

Steinkjer kommune

Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus

Rapport august 2014, revisjon J04



2014-08-25 Oppdragsnr.: 5130714



J04	25.8.14	Korrigert tabell 11.1.3 og 11.2.1	ATJRO	Ingeborg Laugsand	25.08.14
J03	14.08.14	Rapporten revidert etter innspill fra aktører	INLA	Ingeborg Laugsand	14.08.14
J02	08.07.14	Rapporten kontrollert, korrigert og godkjent hos Steinkjer kommune	ATJRO	Ingeborg Laugsand	08.07.14
J01	04.07.14	Rapporten ferdig til gjennomgang hos Steinkjer kommune	ATJRO		
Rev.	Dato:	Beskrivelse	Utarbeidet	Fagkontroll	Godkjent

Dette dokumentet er utarbeidet av Norconsult AS som del av det oppdraget som dokumentet omhandler. Opphavsretten tilhører Norconsult. Dokumentet må bare benyttes til det formål som oppdragsavtalen beskriver, og må ikke kopieres eller gjøres tilgjengelig på annen måte eller i større utstrekning enn formålet tilsier.

Innhold

Sammendrag	6
1 INNLEDNING	14
1.1 Hva er gjort tidligere	14
1.2 Bestilling fra Steinkjer kommunestyre	14
1.3 Organisering av utredningen	15
2 HVORFOR ETABLERE INN-TRØNDELAGE HELSE – OG BEREDSKAPSHUS	16
2.1 Nasjonale føringer	16
2.2 Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag	17
2.3 Inn-Trøndelagsregionen	17
2.4 Beredskapsetatene	18
2.5 Mål om bedring i samhandling fra fagtenestene	18
2.6 Synergieffekter av etableringen	19
3 INNHOLD OG FAGTJENESTER I BYGGETRINN 1	20
3.1 Inn-Trøndelag Distriktsmedisinske Senter (DMS)	21
3.2 Rehabilitering	22
3.3 Steinkjer legevakt	24
3.4 Poliklinikker	27
3.5 Pasient- og brukerombudet	27
3.6 Audiografertjeneste	28
3.7 FoU-fasiliteter	29
3.8 Ambulansetjenesten	29
3.9 Inn-Trøndelag brannvesen	30
3.10 Sivilforsvaret	31
3.11 Fellesarealer	32
4 POLITIET	33
5 INNHOLD OG FAGTJENESTER I BYGGETRINN 2	34
5.1 Arealer og byggekostnader	34
5.2 Familiens Hus	34
5.2.1 Helsestasjons og skolehelsetjenesten	35
5.2.2 Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge	35
5.2.3 Jordmortjenesten	35
5.2.4 Forebyggende familieteam	35
5.2.5 Habiliteringstjenesten for barn, HNT	35
5.2.6 Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), HNT	35
5.3 Barneverntjenesten	36
6 INNHOLD OG FAGTJENESTER I BYGGETRINN 3	38

6.1	Arealer og byggekostnader	38
6.2	Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	38
6.3	Interkommunale ambulante team	38
6.4	Frivillige organisasjoner	39
6.5	Fastlegekontor	39
6.6	Apotek	39
6.7	Interkommunalt tildelingskontor	39
6.8	Læring- og mestring	39
6.9	Friskliv	39
6.10	Samhandling med NAV	39
6.11	Rus-tjeneste	40
6.12	Private helsetjenester	40
7	EIERFORM OG ORGANISERING	41
7.1	Kommunalt foretak	41
7.2	Interkommunalt selskap	41
7.3	Aksjeselskap	41
7.4	Del av kommunen	42
7.5	Vertskommunemodell	42
7.6	Faktorer som er viktig å vektlegge ved valg av organisasjonsform	43
7.7	Oversikt over kommunal organisering og ansvar:	43
7.8	Anbefaling	43
7.9	Bygningsmessig drift	44
7.10	Deltakernes drift	44
7.11	Senterfunksjoner	44
8	BESKRIVELSE AV BYGNINGEN OG TOMTA	45
8.1	Tomtealternativer	45
8.2	Valgt tomt	46
8.2.1	Beliggenhet	46
8.2.2	Regulering	47
8.2.3	Muligheter og begrensninger	47
8.3	Situasjonsplan	48
8.4	Bebyggelse og planløsninger	48
8.5	Arealer byggetrinn 1	50
9	BYGNINGSMESSIGE KOSTNADER	51
9.1	Avtalte fordelingsnøkler mellom deltakerne	51
9.1.1	Interkommunale tjenester i helsehuset	51
9.1.2	DMS Inn-Trøndelag	51
9.1.3	Legevakta	52
9.1.4	Poliklinikker	52
9.1.5	Rehabilitering	52
9.1.6	Andre deltakere	52
9.2	Fordeling av fellesarealer	52
9.3	Bygningsmessige driftskostnader	52
9.4	Inventar og utstyr	52

9.5	Byggetrinn 1 alternativ A fullt utbygd	53
9.5.1	Byggekostnader	53
9.5.2	Fordeling av bygningsmessige kostnader	54
9.6	Byggetrinn 1 alternativ B, uten rehabiliteringsenheten	55
9.6.1	Byggekostnader	55
9.6.2	Fordeling av bygningsmessige kostnader	56
9.7	Kompensasjon for merverdiavgift - økonomiske konsekvenser for kommunen ved endret bruk av lokaler	57
9.8	investeringstilskudd fra Husbanken	57
10	KOSTNADER MED TJENESTEPRODUKSJON	58
10.1	Synergieffekter - driftsøkonomi – eksempler	58
11	SAMLEDE KOSTNADER FOR KOMMUNENE	60
11.1	Steinkjer kommune	60
11.1.1	Økonomiplanen 2014-2017	60
11.1.2	Økonomisk effekt ved etablering av helsehusdelen	60
11.1.3	Økonomisk effekt av beredskapsdelen	62
11.2	Inderøy, Verran og Snåsa kommuner	63
11.2.1	Økonomisk effekt av hele Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus	63
12	OMBRUK AV LOKALER	64
12.1	Brannstasjonen	64
12.1.1	Beskrivelse av bygget	64
12.1.2	Utflytting av legevakta	64
12.1.3	Utflytting av Inn-Trøndelag brannvesen	64
12.1.4	Alternativ bruk av bygningen	65
12.2	Egge helsetun	66
12.2.1	Utflytting av DMS	66
12.2.2	Utflytting av rehabiliteringsenheten	66
12.2.3	Kostnader for ombygging av DMS og rehabiliteringsarealene ved Egge helsetun til 20 sykehjemsrom og 6 bofellesskapsplasser	66
12.2.4	Kostnader for bygging av 20 sykehjemsrom og 6 bofellesskapsplasser i et nybygg	67
12.3	Rådhuset	68
13	VEGEN VIDERE	69
13.1	Politisk prosess	69
13.2	Framdrift	69
13.3	Samhandlingsreformen og forebyggende arbeid	69

Sammendrag

Rapporten er en videreføring av forstudien om Inn-Trøndelag helsehus utarbeidet våren 2013 og utredningen høsten 2013.

Bestilling-mandat

Steinkjer kommunestyre vedtok den 18.12.13 å få utredet følgende:

1. Inn-Trøndelag helsehus søkes etablert med utgangspunkt i den foreliggende utredningen.
2. Det etableres et beredskapshus, som søkes samlokalisert med Inn-Trøndelag Helsehus, for å ta ut størst mulig gevinst av etableringene. Etableringskostnaden søkes innarbeidet i økonomiplanen med oppstart i 2015.
3. Etableringen av helsehus forutsetter at det gjøres positive vedtak om medfinansiering med samarbeidspartnere i helsesamarbeidet.
4. Etableringen av helsehus og beredskapshus forutsetter også at det inngås bindende leieavtaler med eksterne leietakere, samt at fraflyttede kommunale arealer leies ut med avtaler tilsvarende dagens inntektsnivå.
5. Arbeidet i prosjektgruppa og tilhørende organer videreføres i 2014 med vanlig rapportering til politiske organer.
6. Denne prosjektgruppa foretar detaljert planlegging av Inn-Trøndelag helsehus som inkluderer grundigere økonomiske beregninger samt arkitektforslag.
7. Arealet på Nordsileiret anbefales for nybygg. Etablering i Fylkets Hus foretrekkes dersom rask avklaring i Nord-Trøndelag Fylkeskommune.

Prosjektgruppa leverer en rapport som svarer på bestillinga og mandatet for arbeidet. Byggetrinn 1 ved Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er nå ført fram til skisseprosjektnivå med beskrivelse av bygningens innhold, fordelt på flere byggetrinn, situasjonsplan, etasjeplaner-, snitt- og fasadetegninger, arealoppgaver, kostnadsoverslag fordelt på leietakerne og sammenlignet med kostnadene deltakerne har i 2014. Det er også utarbeidet forslag til organisering og eierform.

Prosjektgruppa mener rapporten gir et godt grunnlag for å kunne ta de politiske vedtak som er nødvendig hvis Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus skal realiseres.

Hvis det besluttet å gå videre med prosjektet, gir rapporten det nødvendige grunnlaget for å inngå avtaler med deltakerne.

Hvorfor etablere Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus

Helse- og beredskapshuset har som mål å videreføre og videreutvikle det regionale helsesamarbeidet i tråd med signalene i den kommende kommunereformen.

Helse- og beredskapshuset er regionens svar på Samhandlingsreformens utfordringer, dvs. mer helhetlig tjenestetilbud, økt forebyggende innsats og å dekke framtidige behov (endret demografisk utvikling og sykdomsbilde).

Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus planlegges som et regionalt helsetjeneste- og kompetansesenter i Inn-Trøndelagsregionen, med sterkt fokus på hvordan helsetjenester kan bringes nærmere innbyggerne i hele regionen. Nasjonale helsemyndigheter har tatt til orde for å samlokalisere tjenestetilbud innen helse- og omsorgssektoren.

Ledelsen ved Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag har gitt uttrykk for et ønske om en samlokalisering av sine desentraliserte spesialisthelsetjenester i regionen. Signalene har hele tiden vært at de desentraliserte spesialisthelsetjenestene i Inn-Trøndelag skulle lokaliseres til Steinkjer og gjerne samlokaliseres der.

Steinkjer kommune ønsker å legge til rette for, og arbeide aktivt for etablering og videreutvikling av helserelaterte tjenestetilbud i kommunen, herunder bidra til:

- Videreutvikling av Distriktsmedisinsk senter (DMS)
- Videreutvikling av eksisterende private medisinske sentra
- Utvikling av et Inn-Trøndelag helsehus lokalisert i Steinkjer. I et helsehus skal helserelaterte tjenester i størst mulig grad samlokaliseres

Samarbeidskommunene Inderøy, Verran og Snåsa har alle gitt uttrykk for at de ønsker å videreføre og utvikle samarbeidstjenester innen helsesektoren.

Det er en unik sammensetning av helse- og beredskapsetatene i dette huset hvor alle etatene og enhetene ser verdien i tettere samarbeid og samhandling.

Alle de fire beredskapsetatene brannvesen, ambulansetjenesten, sivilforsvaret og politiet har store fordeler ved å samlokaliseres i et hus. Det er også tette koblinger og relasjoner mellom beredskapsetatene og deler av tjenestene i helsehuset.

- Ambulansetjenesten og brannvesenet er tjenester som er nær beslektet med deler av tjenestene i helsehuset. Spesielt påpeker legevakten at de ønsker nærhet til brannvesenet og ambulansetjenesten.
- Sivilforsvaret er forsterkningsressurs for nød- og beredskapsetatene, og har folk og materiell å sette inn når andre ressurser ikke strekker til. Sivilforsvaret har derfor stor nytte av å være lokalisert nært de andre beredskapsetatene.
- Politiet samarbeider tett med de andre beredskapsetatene spesielt ved leteaksjoner, ulykker og katastrofer. I tillegg samarbeider politiet tett med barnevernstjenesten.

Byggetrinn 1

Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus foreslås realisert i flere byggetrinn. Byggetrinn 1 er en bygning på ca. 10 500 m² bruttoareal og foreslås å inneholde:

- Inn-Trøndelag distriktsmedisinske senter DMS
- Steinkjer kommunes rehabiliteringstjeneste
- Steinkjer legevakt
- Poliklinikker
- Pasient- og brukerombudet
- Audiografertjeneste
- FOU-fasiliteter
- Ambulansetjenesten
- Inn-Trøndelag brannvesen
- Sivilforsvaret
- Fellesarealer, kantine, møte- og kurslokaler

For byggetrinn 1 er det tatt med en alternativ løsning uten Steinkjer kommunes rehabiliteringsavdeling.

Byggetrinn 2

Byggetrinn 2 er en bygning på ca. 2 360 m² bruttoareal og foreslås å inneholde:

- Familiens hus
- Barnevernstjenesten

Byggetrinn 3

Det er ikke laget tegninger for byggetrinn 3, men det er avsatt plass for bygget. En ser for seg en bygning i samme størrelsesorden som byggetrinn 2 og foreslås å inneholde helserelaterte tjenester som kompletterer innholdet i byggetrinn 1 og 2.

Politiet

Det er ønskelig at politiet også etableres i bygget, slik at alle beredskapsetatene samles på et sted. Politiet skal omorganiseres og det er ennå usikkert hva som blir resultatet i Steinkjer. Pga. usikkerheten om hvordan framtidens politi i Steinkjer vil bli, defineres politidelen av Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus som et eget byggetrinn.

Bygget er planlagt slik at en, hvis det blir aktuelt, kan bygge en egen politifløy med tilknytning til byggets felles inngangsparti, og dermed oppnå de synergieffektene en ønsker å oppnå.

Inn-Trøndelag distriktsmedisinske senter (DMS)

DMS foreslås flyttet fra Egge Helsetun til det nye helsehuset, og kapasiteten foreslås økt fra 16 senger til 20 senger. Kapasitetsøkningen vil gi en mer rasjonell drift da 20 senger er ideelt i forhold til bemanning samt at befolkningsframskriving tyder på at behovet for DMS-kapasitet vil øke betydelig på grunn av aldersutviklingen i befolkningen. En ser derfor at et nybygg bør ta høyde for noe økt kapasitet. Steinkjer kommune vil benytte de 4 nye plassene til korttidsplasser fra starten av, men denne kapasitetsøkningen vil også gi mulighet til fleksibel bruk av plassene for hele regionen.

Dialysen skal utvide fra 6 til 10 dialyseplasser. Samtidig videreføres 2 av behandlingsplassene som isolater.

Rehabilitering

Steinkjer kommunes rehabiliteringstjenester foreslås flyttet fra Egge helsetun til helsehuset, og kapasiteten foreslås økt fra 9 plasser til 15.

DMS og rehabilitering sengepost er tjenester som har stor nytte av å være samlokalisert nært hverandre i samme hus.

Det blir en egen treningssal og 2 treningsleiligheter i samme etasje som pasientrommene og varmebasseng i 1. etasje.

Kapasitetsøkningen begrunnes med forskningsresultater som viser at rehabilitering gir betydelig reduksjon i behov for økte pleie og omsorgstjenester i kommunene. Forskningsresultatene tyder på at hver rehabiliteringsplass gir kommunene en årlig besparelse på ca. 800 000 kr.

Steinkjer legevakt

Steinkjer legevakt foreslås flyttet fra dagens lokaler i brannstasjonsbygget.

Brannstasjonen i Steinkjer er et gammelt bygg som er dårlig tilpasset legevaktas behov. Legevakta ønsker dessuten av sikkerhetsmessige grunner å være plassert nært brannvakta som også er døgnbetjent. Inn-Trøndelag brannvesen må flytte fordi lokalene ikke tilfredsstiller dagens krav, og legevakta ønsker å flytte etter til Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus.

Legevakta har mye samarbeid med ambulansetjenesten, og vil ha stor nytte og rasjonaliseringsgevinst av å bli lokalisert sammen med ambulansene.

Ambulansene er i dag lokalisert på den andre siden av byen, men planlegges flyttet til Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus.

Poliklinikker

I dag er det lokalisert poliklinikker for dialyse, røntgen og ortopedi sammen med DMS. Disse vil bli videreført i det nye helsehuset i 2. etasje. Det er her avsatt areal som gir mulighet for flere polikliniske tjenester.

Pasient og brukerombudet

Pasient- og brukerombudet leier i dag lokaler i Fylkets hus på Nordsileiret i Steinkjer. Det er avsatt plass for 5 kontor ihht ønsker fra pasient- og brukerombudet.

Audiografftjeneste

Det tas sikte på å få inn audiografftjenester i tilknytning til poliklinikkene i 2. etasje.

FOU-fasiliteter

Det vil bli tilrettelagt for at forskningsinstitusjoner kan etablere seg i helsehuset og drive forskning med tilknytning til aktiviteten i bygget.

Fellesarealer

En viktig del av helse- og beredskapshuset er å utnytte samdriftsfordeler og få rasjonaliseringsgevinst ved at deltakerne kan dele på funksjoner som flere har bruk for.

Ved å samle de planlagte funksjonene/tjenestene både innen helse- og beredskapstjenester og legge til rette for at de som arbeider i bygget møtes både formelt og uformelt, vil man få spennende synergieffekter. Det vil blant annet bli felles kantine, møte- og kurslokaler, inngangsparti og resepsjonstjenester samt senterledelse.

Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten foreslås flyttet til beredskapsdelen av bygget. Ambulansetjenesten leier i dag lokaler i Sannan-området på motsatt side av byen. Tjenesten har gode lokaler i dag, men ser store fordeler med samlokalisering med de øvrige beredskapsetatene og legevakta. Samlokalisering gir mer rasjonell drift og bedre faglig utvikling og samarbeid.

Inn-Trøndelag brannvesen

Eksisterende Steinkjer brannstasjon er en gammel bygning som ikke tilfredsstiller dagens krav til virksomheten. Det er vurdert at det ikke er mulig å få tilfredsstillende forhold i bygningen, og brannvesenet må derfor flytte. Brannvesenet har fra tidligere nært samarbeid med alle de øvrige beredskapsetatene samt legevakta. Samlokalisering med resten av beredskapsetatene og helsehuset er derfor vurdert som en meget god løsning.

Sivilforsvaret

Sivilforsvaret er i dag lokalisert med kontorer og lager i to ulike bygg på Sørsileiret. Sivilforsvaret ser store fordeler med å bli samlokalisert med de andre beredskapsetatene. Det vil bli lettere å trekke veksler på hverandres kompetanse, og huset vil bidra til å styrke samvirket mellom de ulike aktørene som redningstjenesten er så avhengig av. Samlokalisering vil bidra til en kostnadseffektiv drift og forvaltning av betydelige mengder beredskapsmateriell, hvor en kan gjøre bruk av felles fasiliteter, utstyr og kompetanse. Nye og tilrettelagte fasiliteter forventes også å føre til en betydelig kvalitativ heving av den samlede materiellforvaltningen.

Eierform og organisering

Forskjellige modeller for eierform er vurdert. Det foreslås at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus organiseres som et kommunalt foretak KF som en del av Steinkjer kommune. I forhold til de samarbeidende kommunene benyttes vertskommunemodellen, og i forhold til øvrige deltakere foreslås et leieforhold mellom leietaker og det kommunale foretaket.

Tomtevalg

Steinkjer kommunestyre ønsket utredet to alternativer; ett med kjøp og ombygging av Fylkets hus, og ett med nybygg på egen tomt på Nordsileiret ved Steinkjer sykehjem. Det ble ikke enighet med Nord-Trøndelag fylkeskommune om kjøp, og tomte ved Steinkjer sykehjem er derfor valgt som lokalisering.

Tomta har flott beliggenhet ved sjøen. For å få plass til den planlagte bebyggelsen, er det nødvendig med omregulering av deler av friområdet og noe utvidelse av tomtearealet med

utfylling i sjøen.

Det er mulig å etablere ca. 200 parkeringsplasser på området mellom Steinkjer sykehjem og adkomstvegen.

Bygningsmessige kostnader

Bygningsmessige kostnader er vurdert for byggetrinn 1 i både alternativ A med full utbygging og alternativ B uten Steinkjer kommunes rehabiliteringstjeneste. Kostnadene er vurdert ut fra opplysninger i kjente statistikker og erfaringstall etter prisnivået i 2014.

Byggetrinn 1 alternativ A er kalkulert til ca. 261 millioner kroner eks. mva. inkl. tomtekostnader. Til fradrag kommer investeringstilskudd fra Husbanken til etablering av pasientrom ved DMS og rehabilitering sengepost med ca. 55 millioner kroner.

Byggetrinn 1 alternativ B uten rehabiliteringstjenesten er kalkulert til ca. 216 millioner kroner eks. mva. inkl. tomtekostnader. Til fradrag kommer investeringstilskudd fra Husbanken til etablering av pasientrom ved DMS med ca. 32 millioner kroner.

Byggetrinn 2 er foreløpig anslått til ca. 54 millioner kroner.

For byggetrinn 3 og politibygget er det ikke gjort kostnadsvurderinger.

I rapporten er de bygningsmessige kostnadene fordelt på deltakerne ut fra tidligere avtalte fordelingsnøkler. De årlige bygningsmessige kostnadene vil øke betydelig i forhold til nivået i 2014 for Steinkjer kommune. For de øvrige deltakerne er det lite økning for helsedelen av prosjektet, men det blir betydelig økning knyttet til ny brannstasjon som tilnærmet doubler sitt bygningsmessige areal. Pga. forholdene i eksisterende brannstasjon, er en uavhengig av om det blir bygd helsehus eller ikke, nødt til å bygge ny brannstasjon. En ny brannstasjon blir rimeligere å bygge og rimeligere i drift ved å bygge den sammen med Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus enn i et separat bygg.

