3 bogrupper samordnes i en etasje og utgjør en avdeling. Med 48 korttidsplasser vil dette bli to store avdelinger, der den ene legges til 2. etg. og den andre til 3. etg. Pasientenes diagnose vil avgjøre hvilken avdeling/ bogruppe de skal få plass i. Pasientgruppene vil være delt inn i Rehabilitering, Lindring og smitte (pasienter som trenger ro) samt ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnplass)/ utredning/ observasjon/ medisinsk behandling. En bogruppe i hver etasje skal være spesielt tilrettelagt for smitte, og flere rom skal ha en sluse.

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 (rullestolbrukere) i bogruppen pluss et par ansatte samtidig, dvs. min.10 personer.

Pasientrommet skal være utstyrt med to lenestoler, hvorav minst den ene skal være den en ergonomisk utformet «godstol», samt et høyt sofabord tilpasset stolene. Videre skal alle pasientrommene ha en liten arbeidsstasjon for medisinsk utstyr og plass til å dokumentere. Det skal også være en stol å sitte på for helsepersonell som skal ha samtaler med pasienten. Alle rommene skal ha TV-skjermer som skal kunne benyttes for flere formål, utover kun tv-titting. Badene skal utstyres slik at pasienten i størst mulig grad kan hjelpe seg selv.

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, og hvordan de innredes. Det skal også etableres mindre åpne plasser eller større nisjer i forbindelse med korridorene som kan være steder som tilrettelegges for trening, hvile eller som en sosial møteplass. Hver bogruppe vil ha behov for en rekke støtterom. Alle støtterom, med unntak av lager for utstyr som kan brukes av andre, skal ligge inne i bogruppen.

I hver avdeling/etasje skal det være rom for dokumentasjon og planlegging for både ergo/ fysioterapeuter og andre medisinske spesialister. Det skal være kontor for avdelingsleder og lege, samt et pauserom med minikjøkken som personalet skal kunne benytte når kantinen er stengt og ved nattevakt. Disse rommene legges sentralt mellom de 3 bogrupe. I hver avdeling (etasje) skal det også være 1 pårønderom med 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.



### Vestibyle og inngangspartier

Helsehuset skal ha en stor vestibyle som skal kunne dekke flere formål. Denne skal fungere som en helt naturlig venteplass i forbindelse med møter og andre avtaler for ulike tjenestefunksjoner i Helsehuset. Vestibylen bør også kunne benyttes som venterom for Legevakta, noe som bidrar til å normalisere en ventesituasjon, i tillegg til Legevaktas ordinære venterom.

Vestibylens m/ kafe bør kunne gjøres til et sentralt møtested for foreldre og barn som skal til helsestasjonen. Trappeløpene og personheiser til etasjene integreres med vestibylens interiørløsning. Vestibylen skal ikke

være et nakent rom. I Helsehusets vestibyle og i åpne inngangspartier er det behov for farger, kunst, og sanseintrykk. Det er ønskelig at beliggenheten i huset og utformingen gjør at folk trekkes inn i huset på en naturlig måte. Vestibylen skal kunne benyttes til kulturformål av ulike slag, og det bør tilrettelegges med en opphøyd scene i en eller annen form. 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.

I vestibylen 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. Det skal være noen mindre møte/samtalerom i forbindelse med vestibylen. Ved hovedinngangen skal det etableres en god venteplass for brukere som har vært på dagsenteret og som skal ha taxi hjem. Det er nødvendig å tilrettelegge inngangsområdet slik at bringe/hentebiler kan kjøre helt frem til inngangen. Ved inngangen, eller i inngangen, skal det også være parkeringsareal for rullestoler for brukere som skal videre til dagsenter eller treningssenter. Heis opp til øverste etasje må ligge tett med hovedinngangen.

Kombinert kantine og kafe skal være integrert med vestibylen. I Helsehuset er det behov for et tilbud om mat og drikke 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 vestibylen og møtesenteret kan benyttes til ulike formål. I tillegg til at kafeen benyttes i møter, undervisning og trening, er det ønskelig at det er her alle ansatte inntar sine spisepauser. Om mulig bør kafeen vende seg ut mot grøntområder, f.eks. parken, slik at det også går an å sitte ute. Beboere i Omsorgsboligene skal også kunne ha lett tilgang til denne kafeen, selv om den tørrskodde gangen mellom byggene blir liggende i 2.etg.

Hver etasje i Helsehuset skal ha et fellesareal som utformes som en vestibyle med samme type kvaliteter som vestibylen i 1.etg. Dette skal være en sosial møteplass som skal kunne benyttes til opphold, venting og hverdagslige samtaler for både besøkende, pasienter og ansatte.

### **Sentral for hjelpemidler**

Hjelpemidler vil bli levert med trailer fra NAV til Helsehuset. Samtidig vil NAV hente hjelpemidler i retur. Lindesnes kommune har derfra ansvaret for ut- og innlevering av hjelpemidler til brukerne. Det er et mål for Lindesnes kommune at eldre skal bo hjemme lengst mulig, noe som krever flere tilrettelagte boliger, og det forventes en økning i mengde hjelpemidler på mottak/retur som følge av dette. NAV beregner en gjennomsnittlig vekst i tjenesten på 37% i 2030. Nye lokaler i Helsehuset skal være dimensjonert for dette. Det skal legges til rette for at annet helsepersonell, brukere eller pårørende kan levere/hente hjelpemidler selv. Det er derfor behov for gode parkeringsfasiliteter for tjenestebiler og besøkende i nær tilknytning til varemottaket. Det bør også være lagt til rette for et naturlig henvendelses- og ventested i nærheten, slik at trafikk inn i hjelpemiddelokalene unngås.

Hjelpemiddelteknikerne i kommunen ivaretar enkle reparasjoner i dag. I nærfremtid vil også middels vanskelige reparasjoner blir overført til kommunen og det stiller krav til utformingen av verkstedet.