Kostnader med tjenesteproduksjon

Innenfor døgnbaserte tjenester utgjør lønnskostnadene den største delen av driftskostnadene, og da spesielt kostnader for å opprettholde en døgnturnus. Det er derfor viktig å utforme bygningen slik at en får så effektiv drift som mulig. DMS er planlagt med 20 pasientsenger som i følge erfaringer gir de laveste driftskostnadene.

Her vil en kunne oppnå både ei ressursmessig mer effektiv drift i forhold til antall årsverk, og likevel kunne opprettholde høy pleiefaktor og sykepleiedekning. I tillegg vil en slik stordriftsfordel gi økt robusthet og fleksibilitet i behandlingstilbudet. Særlig vil en slik løsning gi ei mer robust drift i ferie og høytider enn flere mindre enheter på ulike steder i regionen.

I tillegg vil effekten av en høynet kvalitet i tjenestene ved økt antall sengeplasser gi betydelig reduksjon i behov for økte pleie og omsorgstjenester i kommunene. Forskning på området viser at ved utskriving av 128 pasienter ved rehabilitering, sparer kommunene totalt 10 millioner kroner i løpet av et år dvs.

kr. 80 000 pr. pasient. Eksempelvis kan nevnes at rehabiliteringstjenesten i Steinkjer hadde 150 utskrivinger i 2012 med 15 plasser, hvorav 30 % ble skrevet ut uten behov for hjemmesykepleie.

Samlede kostnader for kommunene

I rapporten er det laget en oversikt over kommunenes samlede kostnader både med bygningsmessig drift og tjenesteproduksjon før og etter etablering av Inn-Trøndelag helse og beredskapshus.

For Steinkjer kommune er det også vist hva årlige kostnader vil bli hvis kommunen skal etablere den samme kapasiteten på sykehjemsplasser og bofellesskapsplasser som kommunen får ved etablering av helsehuset,

For Steinkjer kommune blir det betydelig økte årlige driftskostnader med etablering av helsedelen av Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus. Dette er imidlertid kostnader en uansett vil få for å dekke det framtidige behovet for omsorgsplasser. Ved å øke antall rehabiliteringsplasser som foreslått, vil den totale årlige kostnaden bli marginalt lavere ved etablering av helsehuset enn uten helsehuset.

Kostnadene med ny brannstasjon vil en uansett få enten en bygger Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus eller ikke.

Ombruk av lokaler

Hvis DMS og rehabiliteringstjenesten ved Egge helsetun flyttes til helsehuset, vil eksisterende pasientrom ved DMS og rehabilitering sengepost totalt 20 rom, enkelt konverteres til sykehjemsrom. I tillegg planlegges å etablere 6 bofellesskapsplasser i resten av lokalene etter rehabiliteringstjenesten.

Lokalene etter legevakta og brannvesenet i eksisterende brannstasjon er en utfordring for Steinkjer kommune å finne alternativ bruk for.

Hvis familiens hus og barnevernet flyttes ut av rådhuset i forbindelse med byggetrinn 2, vil disse arealene kunne leies ut til kontorformål.

Framdrift

Den raskest mulige framdriftsplanen vurderes å være følgende:

August 2014:	Politisk behandling formannskap
September 2014:	Politisk behandling kommunestyre
September 2014:	Prosjekteringskonkurranse kunngjøres
November 2014:	Detaljprosjektering starter
Januar-april 2015:	Masseutskifting og plassering av forbelastning på tomta.
Desember 2015:	Detaljprosjektering ferdig
Januar/februar 2016:	Anbudsregning
April 2016:	Byggestart
Desember 2017:	Ferdig bygg
2018:	Drift

Vegen videre

Etter planen skal denne rapporten legges fram til politisk behandling i alle kommunene i regionen i løpet av august / september 2014, jamfør felles formannskapsmøte 18.august 2014. Det er et mål at kommunene, på bakgrunn av denne rapporten, kan ta en endelig beslutning om etablering av Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus, noe som forutsetter positive vedtak i hele regionen. Basert på felles saksframlegg vil det være ulike forslag til vedtak i Steinkjer kommunestyre og i de andre kommunene. Det skyldes at deler av tilbudet i helse- og beredskapshuset er tenkt kun for Steinkjer kommunes innbyggere i første runde, noe som gir Steinkjer kommune den største økningen i utgifter.

1 INNLEDNING

1.1 HVA ER GJORT TIDLIGERE

Våren 2013 utførte Trøndelag Forskning og Utvikling AS på oppdrag for Steinkjer kommune en forstudie for etablering av et Inn-Trøndelag helsehus.

Utredningens nedslagsfelt var Inn-Trøndelag, som omfatter kommunene Inderøy, Verran, Snåsa og Steinkjer. Øvrige samarbeidspartnere var Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inn-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag, Helse Midt-Norge og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Forstudien skisserte ulike alternativer når det gjelder størrelse og innhold i helsehuset.

Forstudien viste at Steinkjer kommune har gode forutsetninger for å kunne oppfylle de nasjonale retningslinjene. Som en del av forstudien utarbeidet Norconsult AS en vurdering av aktuelle lokaliseringalternativer i Steinkjer sentrum.

Forstudien ble politisk behandlet i Steinkjer kommunestyre 19.juni 2013.

Steinkjer kommunestyre vedtok å gå videre med planene for å gi et beslutningsunderlag for oppstartvedtak i desember 2013.

Høsten 2013 ble det arbeidet videre med en ny og mer omfattende rapport. Rapporten ble levert i november 2013. I denne rapporten ble det konkludert med at helsehuset burde etableres enten ved kjøp og ombygging av Fylkets hus, på en ubebygd tomt eller ved Egge helsetun. Innhold og kostnader ble vurdert og kostnadene ble fordelt på samarbeidspartnerne.

Utredningen ble behandlet i Steinkjer kommunestyre 18.desember 2013, og det ble vedtatt å gå videre med prosjektet med en mer omfattende utredning.

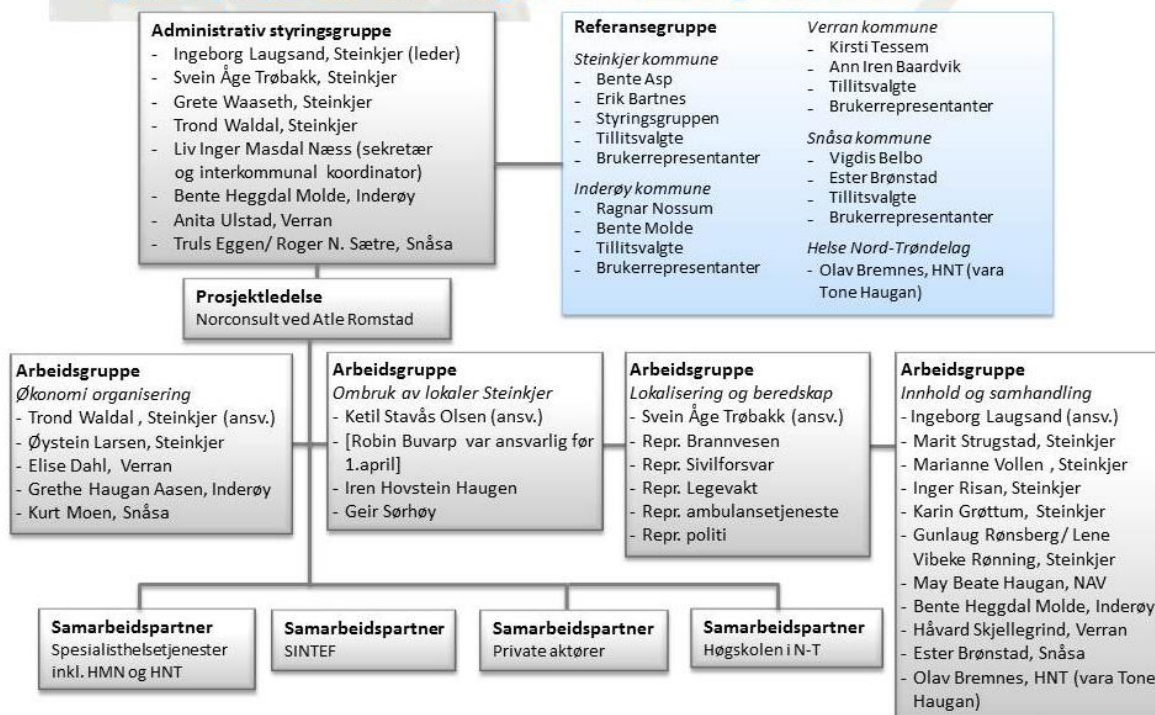
1.2 BESTILLING FRA STEINKJER KOMMUNESTYRE

Med bakgrunn i rapport om Inn-Trøndelag Helsehus datert den 20.11.13 gjorde kommunestyret i Steinkjer følgende vedtak den 18.12.13

1. Inn-Trøndelag helsehus søkes etablert med utgangspunkt i den foreliggende utredningen.
2. Det etableres et beredskapshus, som søkes samlokalisert med Inn-Trøndelag Helsehus, for å ta ut størst mulig gevinst av etableringene. Etableringskostnaden søkes innarbeidet i økonomiplanen med oppstart i 2015.
3. Etableringen av helsehus forutsetter at det gjøres positive vedtak om medfinansiering med samarbeidspartnere i helsesamarbeidet.
4. Etableringen av helsehus og beredskapshus forutsetter også at det inngås bindende leieavtaler med eksterne leietakere, samt at fraflyttede kommunale arealer leies ut med avtaler tilsvarende dagens inntektsnivå.
5. Arbeidet i prosjektgruppa og tilhørende organer videreføres i 2014 med vanlig rapportering til politiske organer.
6. Denne prosjektgruppa foretar detaljert planlegging av Inn-Trøndelag helsehus som inkluderer grundigere økonomiske beregninger samt arkitektforslag.
7. Arealet på Nordsileiret anbefales for nybygg. Etablering i Fylkets Hus foretrekkes dersom rask avklaring i Nord-Trøndelag Fylkeskommune.

1.3 ORGANISERING AV UTREDNINGEN

Organisasjonskart for utredning av Inn-Trøndelag Helsehus 2014



2

HVORFOR ETABLERE INN-TRØNDELAG HELSE – OG BEREDSKAPSHUS

Helse- og beredskapshuset har som mål å videreføre og videreutvikle det regionale helsesamarbeidet i tråd med signalene i den kommende kommunereformen.

Helse- og beredskapshuset er regionens svar på Samhandlingsreformens utfordringer, dvs. mer helhetlig tjenestetilbud, økt forebyggende innsats og å dekke framtidige behov (endret demografisk utvikling og sykdomsbilde).

Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus planlegges som et regionalt helsetjeneste- og kompetansesenter i Inn-Trøndelagsregionen, med sterkt fokus på hvordan helsetjenester kan bringes nærmere innbyggerne i hele regionen.

2.1 NASJONALE FØRINGER

Nasjonale helsemyndigheter har tatt til orde for å samlokalisere tjenestetilbud innen helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoretat har gitt støtte til utredningen av Inn-Trøndelag Helsehus i 2012 og 2013, og ba om at aktiviteter som rettet seg mot følgende mål ble prioritert:

- Å stimulere til kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester.
- Fremme utvikling av tilbud som bidrar til forebygging og tidlig intervensjon, bedre pasientforløp og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Bidra til mer tilgjengelige helsetjenester og stimulere til økt kvalitet.
- Stimulere til at nye arbeidsmetoder for samhandling og organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeidstiltak med spesialisthelsetjeneste tas i bruk.
- Bidra til bedre ressursutnyttelse av samlet innsats i helse- og omsorgstjenestene

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) formidler i kap. 5 at framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste skal innbefatte helhetlige og samordnete tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Planen framholder at det er en målsetting at tilgjengeligheten til tjenestene skal økes, og kvaliteten og kompetansen skal heves.

Planen omtaler lokalmedisinske senter som er kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter eller istedenfor innleggelse i sykehus.

Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er en lokal variant av et slikt senter hvor samlokalisering av tjenester skal føre til styrket oppfølging av svake grupper, styrking av fagmiljø, styrking av muligheter til å rekruttere personell, sikrer befolkningen nærhet til nødvendige helse- og omsorgstjenester og styrker samarbeidet med forskningsinstitusjonene.

All planlegging av helse- og beredskapshuset har søkt å ta høyde for konsekvenser av iverksetting av kommunereformen. Reformen kan gi noe sentralisering av enkelte tjenester, med økt behov for

areal i helsehuset, men de aller fleste operative helsetjenestene vil bli gitt lokalt også etter en kommunereform.

For å kunne ivareta Samhandlingsreformens intensjoner og møte framtidens behov for tjenester, er blant annet helse- og beredskapshuset planlagt å gi rom for en økning i antall sengeplasser både i Inn-Trøndelag distriktsmedisinske senter og rehabilitering.

2.2 HELSE MIDT-NORGE OG HELSE NORD-TRØNDELAG

Ledelsen ved Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag har gitt uttrykk for et ønske om en samlokalisering av sine desentraliserte spesialisthelsetjenester i regionen. Signalene har hele tiden vært at de desentraliserte spesialisthelsetjenestene i Inn-Trøndelag skulle lokaliseres til Steinkjer og gjerne samlokaliseres der.

DMS Inn-Trøndelag med tilhørende poliklinikker, røntgen og dialyse er lokalisert ved Egge Helsetun, Voksenpsykiatrisk poliklinikk er stasjonert ved Høvdinggården legekontor, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og Habiliteringstjenesten for barn og unge har kontorer ved Familiens Hus i Steinkjer rådhus. Dette illustrerer at spesialisthelsetjenestene som er desentralisert til Inn-Trøndelagregionen er spredt på flere lokasjoner i Steinkjer.

Helseforetaket er godt fornøyd med lokalene ved Høvdinggården og har pr i dag ikke behov for nye lokaler for voksenpsykiatrisk poliklinikk.

DMS Inn-Trøndelag og dialysen kan effektiviseres dersom de er lokalisert i samme etasje. Habiliteringstjenesten og BUP som leier lokaler i Familiens Hus i Steinkjer rådhus, bor trangt. Bedre tilpasset bygningsmasse vil bedre forholdene og mulighetene for samhandling.

Signalene fra Helse Nord-Trøndelag er at det ikke vil være aktuelt å iverksette desentralisering og samlokalisering av ytterligere spesialisthelsetjenester med dagens manglende tilgang på spesialister

2.3 INN-TRØNDELAGSREGIONEN

Steinkjer kommunes kommuneplan for 2014 – 2017 beskriver følgende satsinger under temaet næringsliv/-utvikling:

"Spesielle satsinger

Spesielle satsinger er områder som skal ivareta behovet for nødvendig fokusering og prioritering av aktuelle utviklingsprosjekter og bransjeområder som ellers ikke er omtalt innenfor planens øvrige tiltaksområder. Dette er prosjekter og bransjeområder hvor Steinkjers vurderes å inneha konkurransemessige fortrinn for sysselsettingsvekst, samt kunne bidra til å tiltrekke kompetanse, talenter og tilreisende. Under er vist slike:

Helserelaterte tjenester

Steinkjer kommune vil legge til rette for, og arbeide aktivt for etablering og videreutvikling av helserelaterte tjenestetilbud i kommunen, herunder bidra til

- Videreutvikling av Distriktsmedisinsk senter (DMS)
- Videreutvikling av eksisterende private medisinske sentra
- Utvikling av et Inn-Trøndelag helsehus lokalisert i Steinkjer. I et helsehus skal helserelaterte tjenester i størst mulig grad samlokaliseres

Kommunestyrene i Verran og Inderøy har vedtatt en strategi for Inn-Trøndelagsregionen hvor helsehus står nevnt som ett av flere satsningsområder i perioden 2012-2016.

Verran kommunes kommuneplan for 2013-2019 inneholder et avsnitt om å videreføre og utvikle samarbeidsløsninger. «*Godt samarbeid med nabokommunene (DMS, legevakt osv.) samt med helseforetaket må videreføres. Målsetningen med samarbeidet er å gi innbyggerne best mulig tjenester innenfor tilgjengelige budsjetttrammer*».

Inderøy kommunes kommuneplan for 2013-2025 inneholder et delmål for helse og omsorg som lyder: «*Utvide samarbeidet med andre aktører for å øke kvaliteten på tjenester*»

Snåsa kommunes kommuneplan for 2005-2015 omhandler i stor grad samarbeid med Indre Namdal. Snåsa kommune sitt retningsvalg 27. mars 2014 viser at samarbeidet vil rettes mot Inn-Trøndelagsregionen med umiddelbar virkning. Innen helsefeltet har samarbeidet med Inn-Trøndelag allerede vart ei stund i form av legevaktsamarbeid og samarbeid om DMS Inn-Trøndelag samt prosjektbasert utviklingsarbeid knyttet til helse- og omsorgsfeltet.

2.4 BEREDSKAPSETATENE

Det er en unik sammensetning av helse- og beredskapsetatene i dette huset hvor alle etatene og enhetene ser verdien i tettere samarbeid og samhandling.

Alle de fire beredskapsetatene brannvesen, ambulansetjenesten, sivilforsvaret og politiet har store fordeler ved å samlokaliseres i et hus. Det er også tette koblinger og relasjoner mellom beredskapsetatene og deler av tjenestene i helsehuset.

- Ambulansetjenesten og brannvesenet er tjenester som er nær beslektet med deler av tjenestene i helsehuset. Spesielt påpeker legevakten at de ønsker nærhet til brannvesenet og ambulansetjenesten.
- Sivilforsvaret er forsterkningsressurs for nød- og beredskapsetatene og har folk og materiell å sette inn når andre ressurser ikke strekker til. Sivilforsvaret har derfor stor nytte av å være lokalisert nært de andre beredskapsetatene.
- Politiet samarbeider tett med de andre beredskapsetatene spesielt ved leteaksjoner, ulykker og katastrofer. I tillegg samarbeider politiet tett med barnevernstjenesten.

2.5 MÅL OM BEDRING I SAMHANDLING FRA FAGTJENESTENE

De ulike fagtjenestene som har deltatt i arbeidet med vurdering av innholdet i tjenestene i Helse- og beredskapshuset, formidler tydelig at samlokalisering vil gi både faglige og økonomiske gevinster. Dette avhenger av at arealene blir tilrettelagt for samhandling og at tjenestene blir organisert og ledet med samhandling som mål.

Dagens situasjon gir ikke gode nok incentiver for den enkelte utøver til å dra nytte av andre fagtjenesters kompetanse. Noen av årsakene som nevnes i denne sammenhengen kan være lite tilgjengelighet på telefon, tungvint å få tak i vedkommende som jobber i en annen etasje eller et annet bygg i kommunen og generell travelhet og tidspress for å få saker ferdige. I tillegg er det ikke lagt til rette for at usynlige sperrer mellom "ulike fagtjenester og fagkulturer" kan brytes ned gjennom jevnlig møter og felles refleksjoner rundt ulike fagtemaer og pasientsaker. Dagens mangel på møterom og -arenaer for samhandling for de fleste tjenestene, gjør at det er lettere å velge bort helhetlig og koordinert oppfølging av den enkelte tjenestemottaker.

Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus skal inneha en kompetanse som kommer hele regionen til nytte. I ei framtid som vil preges av mangel på personer med helsekompetanse, gjelder det å sikre god kompetanse i regionen, og bruke kompetansen til beste for innbyggerne i alle kommunene.

Oppbygging av et kompetansesenter i helse- og beredskapshuset med aktiv og målretta deling av kunnskap og erfaring, vil gi muligheter for mange gode fagnettverk innen helse og omsorgsområdene. Slike fagnettverk er allerede prøvd ut og oppleves å være svært funksjonelle og nyttige i samhandlingen rundt oppfølging av innbyggere i Namdalsregionen.

Kravet til ajourført medisinsk/teknisk - og datateknisk utstyr forventes også å øke, og da vil et regionalt tilbud ha større mulighet for til en hver tid å anskaffe utstyr som er det beste på markedet.

2.6 SYNERGIEFFEKTER AV ETABLERINGEN

Helsehusprosjektet som er et samarbeid mellom kommunene Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer burde ligge til rette for å hente ut flere synergier både ressursmessig og kompetansemessig. Flere av aktørene / leietakerne som planlegges lagt til helsehuset samarbeider om de samme brukerne og har ei felles målsetting om god og effektiv oppfølging på beste mulig behandlingsnivå (BEON-prinsippet). Det er nødvendig med en god dialog mellom de viktigste aktørene om alt fra utforming av lokale, oppfølgingsfilosofi, muligheter for felles ledelse av helsehuset og bruk av fellesfunksjoner.

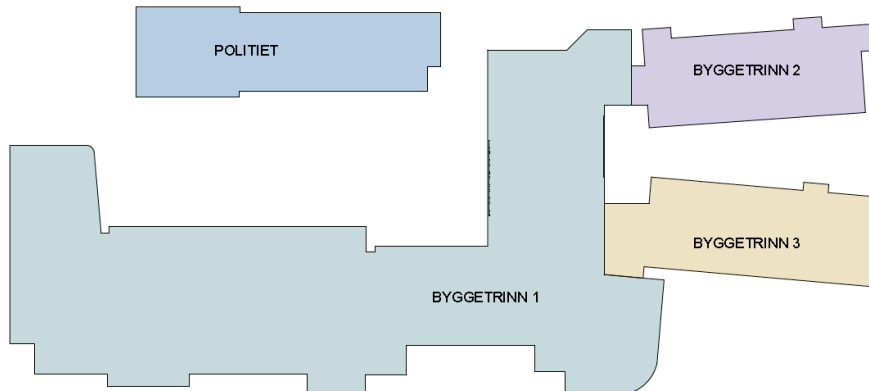
Det er derfor en viktig forutsetning for helsehusprosjektet at en legger forholdene til rette slik at en kan hente ut ønskede og realistiske synergieffekter ved samlokalisering gjennom god dialog og brukermedvirkning.

Eksempel på synergieffekter:

- Tilbudet til innbyggerne: økt beredskap, forebyggings- og friskhetsfokus, tilgjengelighet og behandlingstilbud, tjenester nærmere brukerne, flere døgnplasser, mer tverrfaglig kompetanse under samme tak, større muligheter for samhandling mellom oppfølgingsansvarlige
- Ressurser: økt mulighet for bruk av felles bemanningsressurser til drift av heldøgntilbud, effektiv utnytting av felles areal som behandlingsrom, venterom, møterom og stordriftsfordeler ved felles administrative funksjoner slik som: resepsjon, IKT, venterom, møterom og enkelte spesialrom og behandlingsrom
- Elektronisk samhandling: elektronisk dokumentasjon, informasjonsutveksling, bruk av telemedisinske tjenester mellom kommunene og sykehus
- Fagmiljøet for de tilsatte: felles fagdager, større trygghet, lettere å foreta felles konsultasjoner og utredninger, faglig rettledning, felles fagnettverk på tvers av kommunene gir tjenestene ut i distriktene en større faglig tyngde og bedre kompetanse til å gi gode tjenester
- Regional utvikling: etablere flere av spesialisthelsetjenestene sine tilbud i Inn-Trøndelags området og skape en attraktiv arbeidsplass, sentrumsutvikling av Steinkjer som regionalt tyngdepunkt, attraktive lokaler for avtalespesialister
- Samarbeid med spesialisthelsetjenestene når det gjelder diagnostisering og behandling innen både somatikk, psykisk helse og rus
- Samarbeid mellom kommunene i Inn-Trøndelag: økt samarbeid for å løse felles utfordringer i forhold til beredskap, effektiv bruk av alle typer fagressurser og lovpålagte oppgaver, kompetanseflyt, ambulante team osv.

3

INNHOOLD OG FAGTJENESTER I BYGGETRINN 1



Forslag om hvilke tjenester som skal legges til helsehuset og prioritering, er basert på de forutgående prosesser i 2012 og 2013.

De fleste tjenestene som foreslås lagt til det interkommunale samarbeidet i helse- og beredskapshuset er allerede organisert i kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag, enten i en vertskommunemodell med folkevalgt nemnd, § 28c i kommuneloven, eller ved en administrativ- og politisk styringsgruppe, § 28b.

Det legges opp til to alternativ i byggetrinn 1.

Alternativ A innbefatter DMS Inn-Trøndelag, Steinkjer interkommunale legevakt, rehabilitering sengepost og - dagtilbud inkl. behandlingssasseng, ambulansetjenestene, Inn-Trøndelag brannvesen, sivilforsvaret, pasient- og brukerombudet, audiografertjeneste og fellesarealer.

Alternativ B inneholder alle ovennevnte tjenester og tilbud unntatt rehabiliteringstjenestene som legges til byggetrinn 2.

3.1 INN-TRØNDELAG DISTRIKTSMEDISINSKE SENTER (DMS)

Dagens situasjon

DMS Inn-Trøndelag er etablert ved Egge Helsetun med til sammen 16 senger (10 intermediære, 4 interkommunale øyeblikkelig-hjelpssenger og 2 palliative senger for Steinkjer kommune).

Steinkjer er vertskommune for dette interkommunale samarbeidet. Befolkningsgrunnlaget i samarbeidskommunene utgjør ca. 33.000 innbyggere.

DMS Inn-Trøndelag er et samarbeidsprosjekt mellom Verran, Snåsa, Inderøy og Steinkjer kommune, Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge. Samarbeidet skal bidra til å sikre innbyggere i regionen et bedre tilbud innen helse- og omsorgstjenester.

10 av sengene disponeres til behandlingssenger for Helse Nord-Trøndelag HF. Pasientene skal være medisinsk stabile og behandling igangsatt før overføring til videre behandling ved DMS. Mobilisering av pasienten skal vektlegges fra første dag og det skal være fokus på gode overføringer av pasienten til heimen eller annen institusjon.

Det er etablert 4 interkommunale øyeblikkelig-hjelpssenger ved senteret. Det er et tilbud til pasienter som har behov for medisinsk behandling og observasjon. Det er lege ved legevakt, fastlege eller sykehjemslege som legger pasienter inn til dette tilbudet.

Steinkjer kommune har etablert 2 lindrende senger(korttidsplasser) ved senteret fra 2. juni 2014.

Medisinsk klinikk ved Sykehuset Levanger har etablert en dialysesatellitt med 6 behandlingsplasser som drives 6 dager i uken.

Det utføres en utstrakt poliklinisk behandling i sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag etter henvisning fra legespesialist i sykehuset. Det medfører redusert reisetid for pasienter i regionen som trenger denne type behandling.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Ved etablering av et helse- og beredskapshus foreslås at DMS Inn-Trøndelag dimensjoneres med 20 sengeplasser, der 2 av sengerommene ferdigstilles som isolater med sluser. Dette for å møte dagens utfordringer med økende smitteproblematikk mot resistente bakterier.

20 senger er den mest optimale sengepoststørrelsen å drifte. En økning fra dagens 16 senger til 20 senger medfører kun en ekstra sykepleier på dagvakt. Utvides sengetallet ut over 20 senger, medfører det økt bemanning på flere vaktskift.

Steinkjer kommune vil benytte de 4 nye plassene til korttidsplasser fra starten av, men denne kapasitetsøkningen vil også gi mulighet til fleksibel bruk av plassene for hele regionen.

Dialysen skal utvide fra 6 til 10 dialyseplasser og samtidig videreføres 2 av behandlingsplassene som isolater jfr. i dag. I tilslutning til dialysen og sengeposten skal det etableres et behandlingsrom for poliklinisk behandling. Behandlingen skal utføres i samarbeid med sykepleiere ved dialysen og sengeposten, for å spare personellkostnader.

Hele sengeposten og dialysetilbudet ved DMS plasseres i 4. etasje, mens poliklinikkene plasseres i 2. etasje.

Dette gir meget rasjonell drift av sengeposten gjennom mer fleksibel bruk av personell i turnus.

3.2 REHABILITERING

Dagens situasjon

Steinkjer kommunes rehabiliteringstjenester unntatt rus-området er lokalisert til Egge Helsetun med både dagsentertilbud med grupper, individuell oppfølging og en sengepost med 9 plasser. (15 plasser fram til 1. september 2013). To treningsleiligheter i sokkelen benyttes til utprøving av velferdsteknologiske hjelpemidler, tre rom ("hvilerommene") er lokalisert i nærheten av dagsenteret, og benyttes av personer som ikke trenger så tett oppfølging av personalet i sengeposten. Fire rehabiliteringsplasser er tilknyttet sengepost som er lokalisert i nærhet til 20 kommunale korttids- og langtidsplasser og 16 sengeplasser ved Inn-Trøndelag DMS.

Enheten består av sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, lege og logoped. Personalet har spesialkompetanse innen kreftbehandling, nevrologi, psykomotorisk behandling og psykiatri, og 5 ansatte har videreutdanning innen rehabilitering.

Tjenesteenheten har også ansvar for kjøkkendrift for hele Egge helsetun samt ledelse av 10 driftsavtaler fysioterapi. Enheten ivaretar hørsels- og synskontaktfunksjonen i Steinkjer kommune gjennom avtale med Hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag. Enhetsleder har 2 koordinatore i sengepost som deler på å ivareta turnusplanlegging og oppfølging av rutiner ved inn- og utskriving samt en ansvarlig ved kjøkkenet.

Tett samhandling om pasientoppfølging og pasientflyt mellom sengepost og dagtilbudet er viktig og nødvendig blant annet i prosess for å bedre funksjonsnivået og mestringsevnen hos den enkelte. Dette innebærer vurdering av hjemmeforholdene og evt. behov for tilrettelegging av tekniske hjelpemidler ved tilbakeflytting, samt vurdering av behov for videre oppfølging i grupper ved senteret eller fysikalske institutt/treningssentra. Enheten har gode rutiner på innskrivingsmøter, målmøter og utskrivningsmøter med tanke på videre oppfølging, og andre rutiner som går på spesifikk rehabilitering. Hjemmetjenestene i omsorgsavdelingen er også med i samarbeid om tilbakeflytting og videre oppfølging etter utskriving. I rehabiliteringstilbudet ligger også trening i basseng for både inneliggende og hjemmeboende pasienter. Dette gir en unik mulighet til god funksjonsforbedring for de fleste sykdommer og skader, og gjør at inneliggende pasienter kommer raskere i bedre form eller at hjemmeboende forbedrer eller opprettholder evnen til å være sjølhjulpne.

Rehabilitering forebygger behov for pleietjenester – kommunen sparer store utgifter til døgn tjenester jf. utskriving og funksjonsforbedring ved rehabilitering sengepost.

- Av 118 inn / utskrivninger i 2013, ble 97 personer (84 %) utskrevet til egen bolig. 31 personer uten hjemmetjenester. Andre hadde kun dusjhjelp eller hjelp med medisiner
- Beleggsprosent 93,5 %
- 80 kom fra sykehus/DMS, 35 fra egne hjem og 3 fra institusjon
- 787 personer fikk dagtilbud ved rehabiliteringssenteret. (7725 konsultasjoner)
- Hørselskontakt: 140 konsultasjoner
- Synskontakt: 112 konsultasjoner
- Gruppekonsultasjoner: 2942 / 127 brukere

En sykehjemsplass koster ca. 900 000 kr.

To sparte sykehjemsplasser pr år gir en kostnadsreduksjon på 1,8 mill. kr. Det forutsettes da at

pasienten er sjølhjulpne og uten behov for kommunale tjenester i ett år etter utskriving. Det vises for øvrig til Inger Johansens forskning på rehabilitering.

Forskningen viser i følge Inger Johansen at hjerneslagpasienter, hofteopererte og andre som trenger rehabilitering, blir langt forttere friske og koster langt mindre for samfunnet hvis de får rehabiliteringstilbudet i egen rehabiliterings sengepost framfor korttids plass i sykehjem. Funksjonsforbedringen for pasienter i egen rehabiliterings sengepost er nesten dobbel så høy som en pasient som blir rehabilitert på korttids plass på sykehjem. Behovet for hjemmetjenester viser seg i tillegg også å være langt lavere etter endt rehabilitering i en spesialenhet.

Tjenesteenheten har drevet prosjektet "Velferdsteknologisk laboratorium" ved Egge Helsetun siden august 2012. To leiligheter har installert ulike typer velferdsteknologi, og flere innbyggere har allerede prøvd ut og funnet nytte av å ta dette verktøyet i bruk i egen heim. Fra høsten 2014 blir også dette tilbudet tilgjengelig for samarbeidskommunene.

Rehabiliteringsenheten er inne i sitt 3. år i prosjektet "Tilrettelegging av trening for personer med nevrologiske skader eller sykdommer" og har også et prosjekt i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag som går på opptrening og tett oppfølging av KOLS-pasienter

I samarbeid med PPT, har enheten 60 % logopedstilling som er lokalisert i enhetens lokaler.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Antallet rehabiliteringssenger planlegges økt til 15 plasser. Dette gjøres blant annet med bakgrunn i anbefalinger fra rapporten "Rehabilitering i Midt-Norge", og med Steinkjers erfaringer i å drive 15 rehabiliteringsplasser.

Prosjektrapporten "Rehabilitering i Midt-Norge" (februar 2014), er et resultat av et prosjekt iverksatt av KS og Helse Midt-Norge RHF i fellesskap i 2013. Den gir klare anbefalinger til kommunene om å samarbeide på tvers av kommunegrensene om komplekse og omfattende rehabiliteringspasienter.

Den gir også anbefalinger om antall rehabiliteringsplasser med utgangspunkt i innbyggertall. Dette kan ivaretas i Inn-Trøndelagsregionen gjennom samarbeid om "kompleks" rehabilitering med utgangspunkt i helse og beredskapshuset.

Sengeposten vil legges i 3. etasje like under og med samme utforming som sengepost ved Inn-Trøndelag DMS i 4. etasje. Treningssalen legges lett tilgjengelig for hjemmeboende dagpasienter dvs. i samme del av huset som hovedinngangen. Kontorer for personalet og møterom legges i 2. etasje.

Kreftsykepleier planlegges organisert i Dag- og døgnrehabiliteringsenheten, og flere privatpraktiserende fysioterapeuter ønsker å legge tjenesteytingen sin inn i rehabiliteringsenhetens lokaler i helsehuset.

Det planlagte helse- og beredskapshuset vil bidra til å øke samarbeidet ytterligere gjennom gode kommunikasjonsmuligheter, korte avstander, mange møteplasser og ikke minst skreddersyde treningsmulighetene i forhold til pasientrom, treningssal, behandlingsrom, varmebasseng og treningskjøkken.

Nærhet til legevakt og ambulanse vil redusere kostnader til pasienttransport. Nærhet mellom Inn-Trøndelag DMS og rehabilitering sengepost er viktig for samhandling og transport av pasienter. Ca. 20 % av pasientene til rehabilitering kommer fra DMS.

Dagens tilbud med 3 "hvilerom" som ordinære plasser, må erstattes da de er uegnet som pasientrom. De er små og har ett toalett på deling utenfor pasientrommet.

Det er en fordel å få flyttet treningsleilighetene nærmere vaktrom. Å endre beliggenhet vil gi bedre kvalitet, og gi mulighet for at flere kan benytte utprøving av velferdsteknologien i leilighetene.

Doktorgradsavhandlingen til Inger Johansen konkluderer med at det vil lønne seg for små kommuner å samarbeide om å tilby innbyggere med behov for rehabilitering et opphold i egne/adskilte enheter/sengepost på ikke færre enn 10 rehabiliteringsplasser.

Hva vil gevinsten av velferdsteknologisatsinga i det nye helsehuset bli?

Trøndelag Forskning og Utvikling AS er en samarbeidspartner i dokumentasjon og analyse av aktiviteten i prosjektet, og det er et mål at barn og unge med funksjonssvikt og deres foreldre så vel som voksne og eldre skal få tilbud om utprøving av disse verktøyene gjennom det utstyret og den kompetansen som Steinkjer kommune har ervervet i prosjektet. Jf. Rapport om "Velferdsteknologisk laboratorium – vilje til handling" i mars 2014

- Større grad av sjølhjelpenhet blant personer med funksjonsnedsettelse.
- Redusert behov for hjemmetjenester.
- Mindre ressursbruk for foreldre og søsken til barn og ungdom med funksjonssvikt.
- Redusert behov for tjenester i sengepost.
- Reduksjon i kostnader til pleietjenester.

Etablering av rehabilitering i helse- og beredskapshuset vil legge til rette for at samarbeidskommunene får mulighet til å benytte tilbudene i rehabilitering sengepost og dagtilbud herunder også treningsleilighetene.

3.3 STEINKJER LEGEVAKT

Dagens situasjon

Steinkjer legevakt er pr i dag plassert ved brannstasjonen som ligger på nordsida av Steinkjer sentrum. Den ligger lett tilgjengelig for publikum, og det er lett å oppsøke legevakta til alle døgnets tider.

Brannstasjonen er et gammelt bygg som det følger en del utfordringer med av hensyn til arbeidsmiljø og HMS-forskrifter. Teknisk standard på bygget er dårlig med et ventilasjonssystem som gir dårlig inneluft. På vinteren er bygget kaldt og på sommeren varmt. Tjenesten kan ikke ha åpne vinduer og dører pga. sikkerheten i forhold til trusler og vold. Det er ikke installert aircondition ved legevakta.

Rominndelingen er ikke tilpasset legevakt. Ansatte må passere venterommet for å komme til pauserommet. Skiftetua inneholder ikke toalett og dusj som trengs til ulike skader/pasientgrupper. Legevakta inneholder kun et legekontor som gir utfordringer dersom det er to leger som skal behandle pasienter samtidig. Legevakta mangler også et ekstra pasientrom/obs. rom. Det kan i

mange tilfeller være behov for et observasjonsrom for dårlige pasienter i påvente av AMB eller i tilfeller hvor man får inn flere akutt dårlige samtidig. Dørene på legevakta er ikke godt nok sikret etter dagens norm. Dørene har pr i dag nøkkellås og vrider som fører til at pasienten ofte kan bevege seg fritt inne på store deler av legevakta, dvs. ingen styrt adgangskontroll.

Tjenesten har en bærbar alarm som går til brannvakta på Steinkjer. Når legevakta blir utsatt for trusler eller vold, utløses alarmen og vaktmannskap fra brannstasjonen kommer på legevakta (om de er inne) for å bistå tjenesten. De varsler politi i situasjoner der det er behov for ytterligere hjelp. Er branntjenesten på utrykning varsles politiet direkte. Om brannmannskapene er ute på oppdrag er legevaktpersonalet alene på huset. Dette medfører lengre responstid før tjenesten får hjelp i en krisesituasjon.

I dag er legevakt og ambulanse lokalisert på hver sin side av byen. Dette gir et dårlig tilbud til befolkningen ved akutt sykdom. Ambulansen må innom legevakt og hente lege for så å rykke ut. Dette er et tidstap som kan føre til at liv kan gå tapt. I situasjoner hvor pasienten bor sør for Steinkjer, taper ambulansen opp til 15 min. på henting av lege. Tiden går da i disfavør av pasient.

Samhandling på skadested er et viktig moment i den akuttmedisinske behandlingen. Trening sammen med AMB har legevakttjenesten liten mulighet til med dagens plassering av legevakt og ambulanse.

Det er stor avstand fra politiet til legevakta. Når det er trusler eller voldelige situasjoner ved legevakt, ønskes hjelp raskt. Dette er hindret ved at tjenesten pr i dag er plassert på hver sin side av byen.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Det er av stor betydning at tjenesten får et teknisk oppdatert hus, med god ventilasjon og teknologi som gir økt sikkerhet og et godt innklima. Sikkerheten kan dermed bli godt ivaretatt med nye tilpasninger av riktig utstyr. I tillegg vil romfordeling og lokasjoner for øvrig bli tilpasset tjenestens behov og funksjoner, slik at pasienter vil få en tjeneste som er mest mulig effektiv og med best mulig kvalitet.

Faglig samarbeid med andre etater, spesielt ambulansen gir mulighet til å øve sammen og få felles faglig påfyll. Ambulansen kan rykke ut med lege uten tidstap. Ambulansen og legevakten har per i dag en samarbeidsavtale der ambulansen kan kontaktes dersom det er travelt på legevakten. De skal bistå med de prosedyrer som er felles. Dette får en utnyttet dersom en er i umiddelbar geografisk nærhet, noe tjenesten ser klart slik situasjonen er i dag. Samarbeid mellom etatene gir trygghet og tjenestene jobber bedre sammen.

Politi i samme bygg/område gir raskere hjelp begge veier. Legetilsyn i arresten kan lettere la seg gjennomføre med mindre avstand.

Brann vil fortsatt ha direkte alarm fra legevakta som tjenestens sikkerhet.

Alle nødetater i samme bygg er en fordel da aktuelle tjenester oppnår god kjennskap til hverandre, noe som vil fremme bedre samarbeid og forståelse for hverandres arbeid. Dette utgjør en stor fordel når etatene skal samarbeide på skadested og på andre "skarpe" oppdrag.

Inderøy kommune vil i løpet av 2015 evaluere dagens legevaktsamarbeid med Levanger, Verdal og Frosta kommune. En eventuell innlemming av Inderøy i legevaktsamarbeidet ved Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus, vil gi medlemskommunene reduserte kostnader. Et utvidet

legevaktsamarbeid med Inderøy vil også medføre flere leger å dele vaktbelastningen på. I tillegg vil en samlokalisering gi mulighet for lettere samhandling med legefunksjonene i Inn-Trøndelag DMS og gi et større fagmiljø.

3.4 POLIKLINIKKER

Dagens situasjon

Røntgen er i dag samlokalisert med DMS ved Egge helsetun med tjeneste 2 dager i uken. Røntgenavdelingen ved Sykehuset Levanger har ansvar for driften av enheten, med innkalling av pasienter og beskrivelse av bildene.

Ortopedisk poliklinikk er i dag samlokalisert med DMS ved Egge helsetun med tjeneste 1 dag i uka. Ortopedisk avdeling ved Sykehuset Levanger har ansvaret for driften av enheten.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Poliklinikkene for røntgen og ortopedi flyttes til Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus og drives som i dagens situasjon.

Poliklinikkene plasseres i 2. etasje med lett adkomst via heis og trapp fra hovedinngangspartiet. Det er satt av arealer slik at tilbudet av polikliniske tjenester kan utvides betydelig med rasjonell drift i form av felles venterom, pasientmottak etc.

Poliklinisk virksomhet ved private spesialisthelsetjenester

Det er planer om å invitere private spesialisthelsetjenester til å drive poliklinisk virksomhet i Helse- og beredskapshuset. Aktuelle spesialistområder er ØNH- spesialist, hudlege og øyelege. Det er også ledig hjemmel for nevrolog i Helse Midt-Norge RHF, så det vil være aktuelt å undersøke muligheter for at en slik spesialitet kan drive sin virksomhet i regionen. Private helsetjenester vil også bli kontaktet for å undersøke om disse kan ha interesse for å gi tjenester i Inn-Trøndelag. Videre utvikling av samarbeid med private helseaktører vil gjennomføres i dialog med kommuneleger og ledelse og fagtjenester i Helse Nord-Trøndelag.

Poliklinisk virksomhet ved kommunale- og private helseaktører

Det vil etter hvert bli aktuelt å vurdere om flere helseaktører, private med og uten avtale med kommunen, kan være aktuelle samhandlingspartnere i oppfølgingen av innbyggere med behov for tjenester. Eksempel på dette kan være audiograf, frisklivstilbud og fagtjenester som kan bidra til å fremme helse og forebygge sykdom.

Myndighetene gir klare signaler på at kommunene skal satse sterkere på å forebygge problemer innen psykisk helse. Samtidig vil det være av stor betydning å etablere gode tverrfaglige team for alle aldergrupper som har psykisk helseproblematikk. Her vil det være viktig at samhandlingen med spesialistene i Helse Nord-Trøndelag gir helhetlige og sømløse tjenester.