Både varemottaket (rent rom) og returmottaket (skittent rom) skal utformes som en garasje, og bør ligge lett tilgjengelig i 1. etg og sees i sammenheng med øvrig logistikkplan for transport til Helsehuset. Mottaket skal utformes i henhold til bransjestandard varelevering. Returmottak må være i nær tilknytning til renholdsrommet som skal inneholde smitterobot, desinfiseringsmaskin, høytrykkspyler, vask, sluk og diverse oppheng. Urene kommunale hjelpemidler rengjøres, før de sendes videre til verkstedet eller til annet kommunalt lager. I Helsehuset er det behov for både et kommunalt korttidslager og et langtidslager. Utpakking og montering av hjelpemidler medfører mye avfall og det er behov for å ha kort avstand til miljøstasjonen i Helsehuset.

Hjelpemidlene vil kreve en stor del av arealet i 1.etg. Korttidslageret bør ligge i nær tilknytning til renholdsrom og verksted. Et langtidslager beliggende i Helsehuset gir en mer effektiv hjelpemiddelkjede mellom NAV og kommunen. Hjelpemidler til de øvrige helsebyggene i kommunen skal koordineres fra Helsehuset.

Det er behov for kontorarbeidsplasser i 1. etg i tilknytning til verksted og varemottak og arealer der hjelpemidler kan prøves før de tas med til hjemmet. Poliklinikk syn/hørsel bør også ligge i 1. etg. Også denne bør ha nær tilknytning til en inngang med gode parkeringsfasiliteter og nært tilknytning til varemottak fra NAV

## Smittevern

Erfaringer fra Covid-19 pandemien viser at smittevern også er avhengig av arkitektur og bygg, og at de fysiske rammebetingelsene har betydning for organisering og drift. De nye helsebyggene må planlegges og legges til rette for godt smittevern. Erfaringene man har gjort seg med Covid-19 pandemien er forsøkt tatt inn i arbeidet med å kvalitetssikre konseptet. Dette må likevel fokuseres spesielt på når rom- og funksjonsprogrammet skal tas videre til tegninger og prosjektering.

Forebygging av smitte vil i mange tilfeller påvirkes av bygningsmessige forhold slik som plass, utforming av lokaler, sanitærinstallasjoner, teknisk infrastruktur (ventilasjon o.a.), bygningsmessig tilrettelegging for organisering og arbeidsforhold for personalet.

Et viktig prinsipp for godt smittevern er å behandle pasientene innenfor avgrensede enheter/ bogrupper der disse kan være «selvberget» ved å ha egne støtterom som ikke deles med andre. Bogruppen trenger egne rom for kjøkken, spiserom/oppholdsrom, desinfeksjon, personalets dokumentasjonsarbeid, nærlagre for utstyr etc. Pasientene skal kunne unngå å måtte bevege seg mellom ulike enheter. Personell skal som hovedregel heller ikke bevege seg mellom ulike enheter. Ved et smitteutbrudd vil en slik organisering i avgrensede enheter bidra til å avgrense utbruddet til å gjelde innfor et definert område og til et begrenset antall pasienter og ansatte.

Det bør være god tilgang på håndvasker, dvs håndvasker må finnes på flere steder i fellesarealer enn det som har vært vanlig til nå. Det skal være håndvask i forrom/ sluse for de pasientrommene som har dette. Her skal det også være plass for den ansatte til å ta på og ta av beskyttelse. For øvrige pasientrom bør det være en håndvask på rommet, ved utgangen, og ikke bare på pasientens bad. Rom som skal være spesielt tilrettelagt for pasienter med smitte, bør ha egen destruksjonsmaskin for engangsutstyr på badet, slik at smitte ikke blir fraktet ut. Også i inngangspartier og i venteområder generelt bør det være lett tilgang til håndvask og hånddesinfeksjon.

Det bør tilstrebes å redusere berøringspunkter som pasienter, ansatte og besøkende kommer i kontakt med. Både dørhåndtak, armaturer på håndvasker, sprit- og såpedispensere, nedskyllingsknapp på toaletter, lysbrytere, heisknapper bør kunne gjøres berøringsfrie.

Et godt smittevern for pasienter er også et godt smittevern for de ansatte. Tilrettelagte arealer for de ansatte bidrar til å redusere smitteoverføring mellom ansatte og mellom ansatte og pasienter. Områder som kun benyttes av ansatte (arbeidsrom, medisinerom, pauserom, møterom, etc.), bør være dimensjonert og utformet til at antall personer som skal være tilstede kan holde god avstand. Garderober og korridorer må dimensjoneres til at personer kan passere med god avstand. Kontorer som benyttes til pasientkontakt/ behandling må være dimensjonert og utformet slik at de kan sikre nødvendig distanse. Noen møterom bør etableres med skillevegger, slik at rommene lettere kan tilpasses en smittesituasjon med behov for færre ansatte i samme rom.

En avdeling bør tilrettelegges slik at den kan fungere som en kohort, enten at hele avdelingen eller deler av den blir en kohort, alt ett hva som er behovet. Kohorten bør ha direkte utgang til uteområde/ terrasse. Fra avdelingen bør det være en direkte tilgang til heis som er tilrettelagt for transport av smittepasienter

## 8. Drift, renhold og logistikk

### **Bygningsmessig drift**

Driften av bygget skal kunne fjernstyres/ overvåkes fra SD anlegg. Driftspersonell vil være tilstede for kontroller, men ikke fast til stede på byggene hele tiden. Det skal være kontor- og møterom for driftspersonell, inkl. renholdere, i 1.etg med nærhet av driftsrommene varemottak, miljøstasjon, renholdssentral. Alle driftsrommene skal ligge i 1.etg. slik at varer og utstyr kan tas direkte ut og inn av byggene.

Det vil være behov for et mindre lager for utstyr for snørydding, strøing, feiing og noe verktøy for enklere vedlikehold. Det er også behov for lagring av utemøbler, krukker mm som ikke kan stå ute hele året.