3.5 PASIENT- OG BRUKEROMBUDET

Pasient- og brukerombudet har som formål å «arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene» (pasient- og brukerrettighetslova (pbrl.) § 8-1). Ombudets virksomhet er sjølstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudet gir informasjon, råd og veiledning, men bistår også pasienter og brukere direkte overfor tjenestene, tilsynsmyndighetene, Norsk pasientskadeerstatning og andre forvaltningsorgan. Ombudet uttrykker sin mening om forhold som tilhører arbeidsområdet og bidrar til kvalitetsforbedring. Det er i hovedsak pasienters og brukeres erfaringer som genererer de

tilbakemeldingene ombudet gir til tjenestene. Pasient- og brukerombudets mandat og virksomhet er nedfelt i pbrl. kap. 8.

Dagens situasjon

Pasient- og brukerombudet leier i dag lokaler i Fylkets hus på Nordsileiret i Steinkjer.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Det er avsatt plass for 5 kontor ihht ønsker fra pasient- og brukerombudet. Pasient- og brukerombudet er plassert i 2. etasje med lett adkomst via trapp eller heis fra byggets hovedinngang.

3.6 AUDIOGRAFTJENESTE

Audiograf utreder hørsel, kartlegger den hørselshemmedes situasjon og behov for hjelp, og bidrar til planlegging og iverksetting av helhetlige tiltak for å bedre den enkeltes evne til kommunikasjon.

Dette kan være i form av tilpasning av nye høreapparater, kartlegging av andre tekniske hjelpemidler på jobb, skole og/eller i hjemmet etc.

Dagens situasjon

Audiograf tar service, reparasjoner og kontroll på høreapparater, utfører hørselstester og tilpasser høreapparater. Audiograf tar også avstøpninger til hørselsvern, jaktpropper, kommunikasjonspropper mm.

I tillegg har audiograf mange tinnitus-rammede som får bistand. Her er det viktig med forebyggende tiltak og informasjon.

Audiograf jobber også med forebyggende tiltak i forhold til støy. Informasjon ut til skoler, barnehager og arbeidsplasser om støy og hvordan dette påvirker arbeidsdagen og hørselen. Vedkommende jobber også aktivt ut mot hørselsslag og eldrester.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Audiografen har ønske om et samarbeid med en ØNH-spesialist. Det vil være en svært stor fordel for pasienten med dette tilbudet på Steinkjer. Dette medfører mindre reising på pasienten, og et tilbud med audiograf på Steinkjer gir også tettere og bredere oppfølging.

Mange eldre brukere frasier seg oppfølgende konsultasjoner på sykehusene på grunn av reiseveien. Dette medfører i noen tilfeller at de ikke bruker sine høreapparater pga. manglende oppfølging og justering av lyd. Mange høreapparatbrukere trenger et tett og langsiktig tilbud, og vil derfor ha glede av en slik tjeneste i regionen. Fordelen med et ØNH-tilbud i Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er at pasienten slipper å reise til spesialist i Namsos eller Levanger for å få refusjon til høreapparater. Slik refusjon krever undersøkelse hos ØNH-spesialist. At ØNH-spesialist og audiograf er samlokalisert, er en stor fordel og fører til bedre oppfølging av den enkelte pasient.

3.7 FOU-FASILITETER

Det vil være viktig at forsknings- og utviklingsmiljøene har fysisk nærhet til tjenestene i helse- og beredskapshuset. Mål om innovasjon på helseområdet vil kunne ivaretas på en god måte gjennom denne typen samhandling. Eksempler på forskningsområder som kan være aktuelt er;

- kvalitet og samhandling innen helsetjenester i skjæringspunktet mellom kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og private aktører
- organisering av helsetjenester,
- ledelse av helsetjenester i endring,
- organisatoriske endringer og brukerperspektiv ved innføring av ny teknologi, velferdsteknologi
- Sivilsamfunnet og frivillighetens rolle i helsetjenester lokalt og regionalt
- Effekter av helseforebygging og frisklivsperspektiv i tjenestetilbudet (individnivå og samfunnsnivå)

I vår region er NTNU, SINTEF, HiNT og TFoU mulige samarbeidspartnere, - både når det gjelder helseforskning og forskning på organisasjon og ledelse. Helse Midt-Norge RHF vil være en viktig inngangsport til å opparbeide forskningsprosjekter, også på nasjonalt og internasjonalt nivå. Samarbeid med undervisningsinstitusjonene om studentoppgaver og bruk av offentlig PhD bør vies særskilt oppmerksomhet.

Fasiliteter som trengs er i første omgang kontorplasser, møterom, arealer for videokonferanser, auditorium og konferansesal med tilhørende serveringsmuligheter slik at helsehuset kan være et naturlig treffpunkt for større grupper. Laboratorium kan også være en del av forskningsressursene i helsehuset, avhengig av hvilken type forskning man ønsker å drive.

Velferdsteknologi trekkes frem som en viktig del av helse- og omsorgstilbudene fremover. Det er allerede i dag innredet leiligheter ved Egge helsetun hvor utstyr prøves ut. En mer offensiv FoU-aktivitet rundt bruk og organisatoriske utfordringer ved bruk av velferdsteknologi kan være aktuelt å gå videre med. Det er ønskelig at Inn-Trøndelagsregionen skal være en «living lab» i så måte, dvs. et sted hvor teknologi kan prøves ut i praksis i et FoU-perspektiv.

Et viktig aspekt ved FoU-aktivitet i tilknytning til helse- og beredskapshuset bør være at kunnskapen som utvikles kommer til direkte anvendelse, av offentlige og private virksomheter eller sivilsamfunnet, i et langt videre nedslagsfelt enn Inn-Trøndelag. Aktiviteten bør resultere i tjenesteinnovasjon og kommersialisering med nasjonalt eller internasjonalt potensial. Produkter og tjenester i skjæringspunktet mellom helse og beredskap bør for eksempel være aktuelt i situasjoner hvor krisehåndtering står sentralt, eksempelvis for å minimere effektene av terror, konflikter eller naturkatastrofer.

3.8 AMBULANSETJENESTEN

Dagens situasjon

Ambulansetjenesten er integrert i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge. Ambulansetjenesten har en viktig rolle som første ledd i et pasientforløp hvor diagnostisering og tidlig behandling er sentralt. Målet er økt kvalitet i pasientbehandlingen gjennom tettere samhandling innad i spesialisthelsetjenesten. I tillegg samhandles det tett med både kommunale helsetjenester, politi, brann og redningstjenester både i utdanning av personell, i øvelser og ved reelle hendelser.

Det er et mål for helsesamarbeidet at ambulansene i regionen skal opprettholde sine desentraliserte tjenester.

Ambulansetjenesten er lokalisert på Sannan. Der er det 16,5 årsverk fordelt på 17 ansatte og 4 lærlinger. Arealbehovet er ca. 800 m² bestående av garasjer, oppholdsrom, sosiale rom, kontor og overnattingsrom.

Ambulansetjenesten har en langsiktig leieavtale knyttet til sine nåværende lokaler.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Totalt sett blir det et styrket fagmiljø for beredskap og helse i området.

Samlokalisering med legevakta kan gi mange fordeler:

- Ved utrykning der legen skal være med ut, vil det være veldig tidsbesparende å være samlokalisert. I enkelte tilfeller i dag bruker ambulansene flere minutter på å hente lege på legevakt et stykke unna. Dette unngår en ved samlokalisering.
- Felles øvingsrom med legevakta gir mulighet for å trene samhandling i situasjoner med flere i alvorlig skadde-/ alvorlig syke pasienter. En blir også bedre kjent med hverandres utstyr.
- Ambulansene kan bidra med hjelp til legevakt på travle tidspunkt. Det foreligger en slik samarbeidsavtale i dag, men blir den ikke brukt i noen stor grad fordi avstanden er for stor.
- Ambulansene vil være raskt på plass hvis pasienter blir akutt dårligere på legevakta.
- Pasienter får kortere ventetid når de skal videre fra legevakt til sykehus med ambulanse.

Samlokalisering med andre nødetater er også svært gunstig:

- Trimrom, gymsal, vaskehall, møterom etc. kan brukes felles med de øvrige i bygget.
- Samlokalisering med de andre beredskapsetatene gir bedre mulighet til å øve sammen og utnytte utstyr bedre. Dette vil føre til bedre samhandling i akutte situasjoner.
- Erfaringsutveksling med de øvrige beredskapsetatene blir lettere å gjennomføre når alle er i samme hus.

3.9 INN-TRØNDELAG BRANNVESEN

Dagens situasjon

Inn-Trøndelag Brannvesen IKS er et interkommunalt selskap eid av kommunene Steinkjer, Snåsa, Verran, Osen, Inderøy, Namdalseid, Røyrvik og Lierne.

Selskapets oppgave er å ivareta den totale brann- og feiertjenesten for eierkommunene i henhold til gjeldende lovverk.

Selskapet har i 2014 tilsammen 155 ansatte der knapt 30 er heltidsansatte.

I Steinkjer leier selskapet lokaler av Steinkjer kommune i brannstasjonsbygget, og disponerer ca. 100 m² i 1. og 2. etasje samt ca. 600 m² i kjelleren.

Eksisterende brannstasjon er over 60 år gammel og ikke tilpasset dagens drift. Arbeidstilsynet har gitt en rekke pålegg mht. arbeidsmiljøforhold. Ombygging og tilbygg har vært vurdert, men konklusjonen er at det ikke er mulig å tilfredsstille alle pålegg og krav i eksisterende bygningsmasse.

Inn-Trøndelag Brannvesen er derfor nødt til å skaffe ny brannstasjon på Steinkjer så raskt som mulig.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Ny brannstasjon vil gi brannvesenet moderne lokaler med vognhall tilpasset dagens vognpark, lagerrom for utstyr, sosiale rom, garderober og gode oppholdsarealer.

For å få tilfredsstillende forhold har den nye brannstasjonen ca. dobbelt så stort areal som eksisterende brannstasjon. Alle ønsker fra brannvesenet er imøtekommet i de nye planene.

I tillegg ser Inn-Trøndelag Brannvesen IKS store fordeler med å bli samlokalisert med de andre beredskapsstatene. Dette vil gi et stort og spennende fagmiljø der alle «blålysetatene» kan ha tette forbindelser og samarbeide på en ny måte.

Etatene kan dele på utstyr som vaskehall, gymsal, kurs- og møterom. Vaskemaskin for brannslanger kan deles med Sivilforsvaret.

I krisesituasjoner og ved samordnede aksjoner vil det være rasjonelt å ha alle aktørene samlet i samme bygningskompleks.

3.10 SIVILFORSVARET

Dagens situasjon

Nord-Trøndelag sivilforsvarsdistrikt omfatter hele fylket med 23 kommuner, og har ca. 280 tjenestepliktige i ulike operative avdelinger. Avdelingen er to-delt og består av et distriktskontor og en beredskapsenhet. Distriktet ledes av et distriktskontor/-stab som er lokalisert i Steinkjer. Distriktskontoret har 7 fast ansatte, og leier i dag kontorlokaler på Sørsileiret i Steinkjer sentrum. Leiekontrakten er langsiktig, og løper til februar 2019. Beredskapsdelen har ingen ansatte.

Sivilforsvaret har i alt 4 operative avdelinger i Steinkjer, totalt vel 80 tjenestepliktige. Avdelingene har lager på Sørsileiret, og der ligger også distriktslageret. Lagerlokaler og tilhørende fasiliteter fungerer som oppmøtested for øvelser og innsatser, og noe øvingsaktivitet samt vedlikehold og enkle reparasjoner av materiell foregår på stedet.

Lagring og forvaltning av Sivilforsvarets materiell er et kommunalt ansvar, og Steinkjer kommune holder Sivilforsvaret med nåværende lagerlokaler. Lagerlokalene har dårlig kvalitet.

Etter at Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus er etablert

Sivilforsvaret ser store fordeler med å bli samlokalisert med de andre beredskapsstatene. Det vil bli lettere å trekke veksler på hverandres kompetanse, og huset vil bidra til å styrke det samvirket mellom de ulike aktørene som redningstjenesten er så avhengig av. Sammen vil en kunne utvikle et rednings- og beredskapsfaglig kompetansemiljø som vil kunne være attraktivt både for fagpersonell og myndigheter, men kanskje viktigst er at en i fellesskap kan utvikle gode tjenester til beste for innbyggerne i Steinkjer og Nord-Trøndelag.

Rent praktisk vil en samlokalisering bidra til en kostnadseffektiv drift og forvaltning av betydelige mengder beredskapsmateriell, hvor en kan gjøre bruk av felles fasiliteter, utstyr og kompetanse. Nye og tilrettelagte fasiliteter forventes også å føre til en betydelig kvalitativ heving av den samlede materiellforvaltningen.

3.11 FELLESAREALER

En viktig del av helse- og beredskapshuset er å utnytte samdriftsfordeler og få rasjonaliseringsgevinst ved at deltakerne kan dele på funksjoner som flere har bruk for. Det å samle de planlagte funksjonene/tjenestene både innen helse- og beredskapstjenester og legge til rette for at de som arbeider i bygget møtes både formelt og uformelt, vil gi spennende synergieffekter.

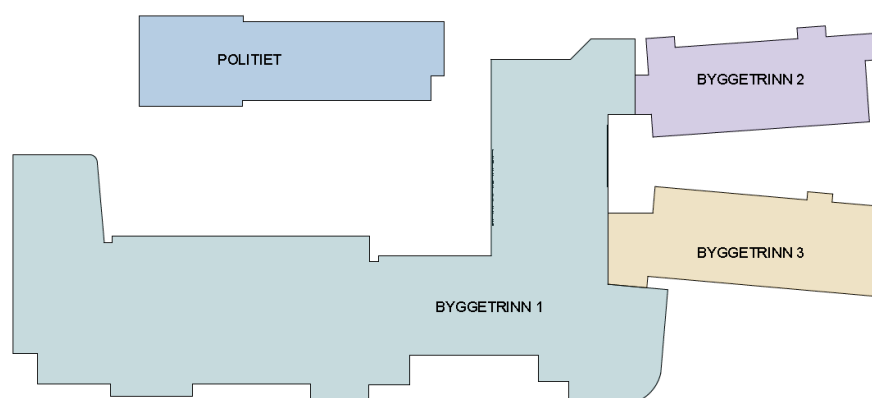
Bygget vil ha en felles hovedinngang for publikum på siden mot Steinkjer sykeheim. Her vil det bli etablert betjening for informasjon og kontroll for hele bygget.

I sørøstre del av bygget i grensesnittet mellom helsehusdelen og beredskapsdelen er det derfor planlagt en fellessone for alle i bygget. Denne fellessonen inneholder:

- Kantine både for ansatte og besøkende. Kantina ligger i første etasje og er vendt mot sjøen og elva. Store vinduer gir god utsikt og mye lys. Utenfor kantina blir det etablert terrasse på bakkeplan slik at en kan gå ut på fine dager. Kantina bygges slik at den kan utvides etter hvert som helse- og beredskapshuset bygges ut med flere byggetrinn. Kantina er plassert ved møte- og kurslokalene og gymsalen og vil derfor fungere godt som konferansesal i bygget.
- Møte- og kurslokaler i forskjellig størrelse til bruk for alle i bygget.
- Gymsalen er primært for brannvesenets og ambulansenes mannskaper. Men alle i bygget kan benytte treningsmulighetene i salen og treningsrommet. I tillegg utstyres gymsalen med uttrekkbart amfi som gjør den godt egnet som byggets store møterom for konferanser og store møter.
- Det er planlagt et mindre varme- og behandlingsbasseng primært for bruk av Rehabiliteringsenheten ved opptrening av pasienter. Bassenget er plassert sentralt i bygget og kan benyttes også av andre.

Mellom sivilforsvarets arealer og brannvesenets arealer etableres en felles vaskehall for biler. Vaskehallen er dimensjonert for brannvesenets største biler. Spesielt brannvesenet, ambulansene og politiet vil ha stor nytte av vaskehallen.

4 POLITIET



Politiet leier i dag lokaler av Statsbygg i statens hus. Leiekontrakten går ut i 2017.

Enheten er todelt og består av administrasjonen for Nord-Trøndelag politidistrikt og Steinkjer politistasjon. Til sammen arbeider i dag litt over 100 personer i politiets lokaler i Steinkjer, og de leier ca. 4 400 m².

Politiet skal omorganiseres og det er ennå usikkert hva som blir resultatet i Steinkjer. Hvis resultatet av omorganiseringen blir en regionalisering som foreslått i politianalysen, kan antall ansatte bli halvert. I så fall vil det sannsynligvis være mest administrative kontorarbeidsplasser som blir flyttet ut. En reduksjon av 50 kontorarbeidsplasser betyr en arealreduksjon på ca. 1 250 m². Ut fra dette kan en anslå et arealbehov for politiet etter omorganisering på ca. 3 000 m².

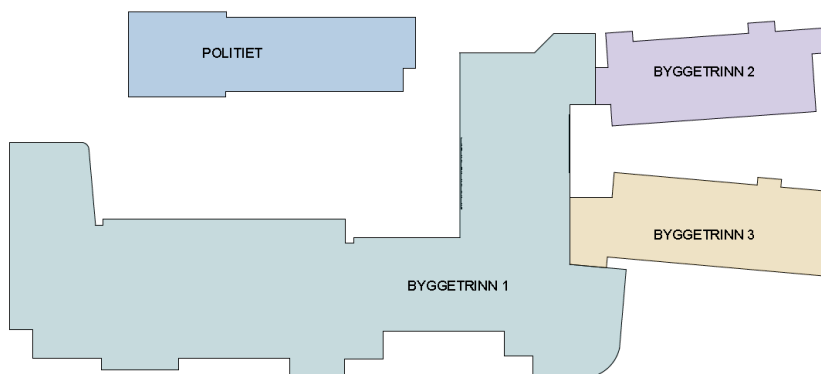
Pga. usikkerheten om hvordan framtidens politi i Steinkjer vil bli, defineres politidelen av Inn-Trøndelag helse og beredskapshus som et eget byggetrinn.

Bygget er planlagt slik at en når/hvis det blir aktuelt, kan bygge en egen politifløy med tilknytning til byggets felles inngangsparti og dermed oppnå de synergieffektene en ønsker å oppnå.

Inntil politifløya blir bygd, vil resten av Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus fungere som forutsatt. Hvis en etter hvert kommer til at politiet ikke vil etablere seg på området, kan tomtearealet som nå reserveres for politiet benyttes til andre formål i tilknytning til innholdet i helse- og beredskapshuset.

5

INNHOLD OG FAGTJENESTER I BYGGETRINN 2



Byggetrinn 2 er den fløya som ligger nærmest Steinkjer sykeheim på siden mot Steinkjerelva.

5.1 AREALER OG BYGGEKOSTNADER

Denne rapporten har hatt hovedfokus på byggetrinn 1 samt strukturen og logistikken i hele anlegget. De senere byggetrinnene er ikke bearbeidet like langt som byggetrinn 1, men det er skissert en løsning for byggetrinn 2 basert på romprogram utarbeidet av brukerne. Utover romprogrammet har det ikke vært noen brukermedvirkning for byggetrinn 2.

Funksjon	Byggetrinn 2 (Bruttoareal m ² BTA)	Byggetrinn 1 uten rehabilitering (bruttoareal m ² BTA)	Sum byggekostnader eks. mva
Barnevern	963	Kr. 23 000	Kr. 22 149 000
Familiens hus	1 298	Kr. 23 000	Kr. 29 854 000
Teknisk driftsareal	100	Kr. 23 000	Kr. 2 300 000
Sum	2 361	Kr. 23 000	Kr. 54 303 000

5.2 FAMILIENS HUS

Familiens Hus ligger i dag i Steinkjer rådhus og inneholder i hovedsak helsestasjoner, treningsrom for barnefysioterapeutene og lokaler som leies ut til BUP og Habiliteringstjenesten for barn. To utehelsestasjoner ble flyttet inn til rådhuset i april 2014. Det gjør at det i dag er opptil 4 helsesøstre og en lege i aktivitet i Familiens Hus hver dag. Dette har gjort at det er lite mulighet for andre tjenester og samarbeidspartnere til å benytte arealer i Familiens Hus. Nesten alle rom er fullbooket til enhver tid. Det er nå liten fleksibilitet for at man kan ta tverrfaglige adhoc - møter, eller at andre tjenester har treffsted i Familiens Hus. Det er også i dag for lite arealer til de eksterne leietakerne; det være seg for de som er der i dag, og andre aktuelle tjenester som f.eks. Familievernkontor og NAV.

Det er i dag for lite muligheter for fleksibel bruk av samhandlingsarenaer som møterom og felles kartleggings/observasjonsarenaer. Familiens Hus ønsker seg undersøkelsesrom, treningsrom, konsultasjonsrom, møterom og tilstrekkelig med kontorer. Samlokalisering av flere tjenester gir muligheter for mer samhandling og bedre koordinerte tjenester til brukerne. Tettere relasjoner mellom de ulike tjenestene kan stimulere til mer samarbeid, og gi en bedre forståelse av hverandres arbeidsfelt. Dette gjelder tjenester i NAV, PPT og barneverntjenesten.

5.2.1 Helsestasjons og skolehelsetjenesten

Lokalene for helsestasjonene, helsestasjon for ungdom og vaksinasjonskontoret er i dag funksjonelle for disse tjenestene, men gir lite rom for adhoc -jobbing og tverrfaglig samhandling med andre tjenester. Det er i dag knapphet på kontorer for medarbeidere, hvor flere deler kontorer. I 3. etasje i rådhuset er det også forespørsel fra arkivtjenesten om å få flere kontorer, da denne tjenesten har for lite kapasitet på arealer. Ventilasjonen på de små kontorene er ikke beregnet på flere personer, og det er derfor dårlig ventilasjon og tørr luft når to ansatte er på kontoret samtidig over ei tid. Tilgangen på møterom for tverrfaglig jobbing er til tider prekær. Tjenesten trenger flere konsultasjonsrom, møterom og flere kontorer.

5.2.2 Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge

Treningslokalene for barnefysioterapeutene er i dag funksjonelle for tjenesten, men det er liten tilgang på undersøkelsesrom, rom for adhoc- jobbing og tverrfaglig samhandling med andre tjenester. Det er i dag knapphet på kontorer for medarbeidere, hvor flere deler kontorer. Tjenesten trenger flere treningsrom, undersøkelsesrom, møterom og flere kontorer.

5.2.3 Jordmortjenesten

Lokalene er i dag funksjonelle for tjenesten, men det er liten tilgang på rom for adhoc- jobbing og tverrfaglig samhandling med andre tjenester.

5.2.4 Forebyggende familieteam

Tjenesten har i dag ikke egnede lokaler, da det er lite ledighet av rom i Familiens Hus. Tjenesten bruker møterom i 4. etasje for interne møter, da det ikke er rom tilgjengelig i Familiens Hus. De møter familiene enten på sine kontorer i de ulike tjenestene eller hjemme hos brukerne. Det er liten tilgang på rom for adhoc- jobbing og tverrfaglig samhandling med andre tjenester. Ventilasjonen er ikke beregnet på flere personer på de små kontorene, og det er derfor dårlig ventilasjon og tørr luft. Tjenesten trenger undersøkelsesrom, møterom og flere kontorer.

5.2.5 Habiliteringstjenesten for barn, HNT

Denne tjenesten har brukt barnefysioterapeutenes treningsrom i Familiens Hus, men pga. av liten tilgjengelighet har dette avtatt. Det er liten tilgang på rom for adhoc -jobbing og tverrfagligsamhandling med andre tjenester i Familien Hus. Det er i dag knapphet på kontorer for medarbeidere, hvor flere deler kontorer. Tjenestens kontorer er inn mot atriet, og det er store utfordringer med dårlig ventilasjon og tørr luft. Tjenesten trenger undersøkelsesrom, møterom og flere kontorer.

5.2.6 Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), HNT

Denne tjenesten leier tre rom i Familien Hus. Disse kontorene ligger inn mot atriet i Steinkjer rådhus, og det er store utfordringer med dårlig ventilasjon og tørr luft. Tjenesten ønsker seg

undersøkelsesrom, møterom og flere kontorer, for å kunne gjennomføre adhoc -jobbing og tverrfaglig samhandling med andre tjenester i Familien Hus.

Et helse- og beredskapshus vil gi mulighet for utvidelse av arealene. Det er i dag mangel på rom som er tilgjengelig både for tjenester som jobber etter planlagte timer lang tid i forveien og ad-hoc jobbing. Det å ha tilgang på ulike typer lokaler for de ulike tjenestenes særbehov og felles behov, vil gi muligheter for å jobbe mer samlet ut mot brukerne. Dette vil være mer effektivt for tjenestene og oppleves mindre fragmentert for brukerne. Erfaring viser at det å være på samme arena, Familien Hus, som ivaretar særbehov og samhandlingsbehov, vil stimulere til økt samarbeid og utvikling av dette, samt stimulere til utvikling i de ulike faglighetene. Det være seg kommunale tjenester og tjenester fra 2. linjetjenesten.

En slik arena vil også gi muligheter for utvikling av fagkompetanse som kan deles med, inkludere eller selges til andre kommuner. Familiens Hus kan være et kunnskaps - og kompetansesenter for ansatte som gir tjenester til barn og familier i Inn-Trøndelagskommunene, eller en arena som koordinerer disse tjenestene ut i de andre kommunene. Sett i lys av kommunereformens mål, vil et Familiens Hus i det planlagte helse- og beredskapshuset være svært framtidsretta.

5.3 BARNEVERN TJENESTEN

Barneverntjenesten i Steinkjer er en tjeneste som er i forandring både når det gjelder tydeliggjøring av eksisterende organisering, og også knyttet til faglig innhold og fokus. Barnevernet vil i tiden framover stå overfor endringer når det kommer til arbeidsoppgaver og føringer i mandat fra myndighetene.

Barneverntjenesten har i dag dårlige arbeidsforhold med for få kontor og for få samtalerom, og lite egnede lokaler for å kunne både utrede og gjennomføre tiltak i de familier tjenesten har kontakt med. I kontakt med familier har tjenesten behov for rom og arealer som gir optimale forhold til både samtaler, observasjon/filming og større møter. Slik situasjonen er for tjenesten nå, er dette vanskelig å få til.

Dagens tjeneste er utformet med tre team; mottaks- og undersøkelsesteam, tiltaksteam og omsorgsteam. I tillegg er det to ansatte som jobber forebyggende, da også i samarbeid med forebyggende familieteam i tjenesteenhet Barn og familie. For å kunne drive utviklingsrettet arbeid, og kunne se på nye måter å drive tjenesteytingen mer optimalt enn før, har tjenesten behov for både lokaler og arenaer som legger til rette for samarbeid og samhandling.

En kan se for seg at kommunens forebyggende tilbud kan videreutvikles på en bedre måte ved å være samlokalisert, også med et større fokus på samhandling i det daglige arbeidet med familiene. Samlokalisering kan også være et pluss i den forstand at ansatte blir bedre kjent, og på det viset fremmes samarbeid og forståelse på en annen måte enn i dag.

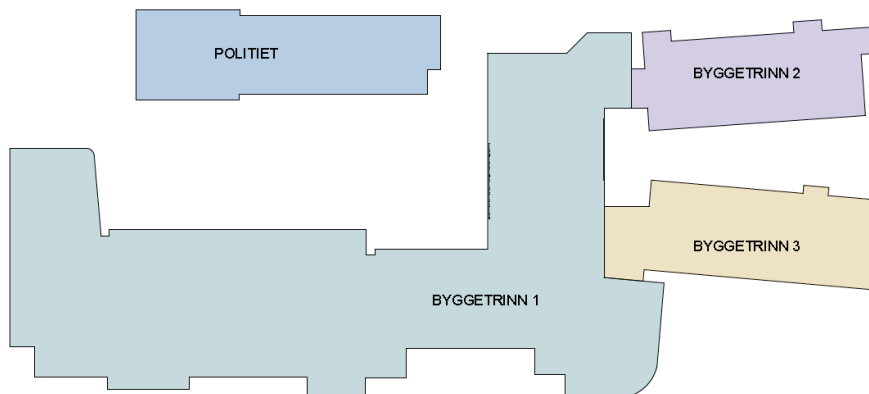
Herunder ligger mulighetene for å se på interkommunale tjenester innen for eksempel tiltaksutvikling som familieteam med fokus på både utredning og veiledning både på forebyggende plan og i henhold til vedtak fattet av barneverntjenesten. Her kan en også se for seg at det kan utvikles en interkommunal tverrfaglig drøftingsarena med nytenking, kursing av egne ansatte og veiledning til samarbeidspartnere. Samhandlingsreformen sier tydelig at kommunal førstelinje har et relativt stort ansvar for utredning og behandling av flere ulike utfordringer. Et helse- og beredskapshus, med tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i fokus, vil kunne fremme en slik oppfølging.

Opplæring og kunnskapsdeling mellom faginstanser vil også være enklere med en samlokalisering enten det gjelder politi, legevakt eller barn og familieenheten.

En kan se for seg at interkommunal barnevernvakt også vil kunne ha base ved helse- og beredskapshuset på sikt. Dette etter modell fra alle de store byene. Nær tilknytning til politi og legevakta og den beredskap de har, vil ha stor betydning for god samhandling i barneverntjenestens akuttarbeid. Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet (BLD) har lagt føringer for at det skal være en bedre akutt-tjeneste i alle landets kommuner, sist framkommet i en rapport om akuttplasseringer i kommunalt barnevern, publisert 02.06.14.

6

INNHold OG FAGTJENESTER I BYGGETRINN 3



Byggetrinn 3 er den fløya som ligger lengst mot sjøen på siden mot Steinkjerelva.

6.1 AREALER OG BYGGEKOSTNADER

Denne rapporten har hatt hovedfokus på byggetrinn 1 samt strukturen og logistikken i hele anlegget. De senere byggetrinnene er ikke bearbeidet like langt som byggetrinn 1.

For byggetrinn 3 er det stor usikkerhet om innholdet og det er derfor ikke laget etasjeplaner for dette byggetrinnet. Det er mest sannsynlig at byggetrinn 3 vil ligne mye på byggetrinn 2 i størrelse og form.

6.2 DISTRIKTSPSYKIATRISK SENTER (DPS)

Hvis det er et mål å etablere flere distriktpsykiatriske sentra (DPS) i Nord-Trøndelag, er det naturlig at det etableres i tilknytning til de polikliniske tjenestene som allerede er etablert i Steinkjer. Det er vanskelig å anslå antallet senger, men DPS Stjørdal har 20 plasser og DPS Kolvereid har 10-12 sengeplasser. Ut fra dette kan en anta at mellom 10 - 20 plasser vil være et riktig estimat i Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus.

HNT signaliserer at det på nåværende tidspunkt ikke er intensjon om å desentralisere tjenesten, men tidshorizonten er uvisst. Psykiatritjenesten i NAV vil være aktuelle samhandlingsaktører til en slik tjeneste, og vurdering av samlokalisering vil være en naturlig del av etableringen.

6.3 INTERKOMMUNALE AMBULANTE TEAM

I helsehuset vil det være naturlig å samle spesiell kompetanse rettet mot ulike brukergrupper. Et ambulant tverrfaglig team vil kunne gi tjenester til kommunene med råd, veiledning og oppfølging i perioder. Eksempler på målgrupper kan være i psykiatri-, demens- og kreftomsorgen. Kreftkoordinator i Inn-Trøndelag bør ha utgangspunkt i dette kompetansesenteret.

6.4 FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Det er et mål å tilrettelegge for at frivillige organisasjoner som blant annet Røde kors og sanitetsforeninger kan ha aktiviteter med utgangspunkt i helsehuset. I Øya Helsehus er for eksempel frivilligheten inn i sengepostene med ulike aktiviteter og tjenester. Det forventes ikke at frivilligheten skal betale husleie for de aktivitetene som utøves i helsehusets arealer.

6.5 FASTLEGEKONTOR

Ingen fastlegekontor har på nåværende tidspunkt meldt interesse for etablering i helsehuset. På sikt kan imidlertid denne situasjonen endres, og spørsmål om etablering av allmennlegepraksis i helsehuset kan vurderes på nytt. Et funksjonelt fastlegekontor bør ha mellom 2-5 leger, og en tett samhandling mellom fastleger og spesialister vil gi innbyggerne gode og helhetlige tjenester.

6.6 APOTEK

Det vil være aktuelt å vurdere apotekjeneste, spesielt hvis et fastlegekontor etableres i lokalene.

6.7 INTERKOMMUNALT TILDELINGSKONTOR

En framtidig utredning om et interkommunalt forvaltningskontor vil kunne vurderes lagt til helse- og beredskapshuset. En slik flytting må vurderes opp mot evt. ulemper ved å få større avstand til nåværende samarbeidspartnere i Steinkjer rådhus som for eksempel Steinkjerbygg og NAV samt lokalkunnskapen som den enkelte samarbeidskommune innehar.

6.8 LÆRING- OG MESTRING

Læring og mestring er et viktig verktøy og en arbeidsmetode for ulike brukergrupper som har utfordringer i utdanning, arbeid, fritid og aktiviteter i dagliglivet ellers. Helse Nord-Trøndelag driver i dag lærings- og mestringstilbud til ulike kronikergrupper. Samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenesteloven gir føringer på at kommunene skal overta denne typen tjenester. Det vil være naturlig å lokalisere disse tjenestene til et kompetansesenter som helse- og beredskapshuset planlegges å være.

6.9 FRISKLIV

Friskliv er et satsingsområde hos sentrale helsemyndigheter. Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag har allerede etablert en felles satsing på friskliv rettet mot barn og unge, og det er videre en målsetting om å etablere frisklivstilbud for voksengruppen. Fastlegene og fysioterapeutene er i ferd med å etablere gode samhandlingsrutiner rundt innbyggere som vil dra nytte av oppfølging basert på frisklivskonseptet. En videreføring av dette samarbeidet vil naturlig kunne koordineres fra helse- og beredskapshuset.

6.10 SAMHANDLING MED NAV

NAV har sine lokaler i rådhuset, men samhandling gjennom et "utekontor" vil kunne lette arbeidet mot barn, unge og familier. Ledelsen ved NAV Steinkjer ser muligheten for en slik etablering, da det kan gi positiv forebyggingseffekt. En slik funksjon vil være nyttig i forhold til enkel informasjon og service til publikum hvor målet er å møte innbyggere tidlig og bidra i tverrsektoriell satsing med tidlig innsats.

6.11 **RUS-TJENESTE**

Inn-Trøndelagsregionen har lenge hatt prosjektsamarbeid om utfordringene med rus/rusmiljøet. Dette ut fra erkjennelsen av at rusproblematikken ikke har kommunale grenser. Prosjekter som "Erobring – ny start etter soning" og "Gjengangerprosjektet" er eksempler på dette. For tiden foregår det en kartlegging av brukere/brukermiljø i regionen gjennom prosjektet "Brukerplan". Kartleggingen i Steinkjer kommune i 2013 viste 137 registrerte brukere. Kartleggingen regner med at den registrerer 35 % av alle med et illegalt misbruksproblem og 15 % av de med alkoholproblem. I tillegg avslørte kartleggingen en "sviktsone" i det forebyggende arbeidet fra 12-24 år. Det ble spesielt pekt på manglende kompetanse på rus i barnevern og skole. En koordinering av til dels små og fragmenterte ressurser i kommunene vil ha en positiv effekt både med hensyn til oppbygging av ønsket kompetanse og målretta bruk av ressursene.

6.12 **PRIVATE HELSETJENESTER**

Samhandlingsreformen beskriver at det er bruk for både offentlige tjenester, private tjenester og frivilligheten for å løse framtidas oppgaver innenfor helse- og omsorgsområdet. Helse Nord-Trøndelag har signalisert det samme i møter. Private helsetilbydere vil derfor etter hvert inviteres til å etablere tilbud i Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus.

7 EIERFORM OG ORGANISERING

Ettersom ulike selskapsformer har forskjellige regler for styring, er det viktig at kommunene vurderer styringsmulighetene før de velger selskapsform. Styringen av et selskap utøves både fra eierne, gjennom styret og av selskapets ledelse. Derfor er det viktig at kommunene som eiere velger en selskapsform som ivaretar kommunenes behov for eierstyring, samtidig som selskapets ledelse finner en intern modell tilpasset behovet for effektiv drift av virksomheten.

7.1 KOMMUNALT FORETAK

I lov av 22. desember 1999 fikk kommuneloven et nytt kapittel 11 med regler om kommunalt og fylkeskommunalt foretak. I likhet med kommunal institusjon er foretaket en del av kommunen, og er derfor ikke noe eget selskap med rettslig og økonomisk selvstendighet. Foretakets forpliktelser er kommunens forpliktelser, og kommunen er kontraktsmotpart i de avtaler som foretaket inngår. Kommunestyret er foretakets øverste organ, men foretaket ledes av et styre med alminnelig myndighet til å treffe avgjørelser i foretakets saker.

Reglene om kommunalt foretak er særlig utformet med sikte på å være et tilbud om organisering av mer forretningspreget virksomhet, men hvor det likevel er et ønske å knytte virksomhetene tettere opp til de sentrale kommunale organene enn det som er tilfelle for et selvstendig selskap.

7.2 INTERKOMMUNALT SELSKAP

Samarbeid mellom flere kommuner kan organiseres som interkommunalt selskap etter lov av 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper.

Interkommunale selskap er i motsetning til interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27 et eget rettssubjekt som rettslig og økonomisk er skilt fra deltakerkommunene. Det har sin egen formue og inntekter, og svarer selv for sine forpliktelser. Det er selskapet selv som inngår og er part i avtaler og har partsstilling i rettssaker også overfor forvaltningsmyndighetene.

Et særtrekk med interkommunalt selskap er at hver av deltakerne har et ubegrenset ansvar for en prosent- eller brøkdel av selskapets samlede forpliktelser. Dette skiller det interkommunale selskapet fra aksjeselskapet, hvor deltakeransvaret er begrenset. Samlet skal deltakernes ansvarsandeler utgjøre selskapets samlede forpliktelser.

7.3 AKSJESELSKAP

Aksjeselskap er regulert i lov av 13. juni 1997 nr. 44 om aksjeselskaper. En særskilt aksjeselskapsform, allmenaksjeselskaper (ASA) er regulert i lov av 13. juni 1997 nr. 45 om allmenaksjeselskaper. Allmenaksjeselskapsformen tar først og fremst sikte på selskaper hvor aksjene er spredt blant allmenheten, og vil i praksis være uaktuell for organisering av kommunal virksomhet.

Et aksjeselskap er et eget rettssubjekt og kan ha en eller flere deltakere. I motsetning til det som gjelder for interkommunale selskaper, kan derfor et aksjeselskap eies av en kommune alene.

Lovgivningen setter ingen grenser for hvem som kan være deltakere (aksjeeier) i et aksjeselskap. Aksjeselskapsformen står derfor åpen for alle enkeltpersoner og juridiske personer (selskaper mv.). Aksjeselskapsformen kan derfor være en hensiktsmessig organisasjon form når det er ønskelig at kommunal virksomhet får samme organisatoriske ramme som privat konkurrerende virksomhet og/eller hvor det er ønskelig å legge til rette for andre deltakere enn kommuner. Aksjeselskapet gir derfor mulighet for atskillig større fleksibilitet på eiersiden enn det som for eksempel er tilfelle for interkommunale selskaper.

Et særtrekk ved aksjeselskapsformen er at deltakerne (aksjeeierne) ikke er ansvarlig for selskapets forpliktelser. Et slikt ansvar må i tilfelle ha særskilt grunnlag i avtale, erstatningsansvar eller unntaksvis i prinsippene om ansvarsgjennombrudd. Etter kommunelovens § 1 nr. 1 annet punktum er det forbudt for en kommune å stille garanti for andres forpliktelser i næringsvirksomhet. Dette gjelder også overfor aksjeselskaper hvor aksjene eies av kommuner.

7.4 DEL AV KOMMUNEN

Etter kommunelovens § 11 kan kommunen organisere virksomheter som kommunal institusjon. En kommunal institusjon er en del av kommunen, og har derfor ikke en slik økonomisk selvstendighet som karakteriserer en selskapsform. Den overordnede ledelsen og ansvaret for virksomheter som er organisert som kommunal institusjon, ligger fortsatt hos de kommunale organene, men institusjonen har et eget styre som har ansvaret for den løpende driften og organiseringen av virksomheten. I praksis er det særlig organisatoriske enheter av mer samfunnsmessig karakter, så som skoler, helseinstitusjoner, barnehager, sykehjem, som organiseres som kommunale institusjoner. Organisasjonsformen anses ikke aktuell i foreliggende tilfelle.

Alternativt kan organisering skje som en del av kommunen (ikke som eget rettssubjekt). Enheten vil da være en del av kommunen og underlagt kommunestyret. Steinkjer kommune vil i dette tilfelle være byggherre. Forholdet knyttet til andre deltakere reguleres gjennom leieavtaler.

7.5 VERTSKOMMUNEMODELL

Vertskommunemodellen er en ny organisasjons-løsning for interkommunalt samarbeid fra 2007. Denne samarbeidsmodellen er regulert i kommunelovens § 28, og er ment brukt for lovpålagte oppgaver og offentlig myndighetsutøvelse.

I en vertskommunemodell overlater kommunen ansvaret for bestemte oppgaver og beslutninger til en annen kommune – vertskommunen. Ansvarsområdet det blir samarbeidet om, blir utført innenfor den administrative organisasjonen til vertskommunen.

Modellen innebærer ikke etablering av en egen juridisk person, men er et rent avtalebasert samarbeid. Det er to varianter av samarbeid i en verts-kommunemodell:

- Administrativt vertskommunesamarbeid (§ 28b)
- Vertskommune med interkommunal folkevalgt nemnd (§ 28c)

Et administrativt samarbeid innebærer at en kommune (samarbeidskommunen) kan avtale med en annen kommune (vertskommunen) at vertskommunen skal utføre oppgaver, og treffe avgjørelser, etter delebert myndighet fra samarbeidskommunen i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning.

7.6 FAKTORER SOM ER VIKTIG Å VEKTLLEGGE VED VALG AV ORGANISASJONSFORM

Uansett hvilken organisasjonsform som velges, vil et sentralt poeng være at beslutninger om driften av selskapet skal fattes av selskapet selv. Dersom kommunen vil ha full innflytelse over driften, bør virksomheten organiseres innen den ordinære kommunale organisasjonsmodellen. Kommunal styring og kontroll av fristilte selskap må nødvendigvis skje på en mer indirekte måte enn ved tradisjonell styring av kommunal virksomhet.

7.7 OVERSIKT OVER KOMMUNAL ORGANISERING OG ANSVAR:

	Rettssubjekt	Ansvar for selskapets forpliktelser	Øverste myndighet	Lovregulering
KF	Integrert del av kommunen	Ubegrenset	Kommunestyret	Kommuneloven kap. 11
IKS	Selvstendig	Ubegrenset	Representantskapet	Lov om interkommunale selskap
AS	Selvstendig	Begrenset	Generalforsamlingen	Aksjeloven

Andre forhold som bør vektlegges men som ikke er omtalt nærmere er: merverdiavgift, skatteplikt, dokumentavgift og lånebetingelser.