### **Renhold**

Både i Helsehuset og Omsorgsboligene skal det tilrettelegges for et effektivt renhold i alle rom. Byggene skal være terskelfrie så langt det lar seg gjøre i forhold til brannkrav og lydkrav til denne type formålsbygg. Alle skap må være enten vegghegte med god plass til å sikre rengjøring under, eller gå helt ned til gulv. Alle skap bør gå helt opp til himling for å unngå støvflater; om nødvendig etableres det blindfelt/foringer. Vegger og tak med trespiler er ikke ønskelig pga. at dette er vanskelig å holde rent og støvfritt. Inngangspartiene skal tilrettelegges slik at sand og skitt ikke føres inn i byggene. Utedelen av inngangspartiet skal være overbygd. Det skal være egne plasser for innendørs parkering av el-rullestoler.

Renhold av gulv i fellesrom, ganger og vestibuler vil skje ved bruk av gulvvaskemaskiner av ulik størrelse, avhengig av hvilke areal det gjelder. I hver etasje skal det være mindre renholdsrom med sluk, der maskinene skal ha sin plass når de ikke er bruk. Disse rommene tilhører Renhold og skal ikke disponeres av øvrige ansatte i byggene. Renholdssentralen legges til 1.etg. med kort avstand til heis.

Skyllerommene i både Helsehuset og Omsorgsboligene skal være utstyrt med destruksjonsmaskin for engangsutstyr (vaskefat, bekken/pussbekken). Materialet går i kvern, er lettoppløselig i vann og føres videre ut på avløpsnett. I tillegg utstyres skyllerommet med dekontaminator for sterilisering av utstyr av stål.

I hver etasje med korttidsplasser skal det være et eget rom for smitterobot/ desinfeksjonsmaskin. Rommet skal være lett tilgjengelig. Smitteroboten kan desinfisere hele pasientrom uten at personalet trenger å være tilstede. Det skal også være et rom for smitterobot i Omsorgsboligene.

### **Behandling av tøy og avfall**

Lintøy, arbeidstøy og utstyr skal alltid oppbevares i hhv ren og skitten sone, der sonene ikke må krysse hverandre. I personalgarderobene skal det være et eget rom for rent arbeidstøy som hentes ut fra automat. Brukte uniformer avleveres i et eget kjølt rom. Garderoben skal ha adskilte inn- og utganger. Garderoben bør deles inn i områder slik at ikke alle toalett og dusjer samles på samme sted. Det er viktig å kunne skille av deler av garderoben i en smittesituasjon.

I bogrupperne skal skittentøy fraktes til kjølt rom i 1. etg. via sjakt eller sug, der innkast ligger i eller ved skyllerommet. Lokal miljøstasjon etableres tilknyttet skyllerommet.

Restavfall skal fraktes direkte til nedgravd avfallsdeponi utenfor byggene via avfall-sug som går i vegg. Innkast til sug legges i samme området som sjakt for skittentøy, dvs. ved eller i skyllerommet. I 1.etg. skal det være en miljøstasjon med ulike avfallsfraksjoner og en papp-presse. Miljøstasjonen bør ligge side-om-side med varemottaket, slik at all papp kan fjernes før varene sendes dit de skal. Dette for å bl.a. hindre at skjeggkre føres inn i byggene. I alle avdelinger og bogrupper samt i de øvrige avdelinger i byggene, skal alt avfall

fraksjoneres etter samme prinsipp som i miljøstasjonen. Avfall som ikke går til lokal sjakt eller sug skal bringes til miljøstasjonen i 1.etg.

### **Varemottak og lagerstyring**

Varemottak bør ligge sentralt i bygget. Leverandører bør kunne fjerne papp og sette varer rett inn i et mellomlager. Herfra bringes varene videre til de respektive lokale lagrene. Varene kan plasseres på roboter som så kjører varene dit de skal. Det skal være elektronisk lagerstyring i Helsehuset. Vareuttak skannes og bestilling genereres automatisk når varebeholdning kommer under settpunkt.

### **Lys, belysning og el-uttak**

Byggene skal oppleves som lyse og åpne, for både inn- og utsyn. Mot fellesrom, trapperom, møterom skal det være en god del bruk av glassfelt i veggene. Glassfelt i ytterveggene skal solskjermes på en slik måte at utsyn ikke hindres. Det bør gjøres gode grep for å skjerme for sollys. Screens er ikke ønskelig, da disse vil hindre utsikt, spesielt for eldre mennesker med dårlig syn I et bygg med eldre og syke kan ikke eventuell solskjerming være automatisk. Om den styres manuelt, er erfaringen igjen at eldre og syke ikke greier å håndtere styringen selv, og personalet har ikke alltid tid til å bidra med justering. Dermed blir den værende nede.

Valg av materialer skal vurderes i forhold til målgruppene. I omsorgsboligene skal det tas hensyn til at beboerne kan ha demens sykdom. Rommene skal ikke ha institusjonspreg I trafikkarealene og der hvor det ellers kan påregnes sammenstøt mellom rullestoler, senger og vegg skal hjørner fendres og det skal være handrekker langs veggene. Dette må utformes slik at institusjonspreg i arealene unngås. Farger og fargesammensetninger må vurderes med bakgrunn i krav om universell utforming.

Både omsorgsboligene og pasientrommene må ha tilstrekkelig lys, både dagslys og kunstig lys. Belysningen skal kompensere for nedsatt syn, og den skal kunne styres slik at den følger døgnrytmen. Belysning kan også benyttes som terapi i behandlingen, og det er ønskelig i at dette integreres i belysningsløsningen for pasientrommene for korttidsplasser. Belysningen i fellesrom og ganger skal være dempet på kveld og natt, dette gjelder både for bogruppene i omsorgsboligene og korttidsplassene.

Generelt skal det sørges for rikelig tilgang til stikkontakter, og spesielt ved sengeområdet. I pasientrom for korttidsplassene må det påregnes det en høy grad av medisinsk utstyr.

## **9. Velferdsteknologi**

Både Helsehuset og Omsorgsboligene skal være tilrettelagt for den teknologiske fremtiden, og velferdsteknologi skal være en helt integrert del av disse løsningene. Dette innebærer behov for en teknisk infrastruktur som ikke legger begrensninger for hva som kan tas i bruk av hjelpemidler, medisinsk teknologi, digitale løsninger for kommunikasjon, undervisning og underholdning. Det skal kunne gjøres tekniske installasjoner i både himling, vegg og gulv.

Lindesnes kommune har deltatt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (en fireårig satsing (2017-2020) for innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren), og har vært en del av prosjektet "Innføring av velferdsteknologi Agder", sammen med ca. 30 andre kommuner. Kommunene i Agder har til nå gått sammen, gjennom DVD-Agder, om å anskaffe velferdsteknologiske løsninger som gjelder for både hjemmeboende, beboere i omsorgsboliger, sykehjem og helsehus.

En rekke løsninger er tatt i bruk eller er under utprøving i Lindesnes kommune: GPS-lokalisering, medisin-dispenser, dør-alarm, pasient-varsling, trygghetsalarm, natt-tilsyn, room-mate. Alle disse teknologiene er aktuelle for både Helsehuset og Omsorgsboligene.

Sykehuset Sørlandet HF har etablert flere løsninger for digital hjemmebehandling og oppfølging av pasienter over avstander. Hjemmetjenestene vil møte dette hjemme hos brukere. Etter hvert vil denne teknologien også være aktuell for kommunen å ta i bruk, da det regnes med at flere og flere av disse oppgavene overføres til kommunene. Helsehuset kan bli en arena for å etablere et helsefelleskap lokalt slik at man kan samhandle tettere rundt dette.

Velferdsteknologier utvikler seg raskt, og det som i dag oppleves som nesten revolusjonerende vil kunne være gammel teknologi i morgen. Det er derfor vanskelig å være helt spesifikk mht. behovene. Likevel presenteres noen konkrete behov, som representerer hva som ønskes oppnådd gjennom å ta i bruk denne type teknologi:

#### Omsorgsboligene

- Trygghetsalarm (brikker) der alarmen fra beboer går direkte til hjemmetjenestens ansatte
- E-lås i bogrupperne
- Døralarm ut av selve bygget må gjøres mulig
- GPS-lokalisering av må gjøres mulig
- Digitalt tilsyn/ room-mate må gjøres mulig
- Natt-tilsyn må gjøres mulig i alle boenheter
- Destruksjonsmaskin for engangsutstyr på skyllerom
- Baderomsløsninger som gir beboer mulighet til å greie seg mest mulig selv (Toalett med spyl og føhn. Hev-senk-sving-toalett. Hev-senk-servant. Dusj med føhn).
- Skinne innfelt i himling for å kunne koble på personløfter. Skinne i rett linje fra seng og inn til toalett
- Tilstrekkelig antall stikkontakter ved seng for å kunne koble til diverse utstyr.

#### Hjemmetjenestens sonebaser

- Møterom tilrettelagt for tavlemøter ved bruk av interaktive tavler
- Rom for videokonsultasjoner med bl.a. lege (Norsk helsenett).
- Elektronisk bestilling av medikamenter. Medikamentkabinett på medisinrom

#### Korttidsplassene

- E-room tilrettelagt for institusjon (korttidsplasser)
- Møterom tilrettelagt for tavlemøter ved bruk av interaktive tavler
- Rom for videokonsultasjoner med lege og sykehus (Norsk helsenett)
- Mobil arbeidsplass. Tilrettelagt på pasientrommet
- Digitalt tilsyn/ room-mate gjøres mulig på pasientrommene
- GPS-lokalisering gjøres mulig
- Elektronisk bestilling av medikamenter. Medikamentkabinett på medisinrom
- Destruksjonsmaskin for engangsutstyr på skyllerom
- Baderomsløsninger som gir beboer mulighet til å greie seg mest mulig selv (Toalett med spyl og føhn. Hev-senk-sving-toalett. Hev-senk-servant. Dusj med føhn).
- Skinne innfelt i himling for å kunne koble på personløfter. Skinne i rett linje fra seng og inn til toalett
- Tilstrekkelig antall stikkontakter ved seng for å kunne koble til diverse utstyr.
- Pasientvarslingsanlegg
- Døralarm knyttet opp til pasientvarslingsanlegg. Grensesnitt mot skallsikring av bygget er vesentlig



Det forutsettes at roboter for ulike formål og i ulik form og størrelser vil bli tatt i bruk i større og større grad innenfor helse- og omsorgstjenestene, både som hjelp for den enkelte bruker til å kunne greie seg bedre selv og for å frigjøre personalressurser. Det må legges til rette for ladestasjoner. Ladestasjonene skal ikke være i korridor.

Når det gjelder de fremtidige innkjøpene av velferdsteknologi må det sjekkes ut med både DVD og kommunens egen innkjøpsavdeling hvilke rammeavtaler som finnes og hvilke anskaffelser kommunen må gjøre selv eventuelt gjennom byggeprosjektets totalentreprenør. Siden Helsehuset også inneholder tjenester for spesialisthelsetjenester, må sykehusets IT-avdeling kobles på. Det må også være et tett samarbeid med det pågående skallsikringsprosjektet i kommunen.

## 10. Overordnet arealprogram

Arealprogrammet for de to byggene er blitt endret gjennom arbeidet med å detaljere rom- og funksjonsprogrammet.

Når det gjelder størrelser på bogrupperne og størrelser på rom for heletjenestenes øvrige virksomhet er det tatt utgangspunkt i Husbankens og/eller Arbeidstilsynets anbefalinger og minstekrav. Det er gjort videre tilpasninger ut over minstekrav der ledere og ansattes repr. har gitt uttrykk for et behov for det. Når det gjelder romstørrelser på fellesrom, kontorer, møterom og andre arbeidsrom er det også tatt utgangspunkt i Arbeidstilsynets anbefalinger og minstekrav, der dette finnes. Ut fra en angitt forventning om antall ansatte og andre personer som skal bruke de ulike arealene, er det gjort videre tilpasninger ut over minstekrav der ledere og ansattes repr. har gitt uttrykk for det.