7.8 ANBEFALING

Helse- og beredskapshuset vil ha flere aktører: kommuner, staten og interkommunalt selskap. Dette utelukker organisasjonsformer som kommunalt foretak og interkommunalt selskap.

Når det gjelder aksjelovgivningen er denne ikke til hinder for at stat, kommune og private kan eie et aksjeselskap i fellesskap. Eierne av aksjeselskapet tar ikke større økonomisk risiko enn det innskutt aksjekapital tilsier og eventuelle garantier ved låneopptak.

Investeringsstilskudd fra Husbanken utgjør en betydelig del av finansieringen av helse- og beredskapshuset (jfr. kap. 10.7 når det gjelder opplysninger om investeringsstilskuddet fra Husbanken).

Ettersom investeringsstilskuddet fra Husbanken ikke kan videretildeles (utbetales kommunen/kommunene), må dette vektlegges ved valg av eierform.

I fall alle aktører inkl. helseforetaket skal delta i et felles selskap utelukker dette organisasjonsformer som interkommunalt selskap (IKS) og kommunalt foretak (KF). IKS eller KF kan imidlertid etableres med utleie til helseforetaket.

Etter en samlet vurdering vil etablering av et kommunalt foretak alternativt som egen enhet i Steinkjer kommune være å foretrekke.

En må skille mellom bygningsmessig drift og drift av tjenestene i bygget. I denne fasen av prosjektet har det vært størst fokus på bygningsmessig drift. I neste prosjektfase vil drift og organisering av tjenestene vurderes nærmere slik at forventet samhandlingsgevinst kan hentes ut.

7.9 BYGNINGSMESSIG DRIFT

I pkt.7.8 anbefales det at bygningen med tilhørende eiendom organiseres som et kommunalt foretak KF som da blir en del av Steinkjer kommune.

Steinkjer kommune må etablere en organisasjon som drifter bygningen og må ha vaktmestertjenester, driftspersonale og annet som er normalt for et bygningskompleks av denne størrelsesorden.

7.10 DELTAKERNES DRIFT

Deltakerne i bygget blir leietakere som betaler husleie for de arealene de selv benytter og for sin andel av fellesarealene samt betaler sin andel av felles driftskostnader (driftspersonale, energi, kommunale avgifter, snørydding etc.).

Hver enkelt leietaker har selv ansvaret for sin tjenesteproduksjon.

7.11 SENTERFUNKSJONER

Det er ikke nok bare å leie ut lokaler og overlate leietakerne til seg selv. For å sikre at intensjonene med helse- og beredskapshuset blir ivaretatt, må det etableres en senterfunksjon som har en aktiv og pådrivende rolle i bygget.

Denne senterfunksjonens hovedoppgave blir å være bindeleddet mellom alle leietakerne i huset og sørge for at intensjonene med etableringen blir gjennomført.

Aktuelle oppgaver vil være:

- Være en pådriver for nytenking, samarbeid og innovasjon i bygget
- Sørge for samhandlingsmøter mellom deltakerne
- Bidra med utvikling av tjenestene i bygget
- Drifte felles mottakelse i hovedinngangspartiet
- Drifte kantina
- Drifte møteroms- og konferansedelen
- Drive utadrettet virksomhet mot deltakerne og samfunnet

8 BESKRIVELSE AV BYGNINGEN OG TOMTA

8.1 TOMTEALTERNATIVER

Aktuelle tomtealternativer ble utredet i egen rapport våren 2013.
De aktuelle tomtene som ble utredet var følgende:

	Eiendom	Kommentarer
1	Fylkets hus	Godt egnet. Avhengig av at nåværende eier vil selge og salgspris.
2	Sannan-området	Godt egnet. Avhengig av at nåværende eier vil selge og salgspris.
3	Hotelltomta på Dampsaga	Godt egnet. Avhengig av at nåværende eier vil selge og salgspris.
4	Hvilken som helst egnet tomt	Et rent nybyggalternativ på 8 000 m ² på ubebygd egnet tomt.
5	Dampsaga kulturhus	Dårlig egnet. Stor kostnad for Steinkjer kommune pga. kostnadene med ny etablering for kulturaktivitetene. Usikkerhet om tomta er stor nok til det største alternativet. Dårlige muligheter for utvidelser.
6	Dampsaga parkeringshus	Dårlig egnet, hovedsakelig pga. liten tomt og uheldig nedbygging av offentlige parkeringsarealer.
7	Egge sykeheim	Ikke egnet pga. for liten tomt.

Høsten 2013 ble det utarbeidet en ny og mer detaljert rapport med hovedvekt på innhold og kostnader. I denne rapporten ble følgende tomtealternativer lagt til grunn:

	Eiendom
1	Fylkets hus
2	Ubebygd tomt på Nordsileiret utenfor Steinkjer sykeheim
3	Egge helsetun kombinasjon med området for tidligere Egge videregående skole

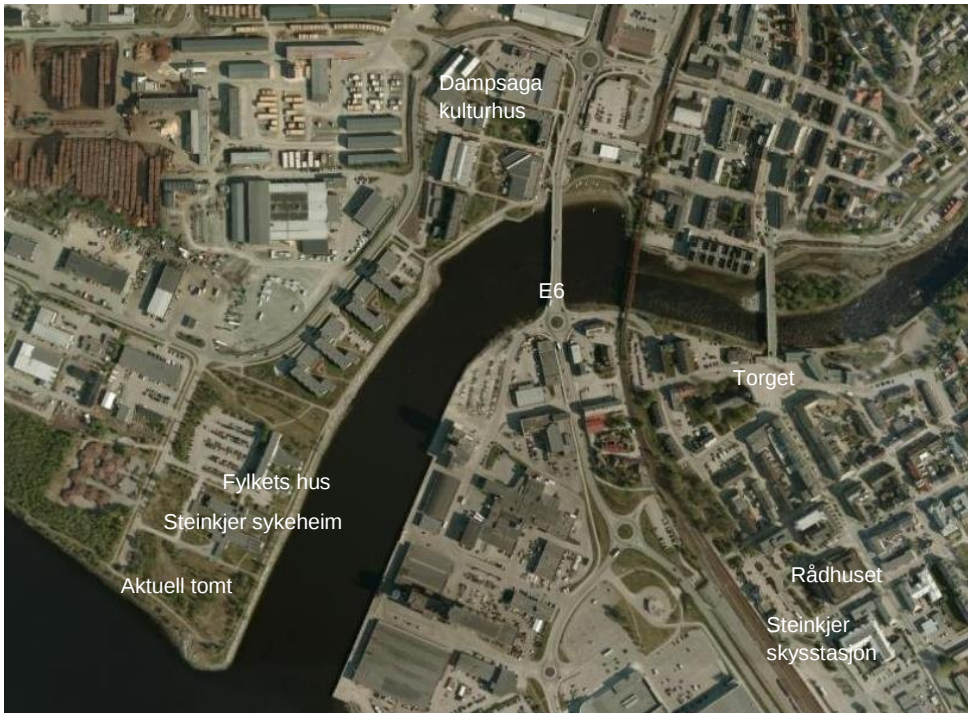
Steinkjer kommunestyre vedtok i møtet 18.12.13 at en i det videre arbeidet skulle legge til grunn tomtearealet på Nordsileiret utenfor Steinkjer sykeheim. Etablering i Fylkets Hus skulle foretrekkes dersom det ble rask avklaring i Nord-Trøndelag Fylkeskommune. Alternativet på Egge var ikke nevnt blant de områder som skulle utredes videre.

Det har vært avholdt forhandlinger med Fylkeskommunen om kjøp av Fylkets hus, men dette har ikke ført til noen avtale.

I det videre arbeidet er det derfor kun arbeidet med den ubebygde tomta utenfor Steinkjer sykehjem.

8.2 VALGT TOMT

8.2.1 Beliggenhet



Tomta ligger sentralt i Steinkjer sentrum på nordsida av Steinkjervelva.

Det er ingen bussforbindelse til tomta.

Gangavstand fra Steinkjer skystasjon og Steinkjer rådhus er ca. 15 minutter.

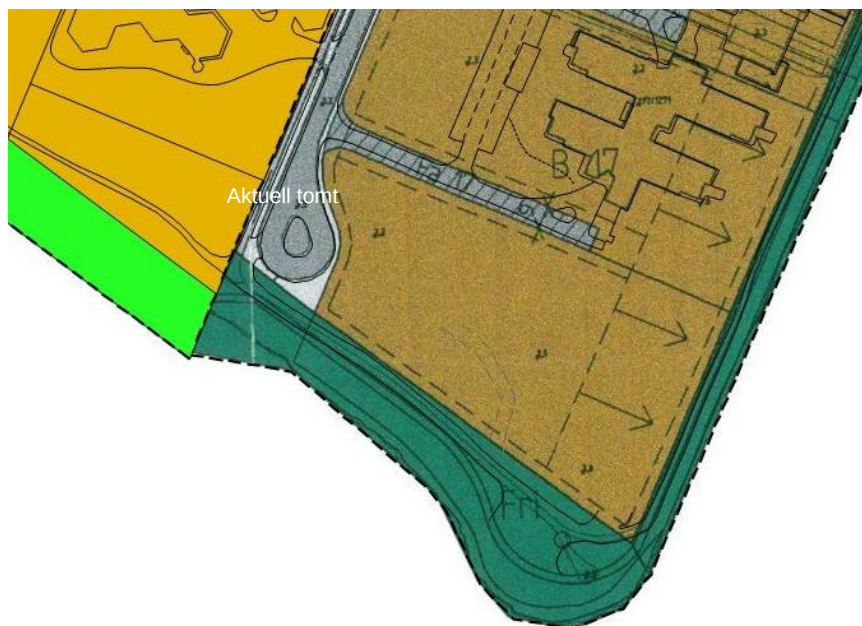
Det er god forbindelse med drosje fra Steinkjer skystasjon.

Avstanden fra kommunikasjonssenter kan synes noe lang, men dette er den nærmeste tilgjengelige tomte for et nybygg av det omfang som planlegges.

Beredskapsetatene har vurdert plasseringen som akseptabel for dem. Avstanden til E6 er kort og det er gode veier til og fra tomte.

Steinkjer kommune eier selv tomte.

8.2.2 Regulering



Tomta har et areal på 17 069 m².

Utdrag fra reguleringsbestemmelsene:

«Resterende del av parsell gnr 197/1271 kan nyttes til offentlig administrasjon, samt privat kontor, service og tjenesteyting.

Langs elva skal bebyggelsen utformes som en kamstruktur, med fløyer vinkelrett på elvekant.

Fløyers startpunkt skal ligge i angitt byggelinje.

Maksimal tomteutnyttning setts til TU=80 %. Hovedform på tak skal være flatt. Maksimum gesimshøyde settes til 13 meter, for tverrfløyer ut mot elva 10 m. Minimum gesimshøyde settes til 7 meter. For mindre deler av bebyggelsen kan det avvikes fra dette.»

8.2.3 Muligheter og begrensninger

Utnyttingsgraden på 80 % gir mulighet for å bygge 13 655 m² bruksareal. Dette er tilnærmet nok for byggetrinn 1 og 2, men for lite hvis byggetrinn 3 og politihuset skal bygges. Reguleringsendring vil da bli nødvendig.

Som foreliggende tegninger viser, vil den planlagte bebyggelsen gå noe inn på det arealet som er regulert til friområde. På friområdet ligger en strandpromenade som går sammenhengende fra sentrum og utover mot boligområdet Søndre Egge. Den strandpromenaden er det viktig å ta vare på. For å få plass til den planlagte bebyggelsen er det derfor nødvendig med omregulering av deler av friområdet og eventuelt utvidelse av tomtearealet med noe ny utfylling i sjøen.

Som situasjonsplanen viser, er det mulig å etablere ca. 200 parkeringsplasser på området mellom Steinkjer sykehjem og adkomstvegen.

8.3 SITUASJONSPLAN

Tomteområdet begrenses av elva mot øst, fjorden mot sør, eksisterende sykehjem mot nord og eksisterende vegnett og Montesorriskolen mot vest. Adkomst til anlegget er via eksisterende veg Seilmakergata. Samlet parkering for Steinkjer sykeheim og helse- og beredskapshuset er anlagt i området foran helse- og beredskapshuset, mellom sykeheim og Seilmakergata. Eksisterende driftsveg til sykehjemmets sørside rustes opp til hovedadkomst. Arealet mellom helse- og beredskapshuset og sykehjemmet vil bli anleggets hovedadkomstplass. Parkering for personer med særskilte behov lokaliseres i hjørnet av parkeringsarealet som ligger nærmest hovedadkomsten.

Hovedinngangen fra denne plassen gir adgang til alle deler av helsehuset inkl. legevakt, samt eventuelt politiet og alle nødetatene.

Seilmakergatas forlengelse mot sør, forbi hovedadkomsten, leder inn til skjermet gård mellom beredskapsfløya og eventuell politifløy. All trafikk inn og ut av alle beredskapsetatene, - legevakt, ambulanse, brann, sivilforsvar og ev. politi, forgår via denne gården. I tillegg vil trafikk knyttet til driften av anlegget lokaliseres til gården. Adkomst for publikum skal normalt ikke foregå via dette området. Alle nødetatene vil være tilgjengelig via husets hovedadkomst.

Gangveg langs Seilmakergata forlenges og knyttes til Strandpromenaden som skal opprettholdes som før. Denne oppgraderes med parkmessig standard og vil inngå i helsehusets tilbud til brukerne.

8.4 BEBYGGELSE OG PLANLØSNINGER

Det vises til 8.2.2 Regulering.

Bebyggelsen følger i hovedsak reguleringsplanens intensjoner mhp oppbygging og utforming, og innordner seg i stor grad samme mønster som naboene mot nord, - sykehjemmet og fylkesbygget.

Hovedgrep baseres på en hovedblokk i fire etasjer i nord-sør retning med fløyer ut til begge sider i øst-vest retning. Hovedfløya danner ryggraden i prosjektet og har i utgangspunktet størst høyde; 4 etasjer.

To fløyer på vestre side for denne utgjør beredskapsdelen av anlegget. Nordvestre fløy er satt av til politiets arealer. Dersom ny organisering av politietaten medfører stort arealbehov bør denne fløya kunne etableres i opptil fire etasjer. Uvissheten rundt framdriften i omorganiseringa av politietaten medfører usikkerhet mhp hvilket byggetrinn politiet eventuelt vil inngå i, men det vil imidlertid være mulig å bygge ut denne fløya uavhengig av øvrig framdrift. Sørvestre fløy inngår i første byggetrinn og utgjør samlet de øvrige beredskapsfunksjonene i anlegget. Denne delen er i to etasjer. Utnyttelsen av gården mellom fløyene er beskrevet under punkt 8.3.

Det er foreløpig planlagt en fløy på østre side av hovedfløy, også denne i øst-vest retning. Denne er lokalisert i nordøstre del av tomte og utgjør 2. byggetrinn i prosjektet. Fløya tenkes oppført i tre etasjer og betegnes som "Familiens hus" som omfatter barnevern, familiesaker, helsestasjon mv. Det er satt av plass til etablering av ytterligere ei fløy sør for Familiens hus som et tredje byggetrinn. Innholdet og omfanget av denne er ennå usikkert.

Hovedfløya er organisert med trapp/heis eller bare trapp i hver ende og et gjennomgående rom med trapp/heis i senter av blokk. Sistnevnte deler alle etasjene i to omtrent like deler.

Fjerde etasje inneholder i sin helhet distriktmedisinsk senter/DMS.

Hele tredje etasje utnyttes av rehabiliteringstjenesten.

Andre etasje nordre del utnyttes til administrasjon/kontorer for rehabiliteringstjenesten og fasiliteter for dagbesøk knyttet til DMS, røntgen og poliklinikker. Pasientombudet har også kontorer her. Søndre del benyttes til fellesfunksjoner for hele anlegget som gymsal, treningsrom, møterom og undervisningsrom i mange og varierte størrelser.

Nordre del av første etasje benyttes til legevaktas arealer. Plasseringa mellom hovedinngang og ambulansetjenesten gir rasjonell logistikk mhp transport og samhandling. Legevakt er også knyttet direkte til brannvesenets arealer for nødvendig assistanse gjennom døgnet. Søndre del inneholder i likhet med andre etasje felles tilbud for hele huset samt nødvendige rom for driften av anlegget; driftskontor, rengjøringstjeneste, lager, kjøkken mv. I forbindelse med hovedinngang vil det etableres en resepsjonstjeneste som bistår med veiledning ved henvendelser.

På første etasje i søndre av ende av hovedfløya, ut mot strandparken plasseres felles kantine for hele huset. Kantina ligger i nær kontakt med gymsal (som stor, felles møtesal), øvrige møterom, undervisningsrom mv slik at dette kan fungere samlet som et nav i felles målrettede aktiviteter, kurs, konferanser og lignende. Kantina åpner seg ut mot fjorden og er også nært knyttet til Helsehusparken like utenfor.

I tilknytning til kantineområdet er det også tenkt plassert en liten avdeling med varmebasseng og tilhørende rom. Plasseringa baseres på nærhet til rehabiliteringstjenesten, men også til hovedinngang da det også er eksterne brukere som benytter seg av dette.

Tekniske arealer plasseres på tak.

8.5 AREALER BYGGETRINN 1

Funksjon	Byggetrinn A Fullt utbygd (bruttoareal m2 BTA)	Byggetrinn B uten rehabilitering (bruttoareal m2 BTA)
DMS	1 470	1 470
4.etg	1370	(3.etg) 137
2.etg	79	79
1.etg (bårerom)	21	21
Dialyse, røntgen, ortopedi	419	419
4. etg (Dialyse)	204	(3.etg) 204
2. etg (Røntgen og poliklinikker)	215	215
Rehabilitering	1899	
3. etg	1 574	
2. etg (Kontorer og 50% av pårørenderom)	197	
1. etg (Basseng)	128	
Nye poliklinikker 2. etg (5 kontorer)	80	277
Pasientombud 2. etg	104	104
Legevakt 1. etg	493	493
1. etg	456	
1. etg (50 % andel av møte- og øverom)	37	
Ambulanse	887	887
2. etg	377	382
1. etg	423	423
1. etg (50 % andel av møte- og øverom)	37	37
1. etg (15 % andel av gymsal og vaskehall)	50	50
Inn-Trøndelag brannvesen	2 462	2 462
2. etg	844	882
1. etg	1 369	1369
1. etg (75% andel av gymsal og vaskehall)	249	249
Sivilforsvaret	1068	1 068
2. etg	328	361
1. etg	729	747
1. etg (10 % andel av vaskehall)	11	11
Fellesarealer	1145	1 139
2. etg (Møterom)	145	145
2. etg (Trimrom)	37	37
2. etg (Trafikkareal)	293	293
1. etg (Kantine)	250	250
1. etg (10 % andel av gymsal)	22	22
1. etg (ekspedisjon)	20	20
1. etg (Trafikkareal)	378	378
Drift	510	480
1.etg (drift)	83	83
2. etg (Drift)	17	17
3. etg (Teknisk rom)	260	260
5. etg (Teknisk rom)	150	120
Sum	10 537	8 805

9 BYGNINGSMESSIGE KOSTNADER

9.1 AVTALTE FORDELINGSNØKLER MELLOM DELTAKERNE

9.1.1 Interkommunale tjenester i helsehuset

Kostnadsfordelingen mellom deltakerkommunene er gjort ihht gjeldende avtale om kostnadsfordeling av fellesprosjekter dvs:

- 12 % av arealene deles likt på alle fire kommuner
- 88 % av arealet deles proporsjonalt med folketallet i kommunene.

Kommune	Antall innbyggere pr.01.01.2014	Fordeling ihht avtale
Steinkjer	21 555 personer	60,5 %
Inderøy	6 720 personer	20,9 %
Verran	2 562 personer	9,8 %
Snåsa	2 156 personer	8,8 %

9.1.2 DMS Inn-Trøndelag

Kostnadsfordeling for DMS Inn-Trøndelag er gjort ihht gjeldende avtale med helseforetakene og deltakerkommunene.

Deltaker	Avtale	Antall plasser for hver deltaker
Helse Nord-Trøndelag	1/3 av 10 plasser	3,33
Helse Midt-Norge	1/3 av 10 plasser	3,33
Steinkjer kommune	60,5 % av (1/3 av 10 plasser + 4 plasser) + 100 % av 6 nye plasser	10,44
Inderøy kommune	20,9 % av (1/3 av 10 sengeplasser + 4 plasser)	1,53
Verran kommune	9,8 % av (1/3 av 10 sengeplasser + 4 plasser)	0,72
Snåsa kommune	8,8 % av (1/3 av 10 sengeplasser + 4 plasser)	0,64

9.1.3 Legevakta

Kostnadene med legevakta er fordelt kun på Steinkjer, Verran og Snåsa ihht gjeldende kostnadsfordelingsavtale mellom kommunene. Inderøy kommune er ikke tatt med da de har legevaktsamarbeid med kommunene Levanger, Verdal og Frosta ved Sykehuset Levanger.

Kommune	Fordeling hvis Inderøy er med på legevakta	Fordeling hvis Inderøy ikke er med på legevakta
Steinkjer	60,5 %	76,2 %
Inderøy	20,9 %	
Verran	9,8 %	12,6 %
Snåsa	8,8 %	11,2 %

9.1.4 Poliklinikker

Alle kostnader antas dekket av Helse Nord-Trøndelag

9.1.5 Rehabilitering

Alle kostnader dekkes av Steinkjer kommune

9.1.6 Andre deltakere

Alle kostnader dekkes av hver enkelt deltaker.

9.2 FORDELING AV FELLESAREALER

Noen fellesarealer er spesifikke for enkelte deltakere og fordeles derfor i hovedsak på dem som benytter dem. Øvrige fellesarealer og en mindre andel av de spesifikke fellesarealene fordeles på alle i bygget ut fra arealet hver enkelt benytter.