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, garderobes 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 skal søkes lagt til kontorfellesskap der ansatte er mye ute i møter, besøk og aktiviteter i det daglige, så fremt dette ikke kommer i konflikt med behov for skjerming eller nærhet til tjenestene. Den ansatte skal likevel ha en fast arbeidsplass og ikke dele arbeidsflate og utstyr med kolleger. Store cellekontor skal unngås, hvis de ikke også må benyttes til behandlingssamtaler eller mange interne ad-hoc-møter. Interne arbeidsplasser skal ikke benyttes til møter med eksterne. I overgangen inngang/ utgang eller i tilknyttet vestibyleområdene legges det mindre rom for møter og samtaler. Alle slike rom skal også være tilrettelagt for bruk av PC og trådløst nett.

Alle beskrivelsene som arbeidsgruppene har gjort vedr. sine respektive areal er satt sammen i en felles oversikt. Romarealene overføres fra dette og samles i et overordnet arealprogram. I tabellen nedenfor vises en oppstilling av arealet som er beregnet for de ulike funksjonene.

Ved beregningen av et byggs totale størrelse benyttes brutto areal (BTA). Netto beregnet areal multipliseres med en faktor. Det blir 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 ledningssjaker, rom for bygningens drift og vedlikehold, ulike tekniske rom, enkelte utendørsanlegg vil også være slike tillegg. For både Helsehuset og omsorgsboligene er det i denne fasen av prosjektet benyttet en faktor på 1,5 for å beregne byggets brutto areal.

Ved fastsettingen av de ulike rommenes størrelse er det forsøkt å ta hensyn til de erfaringene som er høstet gjennom Covid19-pandemien. Det innebærer å sikre mer avstand mellom mennesker som møtes.

Innenfor brutto/netto-faktoren må det forventes at den som skal tegne og teknisk planlegge byggene kan etablere byggene med tilstrekkelige innganger og heis/trappe-løp slik at kommunikasjonen internt i byggene kan gå fritt. Korridorer skal ha 2,3 m bredde. Lange korridorer er ikke ønskelig, aktivitetene bør heller organiseres rundt åpne plasser. Det må gis muligheter for at deler av bygget kan være åpent selv om en smittesituasjon skulle oppstå.

## Overordnet areal - Helsehuset

Etg	Funksjonsområder		Netto areal pr. funksjon	Faktor	Brutto areal pr. funksjon
5	Dagaktivitetssenter - eldre - 2 senter		626	1,5	939
5	Velværesenter		43	1,5	65
2	Korttidsplasser - 24 (3x8)	*	1 486	1,5	2 229
3	Korttidsplasser - 24 (3x8)	*	1 486	1,5	2 229
2	Medisinrom og lab - Korttidsplasser	*	46	1,5	69
5	Treningsarena rehabilitering inkl. utstyr	*	415	1,5	623
1	Produksjonskjøkken lokalt	*	245	1,5	368
1	Vestibyle, m/ kantine/ kafe	*	220	1,5	330
2-5	Møter, undervisning, frivillighet inkl. garderober		396	1,5	594
2	Forvaltning og utvikling		499	1,5	749
2	Tjenesteledelse		59	1,5	89
1	Legevakt - Legekontor		555	1,5	833
1	Ambulanse - garasjer		430	1,5	645
2	Ambulanse - opphold		170	1,5	255
4	Blodbank SSHF		75	1,5	113
1	Poliklinikk hørsel		20	1,5	30
3	Rehabilitering og mestring, Friskliv		286	1,5	429
3	Boteam		197	1,5	296
3	Psykisk helse		202	1,5	303
4	Psykisk helse - SSHF		700	1,5	1 050
1	Helsestasjon - Familiens hus		464	1,5	695
4	Barnevern - Familiens hus		583	1,5	874
4	Familiesenter og PPT - Familiens hus		437	1,5	655
4	Stab, barnehageenhet - Familiens hus		174	1,5	261
4	Venterom og felles driftsrom - Familiens hus		168	1,5	252
1	Bårerom og seremoni	*	80	1,5	120
U	Personalgarderober	*	410	1,5	615
1	Hjelpemidler for rehabilitering og mestring		430	1,5	645
1	Felles funksjonsrom, varemottak, miljø, lager	*	350	1,5	525
U	Tekniske rom	*	155	1,5	233
	<b>SUM Helsehuset</b>		<b>11 406</b>	<b>1,5</b>	<b>17 108</b>

\*) Areal som inngår i beregningsgrunnlaget for utmåling av investeringstilskuddet for korttidsplassene

## Overordnet arealprogram - Omsorgsboliger

Etg	Funksjonsområder		Netto areal pr. funksjon	Faktor	Brutto areal pr. funksjon
1	Dagsenter Psykisk helse - 1 senter		339	1,5	509
2	Omsorgsboliger HDO - 20 boenheter (a 32m2)	*	1 176	1,5	1 764
2	Sonebase hjemmetjeneste	*	148	1,5	222
3	Omsorgsboliger HDO – 20 boenheter	*	1 176	1,5	1 764
3	Sonebase hjemmetjeneste	*	148	1,5	222
4	Omsorgsboliger HDO – 20 boenheter	*	1 176	1,5	1 764
4	Sonebase hjemmetjeneste	*	148	1,5	222
5	Omsorgsboliger HDO – 20 boenheter	*	1 176	1,5	1 764
5	Sonebase hjemmetjeneste	*	148	1,5	222
1	Natt-tjeneste + Fellesrom for tjenestene	*	200	1,5	300
1	Personalgarderobler	*	400	1,5	600
1	Driftsfunksjoner	*	250	1,5	375
1	Parkering tjenestebiler				
	<b>SUM Omsorgsboliger og hjemmetjenester og dagsenter psykisk helse</b>		<b>6 146</b>	<b>1,5</b>	<b>9728</b>

\*) Areal som inngår helt eller delvis i beregningsgrunnlaget for utmåling av investeringstilskudd for omsorgsboligene

Fargekoder som er benyttet i skjemaene ovenfor: Gult = Omsorgsboliger og hjemmetjenesten, samt tilhørende arealer. Grønt = kommunale helsetjenester samt tilhørende administrative arealer. Rosa = spesialisthelsetjenester. Blått = Familiens hus.

### Endringer i byggenes totale areal i forhold til konseptets første utredning:

	Konseptets BTA pr. februar 2020	Konseptets BTA pr. januar 2021	Endret BTA
Omsorgsboliger	9 600	9 728	
Helsehuset	11 278	17 108	
Familiens hus	2 057	0	
Samlet	22 935	26 319	3 901

Bygget Omsorgsboliger har et øket brutto areal på 128 m2.

- Økningen er knyttet til generell justering av arealene. Dagsenteret for psykisk helse, som nå er lagt til bygget for omsorgsboliger, har et større areal enn det som først var planlagt.

Helsehusets brutto areal er øket med 5441 m2 fra 11278 m2 til 17108 m2

- Nye tjenester: SSHF = 1163 m2, Familiens hus, som er flyttet inn i Helsehuset = 2737m2, Dagsenter 2 = 486 m2
- Økning ift. nye krav: Hjelpemidler: 100 m2
- Økning knyttet til generell justering av arealene: 1000 m2

## 11. 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.

I 2019 ble det gjort en analyse av byggene tilhørende Orelunden omsorgssenter. Både teknisk kvalitet og egnethet for tjenestene ble vurdert. Basert på denne analysen ble et anbefalt å sanere byggene og heller bygge helt nytt. Høsten 2020 er det gjennomført nye analyser av Orelunden. Den ene er en økonomisk analyse av å beholde deler av byggene, oppgradere boligene til dagens standard og integrere med nye bygg. Den andre har vurdert hvordan utbyggingen av Orelunden vil påvirke den virksomheten som drives på området i dag, og hvilke alternativer for utbygging som bør velges ut fra et helhetlig perspektiv. Det er utarbeidet en egen rapport for disse vurderingene. Nedenfor gis en kort oppsummering.

Fire alternativer er vurdert, der to av alternativene (1 og 2) har Helsehuset plassert på vestre del av tomta og Omsorgsboligene midt på tomta, der dagens omsorgssenter ligger. De to andre alternativene (3 og 4) har Helsehuset plassert midt på tomta og Omsorgsboligene på vestre del av tomta.

Anbefalingen er å bygge på Orelunden slik at Helsehuset blir liggende midt på tomta. Det er denne løsningen som vil gi den best mulige utnyttelsen av tomta og gi de beste vilkårene for tjenesten fremover. Denne delen av tomta ligger også høyest i forhold flomvern.

### Alternativ 4

- Helsehuset bygges først midt på tomta der byggene A, B, C og D ligger
- Omsorgsboliger bygges deretter på vestre del av tomta.
- Byggeprosjektet starter med å sanere alle byggene på tomta. Begge byggene kan eventuelt bygges samtidig



- > Mens planleggingen av selve byggingen pågår skaffes det nye boliger for beboerne i bygg A og D, samt nye arealer for Miljøenhetens base (bygg A) annet sted i kommunen. Det skaffes midlertidige arealer for Dagsenteret for eldre (bygg A) og for enheten Psykisk helse og rus (bygg C). Videre skaffes det midlertidige boliger for de som bor i bygg B.
- > Bygg A, B, C og D rives.
- > Helsehuset bygges først slik at behovet for korttidsplasser blir oppfylt.
- > Når Helsehuset står ferdig, flytter Dagsenteret for eldre (bygg A) tilbake til Orelunden og inn i Helsehuset. Det samme gjelder for enheten Psykisk helse og rus (bygg C). Og så følger alle de andre tjenestene som skal inn i Helsehuset etter.
- > Omsorgsboligene bygges.
- > Når Omsorgsboligene står ferdig, flytter beboerne i bygg B, som har bodd midlertidig på annet sted, tilbake til Orelunden og inn i sine nye boliger. Det samme gjelder for Dagsenteret for Psykisk helse (bygg C). Og så følger hjemmetjenesten og de øvrige nye beboerne etter.

Begrunnelsen for at det alternativet som plasserer Helsehuset midt på tomte vil være best, er knyttet til at Helsehuset er fylt opp av spesialistfunksjoner som alle har spesielle krav til sin virksomhet og da også til de omgivelsene de befinner seg i. Spesielt gjelder dette å oppnå en effektiv transport og logistikk. Helsehuset vil bli preget av at mange mennesker vil komme og gå, enten dette er pasienter eller besøkende. Samtidig som Helsehuset skal være effektivt og at det skal være enkelt å bevege seg til og fra, skal både pasienter, beboere og besøkende oppleve at huset er et godt sted å komme til. Da har også omgivelsene utomhus betydning. Med Helsehuset plassert midt på tomte vil det være bedre muligheter for å skape omgivelser for både opplevelser og ro. Helsehuset kan da bli gitt et mulighetsrom for dette på flere kanter av tomte.

Ved å legge Omsorgsboligene på vestre del av tomte, kan dette nye bygget tilknyttes de omkringliggende bomiljøene som ligger oppover langs elva, samtidig som det vil være nærhet til aktivitetene i Helsehuset. Omsorgsboligene vil med denne plasseringen i større grad få preg av å være et hjem og ikke en institusjon. Dagsenteret for Psykisk helse får en plassering slik som de har ønsket.

Alternativ 4 er rettet mot at kommunen så raskt som mulig skal få etablert de nødvendige korttids plassene (ref. Agenda Kaupang). Dagens korttids plasser er både for få og for dårlige. Mangelen på slike plasser med tilpassede behandlings- og opptreningsmuligheter bidrar til å hindre kommunen i å oppfylle sin egen visjon om at kommunens eldre skal kunne leve lengst mulig hjemme og i størst mulig grad kunne greie seg selv i hverdagen. Alternativ 4 innebærer at Orelunden saneres før byggeprosjektet starter og at kommunen skaffer midlertidige botilbud og arbeidslokaler for de aktivitetene som skal flytte tilbake når byggene står ferdig.