9.3 BYGNINGSMESSIGE DRIFTSKOSTNADER

Kostnadstype	Kostnad
Forvaltning (skatter og avgifter, forsikring, administrasjon)	kr. 50 pr. m ²
Løpende drift (vaktmester, brøyting, etc.)	kr. 100 pr. m ²
Renhold (ikke medtatt, dekkes av bruker)	kr. 0 pr. m ²
Energi	kr. 150 pr. m ²
Vedlikehold	kr. 100 pr. m ²
Sum eks. mva	Kr. 400 pr. m ²

9.4 INVENTAR OG UTSTYR

Kostnader for inventar (for eks. møbler) og hver enhets eget produksjonsutstyr er ikke medtatt.

9.5 BYGGETRINN 1 ALTERNATIV A FULLT UTBYGD

9.5.1 Byggekostnader

Normale byggekostnader eks. merverdiavgift ihht erfaringstall (prisnivå 2014)

	Eget areal	Felles arealer	Byggekostnad for eget areal pr. m2 eks. mva	Byggekostnader eks. mva	Byggekostnader inkl. andel fellesarealer og utomhusanlegg eks. mva	Antall pasientrom	Maksimum husbanktilskudd ihht husbankens regler	Netto byggekostnad etter husbanktilskudd
DMS	1 470	274	27 400	40 278 000	50 721 256	20	-31 735 000	18 986 256
Statstilskudd								
Helse Nord-Trøndelag		1/3 av 10 senger			8 453 543	3,33	-5 289 167	3 164 376
Helse Midt-Norge		1/3 av 10 senger			8 453 543	3,33	-5 289 167	3 164 376
Steinkjer kommune	60,5 %	av kommunenes pasientrom +100% av 6 pasientrom			26 466 591	10,44	-16 559 473	9 907 118
Inderøy kommune	20,9 %	av kommunenes pasientrom			3 891 366	1,53	-2 434 728	1 456 637
Verran kommune	9,8 %	av kommunenes pasientrom			1 828 805	0,72	-1 144 237	684 568
Snåsa kommune	8,8 %	av kommunenes pasientrom			1 627 410	0,64	-1 018 229	609 181
Eksisterende poliklinikker røntgen, ortopedi, dialyse (HNT)	419	78	23 000	9 637 000	12 613 683			12 613 683
Rehabilitering (Steinkjer kommune)	1 899	354	26 000	49 374 000	62 864 982	15	-23 801 250	39 063 732
Nye poliklinikker/private helsetjenester	80	15	23 000	1 840 000	2 408 340			2 408 340
Pasientombud	104	19	23 000	2 392 000	3 130 843			3 130 843
Legevakt	493	92	23 000	11 339 000	14 841 398			14 841 398
Steinkjer kommune	76,2 %	ihht fordelingsnøkkel			11 308 747			11 308 747
Verran kommune	12,6 %	ihht fordelingsnøkkel			1 867 238			1 867 238
Snåsa kommune	11,2 %	ihht fordelingsnøkkel			1 665 414			1 665 414
Ambulansene	887	165	20 000	17 740 000	24 041 475			24 041 475
Inn-Trøndelag brannvesen	2 462	459	20 000	49 240 000	66 730 678			66 730 678
Steinkjer kommune	52,6 %	ihht fordelingsnøkkel			35 100 337			35 100 337
Inderøy kommune	13,7 %	ihht fordelingsnøkkel			9 142 103			9 142 103
Verran kommune	5,8 %	ihht fordelingsnøkkel			3 870 379			3 870 379
Snåsa kommune	5,5 %	ihht fordelingsnøkkel			3 670 187			3 670 187
Sivilforsvaret	1 068	199	15 492	16 545 000	24 132 345			24 132 345
DSB	339	199	23 000	7 797 000	12 349 556			12 349 556
Steinkjer kommune	729	-	12 000	8 748 000	9 979 142			9 979 142
Fellesarealer	1 655		20 000	33 100 000				
Tomtekjøp og utfylling				15 000 000				
Utomhusanlegg				15 000 000				
	10 537	1 655	24 816	261 485 000	261 485 000	35	-55 536 250	205 948 750

9.5.2 Fordeling av bygningsmessige kostnader

Fordeling i hht fordelingsnøkler i pkt.9.1

	Kapitalkostnader år 1 med 4,5% rente 40 år nedbetalingstid	Bygningsmessige driftskostnader pr. år kr. 400 pr. m2 eks. mva	Sum årlige kostnader eks. mva	Kapitalkostnad pr m2 totalareal eks. mva	Tillegg for driftskostnader pr. m2 eget areal	Totalsum pr. m2 eks. mva	Kostnader i 2014 eks. mva	Differanse eks. mva
DMS	1 329 038	697 563	2 026 601	2 724 164	4 750 765	7 474 930	1 640 005	386 596
Statstilskudd							410 000	
Helse Nord-Trøndelag	221 506	116 261	337 767				410 000	-72 233
Helse Midt-Norge	221 506	116 261	337 767				410 000	-72 233
Steinkjer kommune	693 498	363 992	1 057 490				247 181	810 309
Inderøy kommune	101 965	53 517	155 482				85 908	69 574
Verran kommune	47 920	25 151	73 071				41 164	31 907
Snåsa kommune	42 643	22 382	65 024				35 752	29 272
								-
Eksisterende poliklinikker røntgen, ortopedi, dialyse (HNT)	882 958	198 829	1 081 787	1 776	400	2 176	420 000	661 787
								-
Rehabilitering (Steinkjer kommune)	2 734 461	901 138	3 635 599	1 214	400	1 614	515 700	3 119 899
								-
Nye poliklinikker/private helsetjenester	168 584	37 963	206 546	1 776	400	2 176		206 546
								-
Pasientombud	219 159	49 351	268 510	1 776	400	2 176		268 510
								-
Legevakt	1 038 898	233 945	1 272 843	1 776	400	2 176	490 000	782 843
Steinkjer kommune	791 612	178 260	969 872				373 367	596 505
Verran kommune	130 707	29 433	160 140				61 648	98 492
Snåsa kommune	116 579	26 252	142 831				54 985	87 846
								-
Ambulansene	1 682 903	420 911	2 103 814	1 599	400	1 999	775 500	1 328 314
								-
Inn-Trøndelag brannvesen	4 671 147	1 168 300	5 839 447	1 599	400	1 999	1 372 188	4 467 259
Steinkjer kommune	2 457 024	614 526	3 071 549				721 771	2 349 778
Inderøy kommune	639 947	160 057	800 004				187 990	612 014
Verran kommune	270 927	67 761	338 688				79 587	259 101
Snåsa kommune	256 913	64 256	321 170				75 470	245 699
Sivilforsvaret	1 689 264	506 801	2 196 065	1 333	400	1 733	592 450	1 603 615
DSB	864 469	215 201	1 079 670				451 288	628 382
Steinkjer kommune	698 540	291 600	990 140				141 162	848 978
Fellesarealer								
Tomtekjøp og utfylling								
Utomhusanlegg								
	14 416 413	4 214 800	18 631 213	2 737 015	4 753 965	7 490 980	5 805 843	12 825 370

9.6 BYGGETRINN 1 ALTERNATIV B, UTEN REHABILITERINGSENHETEN

9.6.1 Byggekostnader

Normale byggekostnader eks. merverdiavgift ihht erfaringstall (prinsnivå 2014)

Hvis rehabiliteringsarealene ikke tas med i byggetrinn 1, men etableres i et senere byggetrinn vil en få følgende endringer:

- Hele rehabiliteringsetasjen fjernes slik at bygningen blir på 3 etasjer
- Kontorene til rehabiliteringen i 2. etg. omdisponeres til poliklinikker
- Svømmebassenget i 1.etg fjernes

	Eget areal	Felles arealer	Byggekostnad for eget areal pr. m2 eks. mva	Byggekostnader eks. mva	Byggekostnader inkl. andel fellesarealer eks. mva	Antall pasientrom	Maksimum husbanktilskudd ihht husbankens regler	Netto byggekostnad etter husbanktilskudd
DMS	1 470	333	27 400	40 278 000	53 073 961	20	-31 735 000	21 338 961
Statstilskudd								
Helse Nord-Trøndelag		1/3 av 10 senger			8 845 660	3,33	-5 289 167	3 556 494
Helse Midt-Norge		1/3 av 10 senger			8 845 660	3,33	-5 289 167	3 556 494
Steinkjer kommune	60,5 %	av kommunenes pasientrom +100% av 6 pasientrom			27 694 243	10,44	-16 559 473	11 134 770
Inderøy kommune	20,9 %	av kommunenes pasientrom			4 071 867	1,53	-2 434 728	1 637 138
Verran kommune	9,8 %	av kommunenes pasientrom			1 913 634	0,72	-1 144 237	769 397
Snåsa kommune	8,8 %	av kommunenes pasientrom			1 702 897	0,64	-1 018 229	684 668
Eksisterende poliklinikker røntgen, ortopedi, dialyse (HNT)	419	95	23 000	9 637 000	13 284 284			13 284 284
Rehabilitering (Steinkjer kommune)								
Nye poliklinikker/private helsetjenester	277	63	23 000	6 371 000	8 782 212			8 782 212
Pasientombud	104	24	23 000	2 392 000	3 297 292			3 297 292
Legevakt	493	112	23 000	11 339 000	15 630 435			15 630 435
Steinkjer kommune	76,2 %	ihht fordelingsnøkkel			11 909 971			11 909 971
Verran kommune	12,6 %	ihht fordelingsnøkkel			1 966 509			1 966 509
Snåsa kommune	11,2 %	ihht fordelingsnøkkel			1 753 955			1 753 955
Ambulansene	887	201	20 000	17 740 000	25 461 100			25 461 100
Inn-Trøndelag brannvesen	2 462	557	20 000	49 240 000	70 671 058			70 671 058
Steinkjer kommune	52,6 %	ihht fordelingsnøkkel			37 172 977			37 172 977
Inderøy kommune	13,7 %	ihht fordelingsnøkkel			9 681 935			9 681 935
Verran kommune	5,8 %	ihht fordelingsnøkkel			4 098 921			4 098 921
Snåsa kommune	5,5 %	ihht fordelingsnøkkel			3 886 908			3 886 908
Sivilforsvaret	1 068	242	15 492	16 545 000	25 841 657			25 841 657
DSB	339	242	23 000	7 797 000	14 047 696			14 047 696
Steinkjer kommune	729	-	12 000	8 748 000	11 793 961			11 793 961
Fellesarealer	1 625		20 000	32 500 000				
Tomtekjøp og utfylling				15 000 000				
Utomhusanlegg				15 000 000				
	8 805	1 625	24 536	216 042 000	216 042 000	20	-31 735 000	184 307 000

9.6.2 Fordeling av bygningsmessige kostnader

Fordeling i hht fordelingsnøkler i pkt.9.1

	Bygningsmessige driftskostnader pr. år kr. 400 pr. m2 eks. mva	Sum årlige kostnader eks. mva	Kapitalkostnad pr m2 totalareal eks. mva	Tillegg for driftskostnader pr. m2 eget areal	Totalsum pr. m2 eks. mva	Kostnader i 2014 eks. mva	Differanse eks. mva
DMS	721 078	2 214 805	2 935 883	5 150 689	8 086 572	1 640 005	574 800
Statstilskudd						410 000	
Helse Nord-Trøndelag	120 180	369 134				410 000	-40 866
Helse Midt-Norge	120 180	369 134				410 000	-40 866
Steinkjer kommune	376 262	1 155 696				247 181	908 515
Inderøy kommune	55 322	169 921				85 908	84 013
Verran kommune	25 999	79 857				41 164	38 693
Snåsa kommune	23 136	71 063				35 752	35 311
							-
Eksisterende poliklinikker røntgen, ortopedi, dialyse (HNT)	205 532	1 135 432	1 810	400	2 210	420 000	715 432
							-
Rehabilitering (Steinkjer kommune)						515 700	
Nye poliklinikker/private helsetjenester	135 877	750 631	1 810	400	2 210		750 631
							-
Pasientombud	51 015	281 826	1 810	400	2 210		281 826
							-
Legevakt	241 831	1 335 961	1 810	400	2 210	490 000	845 961
Steinkjer kommune	184 269	1 017 967				373 367	644 600
Verran kommune	30 425	168 081				61 648	106 433
Snåsa kommune	27 137	149 914				54 985	94 929
							-
Ambulansene	435 099	2 217 376	1 639	400	2 039	775 500	1 441 876
							-
Inn-Trøndelag brannvesen	1 207 683	6 154 657	1 639	400	2 039	1 372 188	4 782 469
Steinkjer kommune	635 241	3 237 350				721 771	2 515 579
Inderøy kommune	165 453	843 188				187 990	655 198
Verran kommune	70 046	356 970				79 587	277 383
Snåsa kommune	66 423	338 506				75 470	263 036
Sivilforsvaret	523 885	2 332 801	1 381	400	1 781	592 450	1 740 351
DSB	232 285	1 215 624				451 288	764 336
Steinkjer kommune	291 600	1 117 177				141 162	976 015
Fellesarealer							
Tomtekjøp og utfylling							
Utomhusanlegg							
	3 522 000	16 423 490	2 947 780	5 153 489	8 101 269	5 805 843	11 133 347

9.7 KOMPENSASJON FOR MERVERDIAVGIFT - ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR KOMMUNEN VED ENDRET BRUK AV LOKALER

Etter lov om kompensasjon av merverdiavgift får kommunen refundert all merverdiavgift på kjøp av varer og tjenester (både innenfor drift og investering) forutsatt at varen eller tjenesten benyttes i den kompensasjonsberettigede virksomheten.

Merverdiavgift knyttet til bygging av helsehus gir kommunen rett til kompensasjon av merverdiavgiften, men ikke for de lokaler som benyttes av andre f.eks. apotek, helseforetaket. Den andelen av merverdiavgiften som ikke blir kompensert blir dermed en investeringsutgift for kommunen.

Kommunal bygningsmasse som avhendes eller endrer bruk får konsekvenser for eventuelt mottatt kompensasjon for merverdiavgift kommunen har mottatt i forbindelse med investeringstiltak de siste 10 år. Eksempelvis selges brannstasjonen og utvikles til boligformål vil kommunen måtte betale tilbake deler av den kompensasjon for merverdiavgift kommunen har mottatt de siste 10 årene. Det samme er tilfelle i fall deler av rådhuset leies ut til privat virksomhet. Det motsatte er tilfelle i fall kommunen overtar lokaler som i dag nyttes av andre for eksempel kommunen tar i bruk til egen virksomhet lokaler som helseforetaket i dag nytter ved Egge helsetun (poliklinikker).

9.8 INVESTERINGSTILSKUDD FRA HUSBANKEN

Husbanken gir kommunene et betydelig investeringstilskudd til etablering av omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

Formålet med investeringstilskuddet er å stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av omsorgsplasser for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming.

I forskriften § 2 fastsettes det at tilskuddet kan gis til "oppføring, kjøp, ombygging, utbedring, leie eller annen fremskaffelse" av fire spesifiserte boligtyper.

I § 3 heter det: "Tilskuddet kan bare gis til kommuner. Kommunene skal disponere omsorgsboligene og sykehjemsplassene i minst 30 år."

I retningslinjene utdypes disse kravene. I punkt 3 heter det følgende:
"Tilskuddet kan bare gis til kommunen, og kan ikke videretildeles. Kommunen avgjør selv om den vil eie sykehjemsplassene/omsorgsboligene selv eller om kommunen skal fremskaffe sykehjemsplassene/omsorgsboligene gjennom avtaler på forretningsmessig basis."

I foreliggende sak om etablering av helsehus er det den enkelte aktør (kommune/helseforetak) som vil motta investeringstilskuddet som et engangstilskudd fra Husbanken. Kommunen/helseforetaket kan ikke gi tilskuddet til andre som ønsker å bygge institusjonsplasser med heldøgns omsorg. Tilskuddet må benyttes av kommunen/helseforetaket selv.

Tilskuddet kan nyttes til nye investeringer eller ekstraordinære låneavdrag med andre ord tiltak som fører til lavere gjeld, men ikke til løpende leiebetalinger eller ordinære renter og avdrag, altså drift. Lavere gjeld gir imidlertid lavere driftsutgifter og dette motvirker dermed den økte leien som byggingen av helsehuset medfører for den enkelte kommune/helseforetak.

10 KOSTNADER MED TJENESTEPRODUKSJON

10.1 SYNERGIEFFEKTER - DRIFTSØKONOMI – EKSEMPLER

Innenfor døgnbaserte tjenester utgjør lønnskostnadene den største delen av driftskostnadene, og da spesielt kostnader for å opprettholde en døgnturnus.

Planlegging av sengekapasitet er gjort med mål om en driftsmessig og økonomisk gevinst ved at sengepostene ligger i to nærliggende etasjer. Dette vil kunne gi mulighet for en framtidig fleksibilitet i antall senger ved henholdsvis DMS og rehabiliteringsenheten alt etter behov.

I tillegg vil oppbygging av kompetanse og felles bruk av fagressurser være en styrke for tjenestetilbudet i begge sengepostene (enhetene) både natt og dag.

En mulig / framtidig endring i organisering av tjenestene vil også kunne gi en gevinst.

I tillegg vil effekten av en høynet kvalitet i tjenestene ved økt antall sengeplasser gi betydelig reduksjon i behov for økte pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Forskning på området viser at ved utskrivning av 128 pasienter ved rehabilitering, sparer kommunene totalt 10 mill. kroner i løpet av et år dvs. kr. 80 000 pr. pasient. Eksempelvis kan nevnes at rehabiliteringstjenesten i Steinkjer hadde 150 utskrivinger i 2012 med 15 plasser, hvorav 30 % ble skrevet ut uten behov for hjemmesykepleie.

Folkehelseprofilene for kommunene i regionen viser eksempelvis at helseutfordringene fører til høy andel uførhet og lange sykmeldingsperioder. Dette gjelder problemstillinger knyttet til rus, psykisk helse og frafall fra videregående utdanning. Med andre ord et reelt "utenforskap" i befolkningen. En samhandlingsmodell med friskliv og satsing på helhetlig og tett oppfølging i Familiens Hus for eksempel gjennom "familieplaner", vil kunne forebygge en slik utvikling.

Svensk forskning (Gemet) om "utenforskap" og kostnadseffektiv innsats, viser følgende resultater: De fleste tjenestene som gis til brukere har for stort fokus på "hjelp"-rollen, og dette bevirker at tjenesteproduksjonen til hver enkelt bruker bare øker over tid.

Ved en annen tilnærming til problemene, vil samfunnet kunne spare forholdsvis store summer. Nye samhandlingsmodeller og arenaer, sammen med kognitiv terapi og motiverende samtaler viser seg å gi brukeren et bedre utgangspunkt for å komme inn i en endringsvilje som ofte fører til rehabiliteringsprosesser med mestring i utdanning og arbeid som resultat. Dette gir mindre behov for offentlige tjenester. Rapporten tallfester at nettoavkastningen på kort sikt er beregnet til 180 % for hver innsatt krone.

Dersom en skulle legge ned rehabiliteringsarbeidet i dette prosjektet, vil det på kort sikt påløpe en kostnad på kr 1,70 for hver krone som spares og titalls kroner på lang sikt.

Dette er et av de viktigste argumentene for å samle disse funksjonene i et interkommunalt helse- og beredskapshus, og den viktigste økonomiske synergien helse- og beredskapshuset vil oppnå i forhold til driftsbudsjettene.

I tillegg til synergieffekter knyttet til den helsefaglige driften, vil det være økonomisk å samkjøre tjenester som:

- Vaktmester, drift, vedlikehold
- Renhold
- Kantine
- Resepsjon – felles mottak

11 SAMLEDE KOSTNADER FOR KOMMUNENE

11.1 STEINKJER KOMMUNE

11.1.1 Økonomiplanen 2014-2017

Gjeldende økonomiplan strekker seg over perioden 2014-2017. Økonomiplanen inneholder ikke bevilgninger knyttet til etablering av helse- og beredskapshus. Av det følger at etableringen medfører økte kostnader for Steinkjer kommune i form av husleie inkl. bygningsmessig drift til helse- og beredskapshuset og økonomiske konsekvenser ved bortfall av eksterne leieinntekter fra f.eks. DMS ved Egge helsetun. Kapasitetsutvidelser dvs. økt omfang av tjenestetilbudet kommer i tillegg.

Som fradrag kommer de driftsmessige virkningene gjennom større grad av samhandling i et felles helse- og beredskapshus samt synergieffekter.

Det må også tas med at etableringen av helse- og beredskapshuset frigjør arealer blant annet på Egge helsetun som gjør det mulig å øke antall institusjonsplasser (sykehjemsplasser og bofellesskapsplasser) ved helsetunet uten betydelig bygningsmessige påkostninger. Utvidet bruk av Egge helsetun med institusjonsplasser kan skje ved at 8 plasser midlertidig etablert ved Betania fra desember 2014 overflyttes Egge. Dette er sykehjemsplasser kommunen har budsjettmessig bevilgning for i gjeldende økonomiplan.

Utvides kapasiteten når det gjelder institusjonsplasser ut over nivået i gjeldende økonomiplan betyr dette driftsmessige merutgifter for kommunen. Eksempelvis vil en etablering av 10 nye sykehjemsplasser ved Egge helsetun fra 2018 utgjøre økte driftsutgifter ift. gjeldende økonomiplan på 8-9 mill. kroner.