Selve byggeprosjektet vil være enklere og raskere å gjennomføre når det ikke skal tas hensyn til andre bygg på tomte, slik som Alternativ 4 legger opp til. Dette vil bidra til at kommunen raskere kan få realisert gevinstene for tjenestens drift. Gevinster skal kunne bli hentet ut gradvis fra og med det tidspunkt de planlagte tjenestefunksjonene Helsehuset starter sin nye arbeidshverdag med tverrfaglig samarbeid, kunnskapsdeling, behandling, opptrening og mestring kommer i gang. Helhetlig sett anbefales dette, under forutsetning av at kommunen vil kunne greie å skaffe dagens eldre beboere på Orelunden gode midlertidige boliger.

## 12. Finansieringsmodell

### Samlede byggekostnader

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

Til grunn for det nye estimatet for byggene ligger samme priser pr. m2 BTA som ble benyttet ved estimatet for 1 år siden.

- **Bygging:** Total byggekostnad for Helsehuset vil ut fra angivelser i Norsk Prisbok 2019 og 2020, samt WSPs egne erfaringer ha et estimat på ca. 42.000 kr pr. m2 BTA, inkl. alle kostnader ved bygget. Prisen er 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..
- **Parkering:** For parkering under bakken regner man 28 m2 BTA 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. Arealet anslås å være 3360 m2 BTA
- **Rivning:** 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 beregnet i detalj, men anslås å være ca. 3000 m2 BTA.
- **Rekkefølgekrav:** Tilknyttet reguleringsplanarbeidet for tomta foreligger det rekkefølgekrav som må oppfylles, Dette gjelder forhold knyttet til støy, veg og trafikk. Grunnlaget for denne kostnaden er beregnet av kommunens eiendomsavdeling.
- **Utomhusarbeider:** I forbindelse med reguleringsplanarbeidet er det estimert at 14 000 m2 må opparbeides. Kostnaden ved opparbeidelse anslås å være kr 1.400 pr. m2. Tallet er hentet fra Norsk Prisbok 2020, skolebygg, da det ikke foreligger erfaringstall for helsebygg. Skolebygg anses å ha tilsvarende krav til bruk av omgivelsene som et helsebygg vil ha,
- **Inventar og utstyr:** Kostnader for nytt inventar og utstyr er beregnet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Denne kostnaden vil gjerne bli tatt utenfor selve anleggskostnaden. Tallet oppgis samlet for begge byggene. Behovene hos Sørlandet sykehus og Familiens hus er ikke tatt med i oversikten. Estimater er gjort med bakgrunn i tilsvarende prosjekter som WSP har hatt erfaring med.

	m2	kr/ m2	Kostnad
Helsehuset, inkl. Familiens hus	17 108	42 000	718 536 000
Omsorgsboliger	9 728	36 000	350 208 000
Parkeringsplasser	3 360	12 500	42 000 000
Rivning av eksisterende omsorgsbygg	3 000	1 000	3 000 000
Rekkefølgekrav			13 000 000
Utomhusarbeid	10 000	1 500	15 000 000
Inventar og utstyr for de kommunale helse- og omsorgstjenestene – byggherrekostnad	20 000	1 500	30 000 000
<b>Samlet kostnad</b>			<b>1 171 744 000</b>

## Tilskudd og refusjoner

Husbanken gir investeringstilskudd til etablering av omsorgsplasser i institusjon (korttidsplasser) med inntil 55% av godkjente anleggskostnader og for omsorgsboliger med inntil 45% av godkjente anleggskostnader. Pr. dato er maksimal anleggskostnad som tilskuddet vurderes ut fra kr 3 423 000 pr. plass i institusjon eller boenhet i omsorgsbolig.

Areal som inngår helt eller delvis for utmålingen av investeringstilskuddet til korttidsplasser og omsorgsboliger er merket av i arealtabellen i kap. 10. Dette viser at beboere/ brukere og ansatte er avhengig av å også benytte arealer som ligger utenfor selve bogrupper, og som derved blir en del av støtteareal for tjenesten. Bl.a. gjelder dette treningsarealer, personalgarderober, spiserom, møterom, lager, tekniske rom og vestibyle.

For Helsehuset vil det kunne gis tilskudd for etableringen av 48 korttidsplasser og deres tilhørende støttearealer. Tilskuddssatsen er pr. dato kr 1 882 650 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 kr 1 540 350 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 de tre dagaktivitetssentrene som planlegges på Orelunden; to senter, hvert med 30 plasser, for eldre i Helsehuset og ett senter med 40 plasser for personer med psykiske lidelser og rusproblemer, plassert i bygget for Omsorgsboliger. Det gis på inntil 55% av anleggskostnadene for dagsenteret. Behov for areal utover 10 m<sup>2</sup> pr. bruker må begrunnes i forhold til brukergruppens behov.

Kommunen vil få kompensert merverdiavgiftene (25%) som er påløpt investeringsutgiftene tilknyttet byggeprosjektet, fra og med utredningen av konseptfasen. Det gis kun kompensasjon for arealer som skal benyttes av kommunen selv. Dette betyr at det ikke gis kompensasjon for de arealene som skal benyttes av Sørlandet sykehus.

## Leieinntekter

I Helsehuset vil Sørlandet sykehus være leietaker, og skal derfor betale leie til kommunen for de arealene de benytter for sin virksomhet. Deres areal utgjør totalt 2 063 m<sup>2</sup> BTA. Sørlandet sykehus leier i dag arealer på gamle Mandal sykehus. Leieinntekten er ikke tatt inn i oversikten som ligger til grunn for beregning av lånekostnad.

## Lånekostnad

Estimert lånekostnad fremkommer gjennom en oppstilling av alle kostnadene ved bygging, etablering av parkeringsplasser, rivning av eksisterende bygninger, utomhusarbeider, inventar og utstyr

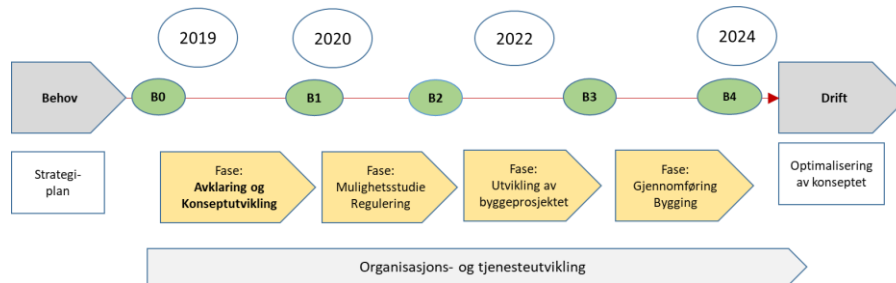


	Helsehuset	Familiens hus- arealer	Sørlandet sykehus- arealer	Omsorgs- boliger	Parkering	Riving	Utomhus, inventar og utstyr	Samlet
Helsehus-areal - kommunalt	516 957 000							516 957 000
Familiens hus-areal		114 954 000						114 954 000
SSHF -areal			86 625 000					86 625 000
Omsorgsboliger				350 208 000				350 208 000
Parkering bygget					42 000 000			42 000 000
Riving eksisterende bygninger						3 000 000		3 000 000
<b>Kostnad bygg</b>	<b>516 957 000</b>	<b>114 954 000</b>	<b>86 625 000</b>	<b>350 208 000</b>	<b>42 000 000</b>	<b>3 000 000</b>		<b>1 113 744 000</b>
Rekkefølgekrav							13 000 000	13 000 000
Utomhusarbeider							15 000 000	15 000 000
Inventar og utstyr							30 000 000	30 000 000
<b>Samlet kostnad</b>	<b>516 957 000</b>	<b>114 954 000</b>	<b>86 625 000</b>	<b>350 208 000</b>	<b>42 000 000</b>	<b>3 000 000</b>	<b>58 000 000</b>	<b>1 171 744 000</b>
Tilskudd korttidsplasser	-90 367 200							-90 367 200
Tilskudd dagsenter - eldre	-21 690 900							-21 690 900
Tilshudd omsorgsboliger				-123 228 000				-123 228 000
Tilskudd dagsenter - psykisk helse				-10 078 200				-10 078 200
<b>Samlet tilskudd</b>	<b>-112 058 100</b>			<b>-133 306 200</b>				<b>-245 364 300</b>
<b>Mva refusjon av samlet kostnad</b>	<b>-103 391 400</b>	<b>-22 990 800</b>	<b>0</b>	<b>-70 041 600</b>	<b>-8 400 000</b>	<b>-600 000</b>	<b>-11 600 000</b>	<b>-217 023 800</b>
<b>Lånekostnad</b>	<b>301 507 500</b>	<b>91 963 200</b>	<b>86 625 000</b>	<b>146 870 100</b>	<b>33 600 000</b>	<b>2 400 000</b>	<b>46 400 000</b>	<b>709 355 900</b>
Usikkerhet 25%								177 338 975
<b>Lånekostnad m/ usikkerhet</b>								<b>886 694 875</b>

Det er tatt inn 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. I kostnadsoversikten ovenfor er det usikkerhet for økte kostnader som er tatt inn. Usikkerhet kan også realisere seg i form av gevinster i forhold til de estimatene som er angitt.

Utsetting av byggeprosjektet på anbud og den konkurransen som skjer gjennom denne prosessen, vil gi et bilde av markedssituasjonen og hvilken kostnad tilbydere mener vil være realistisk for prosjektet.

### 13. Videre arbeid i prosjektet



Arbeidet med reguleringsplanen vil fortsette frem mot sommeren 2021. Samtidig med dette utlyses det en offentlig konkurranse for å velge hvilket entreprenørfirma som skal utvikle byggeprosjektet og gjennomføre selve byggingen.

Første del av denne konkurransen handler å prekvalifisere selskaper som melder sin interesse for å bygge Helsehuset og Omsorgsboligene. Entreprenørene skal dokumentere kompetanse og erfaring, og det samme må arkitekt og rådgivende ingeniører som entreprenøren har knyttet til seg som underleverandører. Av de selskapene som blir prekvalifisert, velges det ut tre som skal konkurrere videre. Planen er at prekvalifiseringen skal være klar medio februar.

Andre del av konkurransen blir en pris- og design-konkurranse. Sluttrapportene fra hhv. konseptutviklingen og denne kvalitetssikringen av konseptet, samt rom- og funksjonsprogrammet som nå er blitt utarbeidet, er de mest sentrale grunnlagene for konkurransen. Entreprenørselskapene som blir valgt til å delta i denne konkurransen skal utarbeide skisser av de nye byggene på tomte og beregne pris på hva det vil koste å føre opp byggene på Orelunden. En jury skal så vurdere forslagene som kommer inn, og velge en vinner av konkurransen. Målet er at vinneren skal være valgt innen utgangen av august 2021.

Etter dette starter utviklingsfasen av byggeprosjektet. Utviklingen skal skje i et samspill mellom entreprenørens ulike kompetanser og repr. for de som skal bruke bygget. Dette vil være ansatte fra bl.a. Velferd og Samfunn. En samspillfase er preget av aktiv brukermedvirkning, og i løpet av denne fasen vil flere arbeidsgrupper bli etablert for å jobbe videre med å sikre at rom og arealer blir hensiktsmessig utformet. Gjennom utviklingsfasen vil byggekostnadene bli nøyaktig beregnet.

Når denne fasen er avsluttet, skal det politisk besluttes om den siste fasen i byggeprosjektet, nemlig selve byggingen, kan startes opp. Om det da skal startes opp bygging av det ene eller begge byggene er pr. nå ikke avklart. Forutsatt at alt bygges samtidig, er planen at byggeprosjektet skal være avsluttet i desember 2024.

### 14. Vedlegg

- Rom- og funksjonsprogram med detaljerte beskrivelser pr. funksjon.