Ihht vurderinger avdeling for omsorg i Steinkjer kommune har gjort, er det behov for 10 nye sykehjemsplasser i perioden 2015-2018 og ytterligere 10 plasser i 2024 i tillegg til de 10 plassene som allerede er finansiert (8 plasser som leies ved Betania sykehjem og 2 plasser ved DMS). Samlet behov i 2028 er derfor 28 plasser utover de plassene Steinkjer kommune har i egne bygg i dag. Når helsehuset står ferdig i 2017/2018 vil en ha en overkapasitet på 12 plasser hvis en regner med 20 nye sykehjemsplasser og 6 bofellesskapsplasser ved Egge helsetun samt 4 ekstra plasser ved DMS. I 2028 vil en etter disse anslagene ha 2 plasser for mye.

11.1.2 Økonomisk effekt ved etablering av helsehusdelen

For å kunne foreta en sammenligning av de økonomiske effektene for Steinkjer kommune ved etableringen av helsedelen i prosjektet, må en sammenligne årlige driftskostnader for det samme omfang av tjenestene samt sammenligne med kommunens årlige kostnader for de samme tjenestene i vedtatt økonomiplan.

Vi sammenligner derfor årlige kostnader i følgende alternativer:

- I. Helsehuset bygges og eksisterende DMS og rehab ved Egge helsetun bygges om til 20 nye sykehjemsplasser og 6 nye bofellesskapsplasser
- II. Helsehuset bygges ikke og 20 nye sykehjemsplasser og 6 nye bofellesskapsplasser etableres i et nybygg
- III. Årlige bygningsmessige kostnader i 2014 samt leie av 8 sykehjemsplasser ved Betania dvs. likt gjeldende økonomiplan for perioden 2014-2017

	Kostnadssted	Alternativ I Helsehuset bygges og eksisterende DMS og rehab ved Egge helsetun bygges om til 20 nye sykehjemsplasser og 6 nye bofellesskapsplasser	Alternativ II Helsehuset bygges ikke og 20 nye sykehjemsplasser og 6 nye bofellesskapsplasser etableres i et nybygg	Alternativ III Årlige bygningsmessige kostnader i 2014 samt leie av 8 sykehjemsplasser ved Betania dvs likt økonomiplanen
Årlige bygningsmessige kostnader	Sum Steinkjer kommunes andel av bygningsmessige kapital og driftskostnader for DMS	1 057 490	247 181	247 181
	Sum Steinkjer kommunes andel av bygningsmessige kapital og driftskostnader for rehabilitering	3 635 599	515 700	515 700
	Sum Steinkjer kommunes andel av bygningsmessige kapital og driftskostnader for legevakt	969 872	373 367	373 367
	Sum	5 662 961	1 136 248	1 136 248
	Bygningsmessige kapitalkostnader ved å bygge om DMS-arealene og rehabiliteringsarealene ved Egge helsetun til 20 sykehjemssrom og 6 bofellesskap	315 000		
	Bygningsmessige kapital og driftskostnader ved å bygge 20 sykehjemssrom og 6 bofellesskap i nybygg		2 868 250	
	Leieinntekter for DMS ved Egge helsetun		-1 600 000	-1 600 000
	Leieinntekter fra legevakta ved Steinkjer brannstasjon		-490 000	-490 000
	Regner med at de eksisterende legevaktarealene kan leies ut til samme pris som det koster å drifte arealet			-
	Sum bygningsmessige kapital og driftskostnader for helsehusdelen	5 977 961	1 914 498	-953 752
Årlige kostnader for tjenesteproduksjon	Leie av 2 ekstra plasser ved DMS a kr. 750 000		1 500 000	1 500 000
	Leie av 8 sykehjemsplasser ved Betania sykehjem			7 200 000
	Kostnadene med å drifte 20 sykehjemsplasser (kr. 900 000 pr. plass)	18 000 000	18 000 000	
	Kostnadene med å drifte 6 bofellesskapsplasser (kr. 460 000 pr. plass)	2 760 000	2 760 000	
	Sparte kostnader for færre overliggere fra sykehus	-300 000	-300 000	
	Merkostnad for drift av 6 nye rehabiliteringsplasser (16 millioner kroner for 15 plasser og 15 millioner kroner for 9 rehabiliteringsplasser)	1 000 000		
	Sum effekt på tjenesteproduksjon i helsehusdelen for Steinkjer kommune	21 460 000	21 960 000	8 700 000
	Sum totale årlige kostnader for bygninger og tjenesteproduksjon	27 437 961	23 874 498	7 746 248
	Sparte kostnader for helse og omsorgsetaten ved å etablere 6 nye rehabiliteringsplasser som reduserer behovet for sykeheimplasser (kr. 800 000 pr plass)	-4 800 000		
	Netto årlig effekt for Steinkjer kommune	22 637 961	23 874 498	7 746 248

Tabellen viser at Steinkjer kommune vil få store årlige kostnader utover vedtatt økonomiplan hvis behovet for sykehjems- og bofellesskapsplasser skal tilfredsstilles i årene som kommer.

Hvis en tar hensyn til forskningsresultatene mht effekten av etablering av rehabiliteringsplasser, vil etablering av helsehusdelen i Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus gi ca. 1,2 millioner lavere årlige kostnader for kommunen enn om den samme kapasiteten på sykehjemsplasser og bofellesskapsplasser etableres uten at helsehuset bygges.

Tabellen viser også at de årlige kostnadene for tjenesteproduksjonen er mange ganger så store som de bygningsmessige kostnadene. Det er derfor viktig å investere i løsninger som gir rasjonell tjenesteproduksjon.

11.1.3 Økonomisk effekt av beredskapsdelen

Etablering av beredskapsdelen av Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus vil påføre Steinkjer kommune økte årlige kostnader.

Steinkjer brannstasjon er av en slik forfatning at det må bygges ny brannstasjon.

Hvis Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus ikke blir bygd, vil kommunene likevel måtte ta sin andel av kostnadene med en ny brannstasjon.

Det er mer økonomisk både med hensyn til byggekostnader og driftskostnader å etablere en ny brannstasjon i Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus enn i et eget bygg. I Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus får en synergieffekter ved at flere kan dele på arealer som vaskehall, gymsal, kurs- og møtelokaler etc. I tillegg får en bedre samhandling mellom «blålysetatene».

Bygningsmessig for beredskapsdelen	Årlige kostnader etter at beredskapshuset er etablert	Årlige kostnader i 2014
Steinkjer kommunes andel av bygningsmessige kapital og driftskostnader for ny brannstasjon	Kr.3 071 549	
Steinkjer kommunes bygningsmessige kapital og driftskostnader for Sivilforsvaret	Kr. 990 140	
Steinkjer kommunes andel av bygningsmessige kostnader i brannstasjonen i 2014		Kr.721 771
Steinkjer kommunes leiekostnader for Sivilforsvaret i 2014		Kr.141 162
Endring av bygningsmessige kapital og driftskostnader for beredskapsdelen	Kr. 4 061 689	Kr. 862 933

11.2 INDERØY, VERRAN OG SNÅSA KOMMUNER

11.2.1 Økonomisk effekt av hele Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus

Når netto virkningen for kommunene beregnes må bortfall av dagens husleie i legevakta og DMS hensyntas, samt virkningen av mer effektiv drift i et felles helse- og beredskapshus.

Kostnadssted	Årlige bygningsmessige kapital og driftskostnader hvis Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus bygges	Årlige bygningsmessige leie i 2014	Differanse
DMS			
Inderøy	155 482	85 908	69 574
Verran	73 071	41 164	31 907
Snåsa	65 024	35 752	29 272
Sum DMS	293 577	162 824	130 753
Legevakta			
Inderøy			-
Verran	160 140	61 648	98 492
Snåsa	142 831	54 985	87 846
Sum Legevakta	302 971	116 633	186 338
Brannstasjon			
Inderøy	800 004	187 990	612 014
Verran	338 688	79 587	259 101
Snåsa	321 170	75 470	245 699
Sum brannstasjon	1 459 862	343 047	1 116 815
Totalt			
Inderøy	955 486	273 898	681 589
Verran	571 899	182 399	389 500
Snåsa	529 025	166 207	362 817

12

OMBRUK AV LOKALER

Etablering av helsehuset vil få konsekvenser for eksisterende bygninger som fraflyttes eller omdisponeres som vist i det følgende. Her er kun medtatt konsekvenser for bygninger tilhørende Steinkjer kommune.

12.1 BRANNSTASJONEN

12.1.1 *Beskrivelse av bygget*

Bygningen er oppført i 2 etasjer med kjeller og branntårn som stikker opp over øverste etasje.

Samlede bruttoarealer eksklusive branntårnet er:

Etasje	Areal
2. etg.	768 m ²
1.etg.	777 m ²
Kjeller	808 m ²
Sum	2 353 m ²

I følge kommunens eiendomsavdeling er samlede driftskostnadene for bygget ca. kr. 1 400 000 pr. år.

12.1.2 *Utflytting av legevakta*

Brannstasjonsbygget eies av kommunen og driftes av kommunens eiendomsavdeling. Legevakta er en kommunal tjeneste som ikke betaler husleie.

Legevakta disponerer i dag 395 m² i 1. etg samt noe areal i 2. etg som benyttes som personalrom og møterom samt lagerplass i kjelleren.

12.1.3 *Utflytting av Inn-Trøndelag brannvesen*

Brannvesenet i Steinkjer er en del av Inn-Trøndelag brannvesen IKS som er et interkommunalt selskap som eies av kommunene Steinkjer, Verran, Inderøy, Snåsa, Namdalseid og Osen.

Brannvesenet leier lokalene av Steinkjer kommune og disponere til sammen 1100 m² i 1. etasje og 2. etasje i bygningen. I tillegg disponerer brannvesenet ca. 600 m² i kjelleren.

Det betales en årlig leie på ca. 1,4 millioner kroner.

Leiekontrakten kan sies opp av begge parter med 12 mnd. varsel.

Brannvesenet er ikke fornøyd med lokalene de disponerer og er interessert i nye lokaler.

Kommunen har til nå ikke klart å finne ombyggingsløsninger som tilfredsstiller brannvesenets krav.

12.1.4 Alternativ bruk av bygningen

Det er en betydelig utfordring å finne alternativ anvendelse for bygningen hvis legevakta og brannvesenet flytter ut. Bygningen er gammel med mye innvendige bærekonstruksjoner samt mange plannivåer.

I tillegg har gjeldende reguleringsplan bestemmelser som hindrer vesentlige endringer på fasader ut i mot gateløp, men det er potensiale til å bygge ut i bakgården. Det er derfor vanskelig og kostbart å bygge om bygningen i vesentlig grad.

Bygningen har høye driftskostnader pga. alder og lite isolering i forhold til kravene som gjelder i dag. Dette gjør det også vanskelig å selge bygningen på det åpne markedet.

Alternativ 1:

Arealet som legevakta i dag benytter passer godt til de behovene som hjemmesykepleien for sentrum har og kan tas i bruk med mindre tilpasninger anslått til ca. 150.000 kr. eks.mva.

Hjemmetjenesten i sentrum består av 30 årsverk, fordelt på 15 dagvaktvakter, 5 kveldsvakter og 3 nattevakter. De disponerer 13 biler og har i dag tilhold på Steinkjer sykehjem hvor de disponerer ca. 80 m². Vognhall kan brukes som garasje til hjemmesykepleiens biler. Det er i dag etterspurt garasjer/carport ved Steinkjer sykehjem hvor hjemmesykepleien i sentrum er stasjonert. En flytting av hjemmetjenesten frigjør behovet for carporter og byggekostnader til carport på 400.000.-

En flytting av hjemmetjenesten vil uansett tvinge seg frem ved utvidelse av Steinkjer sykehjem. Dette kan komme allerede i 2018. Da måtte det tas høyde for nye lokaler i sykehjemmet pga. dagens plassering kolliderer med utbyggingsalternativet. Hjemmetjenesten har i dag for lite areal.

Det er også brukt arealer ved Steinkjer sykehjem til kontorer for ledere. Disse kontorene kan flyttes til brannstasjon og frigjør areal som er vurdert til å kunne bygges om til to sykehjemsrom. Rommene vil få tilknytning til sengeposten Kvennavika. Dette går på bekostning av en garderobe som må flyttes. Garderobene flyttes til lokalene hvor hjemmetjenesten er i dag til en eventuell utbygging kommer i gang.

Hjemmesykepleien betaler ikke husleie. Dette vil gi tapt husleie på 1,4 mill. kr.

Alt. 2:

Steinkjerbygg AS overtar bygning fra enhet eiendom for å kunne utvikle den.

Alt. 3:

Eiendommen selges på det åpne marked. Vanskelig å forutsi salgssum pga. restriksjoner på fasadeendringer samt bygningens bærekonstruksjon som vanskeliggjør endring av søyler etc.

Alt 4:

Ved en eventuell framtidig etablering av ett offentlig krisesenter kan Steinkjer være en aktuell vertskommune. Lokalene kan være egnet til dette formål.

Vurdering:

Alternativ 2, 3 eller 4 anses som mest aktuelt.

12.2 EGGE HELSETUN

12.2.1 *Utflytting av DMS*

DMS Inn-Trøndelag inkludert poliklinikker og dialyseenhet leier totalt 1 242 m² ved Egge helsetun og betaler samlet ca. 1,98 millioner kroner i årlig leie.

Leiekontrakten går ut 31.12.15.

Arealet fordeler seg i bygget med 751 m² på hovedplanet som omfatter 16 pasientsenger samt 491m² i sokkeletasjen som omfatter lokaler for poliklinikkene.

Dersom det tas hensyn til Steinkjer kommunes andel av husleia, vil utflytting av DMS Inn-Trøndelag inkludert poliklinikker og dialyseenhet føre til nedsatt andel på ca. 1,6 millioner kroner i leieinntekter for Steinkjer kommune.

Hvis DMS flyttes ut kan arealene på hovedplanet direkte omdisponeres til 16 sykehjemssenger uten kostnader av betydning.

Arealene i sokkeletasjen kan benyttes av hjemmesykepleien for Egge uten vesentlig påkostning. Hjemmesykepleien for Egge holder i dag til på Gimle og har for dårlige og små lokaler. Ved flytting til Egge helsetun kan det frigjorte arealet på Gimle ombygges til en omsorgsbolig.

Hjemmesykepleien for Egge har ikke behov for hele sokkelarealet.

Ledig areal kan benyttes ved å flytte ned frisør og fotterapeut fra hovedplanet. Et slikt grep frigjør arealer i 1. etg til andre formål.

12.2.2 *Utflytting av rehabiliteringsenheten*

Rehabiliteringsenheten er en kommunal tjeneste.

Rehabiliteringsenheten benytter 757 m² på hovedplanet. Arealet inneholder fire pasientrom samt behandlingsarealer, treningsarealer, kontorer etc.

De fire pasientsengene kan omdisponeres til sykehjemssenger uten vesentlige påkostninger. Sammen med de 16 pasientsengene fra DMS vil kommunen få 20 nye sykehjemssenger disponible.

Resten av arealet som disponeres av rehabiliteringsenheten foreslås ombygd til 6 bofellesskap i samsvar med planer som ble utarbeidet i et forprosjekt i 2006.

12.2.3 *Kostnader for ombygging av DMS og rehabiliteringsarealene ved Egge helsetun til 20 sykehjemssenger og 6 bofellesskapsplasser*

Kostnadene med denne ombyggingen av rehabiliteringsarealene til 6 bofellesskapsplasser ble i 2006 kalkulert til kr. 7 040 000 eks. mva. Prisen anslås i dag til ca. 8 millioner kroner eks. mva. Denne ombyggingen vil gi investeringstilskudd fra Husbanken.

Bygningsmessige driftskostnader tas ikke med da en ikke bygger noe nytt areal og derfor ikke genererer nye driftskostnader.

	Investering	Kapital- kostnad	Drift pr. m ²	Bygnings- messig drift	Sum årlig merkestnad
Egge helsetun Ombygging av 6 bofellesskap	8 000 000	560 000			Kr. 560 000
Tilskudd fra Husbanken for bygging av 6 bofellesskap (45 % av byggekostnad inkl.. mva)	-4 500 000	-315 000			Kr. -315 000
Egge helsetun Tilpassing av 20 sykehjemsplasser	1 000 000	70 000			Kr. 70 000
Sum kostnader eks.mva					Kr. 315 000

12.2.4 Kostnader for bygging av 20 sykehjemsrom og 6 bofellesskapsplasser i et nybygg

	Investering	Kapital- kostnad	Areal	Drift pr. m ²	Bygnings- messig drift	Sum årlig merkestn.
Normalpris for 20 sykehjemsplasser	46 000 000	3 220 000	1 700	400	680 000	3 900 000
Tilskudd fra husbanken for bygging av 20 sykehjemsrom (55 % av byggekostnad inkl.. mva)	-31 625 000	-2 213 750	1 700			-2 213 750
Normalprisen for 6 bofellesskap	13 800 000	966 000	540	400	216 000	1 182 000
Tilskudd fra husbanken for bygging av nye 6 bofellesskap (45 % av byggekostnad inkl.. mva)	-7 762 500	-664 125	510	-	-	-664 125
Sum kostnader eks. mva	28 175 000	1 972 250	3 941		896 000	2 868 250

12.3 RÅDHUSET

Rådhuset er organisert som ett aksjeselskap heleid av kommunen. Kommunen betaler husleie til selskapet.

I dag er Familiens hus etablert i rådhuset. Arealet er fordelt i 2, 3 og 4. etg. Flytting av Familiens hus er lagt til ett eventuelt byggetrinn 2 ved helse- og beredskapshuset. Blir ikke dette byggetrinnet en realitet, vil arealene i rådhuset ikke bli berørt.

Etg:	Areal	Romtype
Kjeller:	13 m ²	Lager
2.etg:	449 m ²	Ekspedisjon/ventesone, 11 kontor og møterom
3.etg:	221 m ²	18 kontor
4.etg:	417 m ²	7 kontor og 1 møterom
Sum ledig areal	1 100 m ²	

Arealene som Familiens hus benytter er i stor grad kontorer. Dette er arealer som fortsatt kan benyttes for andre kontorformål enten for kommunale etater eller leies ut eksterne offentlige eller private leietakere.

Selv om det er mye ledige kontorlokaler i Steinkjer, er det sannsynlig at kontorlokaler i rådhuset vil være attraktivt for mange potensielle leietakere.

Det er pr. i dag for lite kontorer i rådhuset. Arbeidsgruppen på rådhuset som er ansvarlig for disponering av arealet har gitt signaler om at det på sikt er behov for en liten økning av kontorplasser, men det meste av fraflyttet areal må leies ut til eksterne aktører.

I og med at Familiens hus er med i byggetrinn 2 og er noe frem i tid er det vanskelig å gå i dialog med aktuelle leietakere på dette tidspunkt

Antatt markedspris ca. 1 200 kr/m², dette vil kunne gi leieinntekter på 1,32 mill. kr. Det betales i dag ikke intern husleie i kommunen.

For å kunne leie ut kontorer i rådhuset kreves kun mindre tilpasninger.

13

VEGEN VIDERE

13.1 POLITISK PROSESS

Etter planen skal denne rapporten legges fram til politisk behandling i alle kommunene i regionen i løpet av august / september 2014, jamfør felles formannskapsmøte 18.august 2014. Det er et mål at kommunene, på bakgrunn av denne rapporten, kan ta en endelig beslutning om etablering av Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus, noe som forutsetter positive vedtak i hele regionen. Basert på felles saksframlegg vil det være ulike forslag til vedtak i Steinkjer kommunestyre og i de andre kommunene. Det skyldes at deler av tilbudet i helse- og beredskapshuset er tenkt kun for Steinkjer kommunes innbyggere i første runde, noe som gir Steinkjer kommune den største økningen i utgifter.

13.2 FRAMDRIFT

Den raskest mulige framdriftsplanen vurderes å være følgende:

August 2014:	Politisk behandling formannskap
September 2014:	Politisk behandling kommunestyre
September 2014:	Prosjekteringskonkurranse kunngjøres
November 2014:	Detaljprosjektering starter
Januar-april 2015:	Masseutskifting og plassering av forbelastning på tomte.
Desember 2015:	Detaljprosjektering ferdig
Januar/februar 2016:	Anbudsregning
April 2016:	Byggestart
Desember 2017:	Ferdig bygg
2018:	Drift

13.3 SAMHANDLINGSREFORMEN OG FOREBYGGENDE ARBEID

Samtidig som denne rapporten er blitt utarbeidet har Kommuneproposisjonen kommet der Regjeringen foreslår avvikling av medfinansieringsordningen. Det er foreløpig ikke fastlagt hva som blir de nye økonomiske incentivene for at kommunene skal kunne satse på forebygging, men det er et uttalt mål at den positive trenden med oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste bør fortsette.

St. meld 47, "Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid" sier at de viktigste oppgavene er å få til en bedre samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette stiller videre en rekke krav til kommunene og deres evne til å finne gode løsninger for sine innbyggere. De kommunene som ikke er proaktive i forhold til reformen vil kunne tape deler av sin framtidige økonomiske handlefrihet.

Mindre kommuner som ikke har en aktiv holdning til reformen må også høyst sannsynlig i framtiden bli avhengig av å kjøpe mange og dyre tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller fra omkringliggende kommuner.

Gjennom reformen ønsker regjeringen å overføre mer ansvar til kommunene. Tilbudet i kommunene skal være et lavterskeltilbud som skal gi et helsetilbud nærmere befolkningen.

Departementet fokuserer blant annet på følgende forhold:

- Kommunene får en større vekst i inntektene fra staten for å ta større ansvar for helsetilstanden til innbyggerne
- Fastlegene skal ha bedre tid til hver pasient samt ha tid til arbeid innenfor forebygging og delta i legevaktjeneste
- Kommunene skal få større faglige miljø og det skal bygges opp tverrfaglighet i primærhelsetjenesten
- Det skal etableres kommunale behandlingssenger (observasjon, etterbehandling og rehabilitering)
- Det skal etableres lokalmedisinske sentra
- Kommunene må samarbeide mer for å kunne levere de tilbudene som innbyggerne har krav på
- Det er lovfestet at helseforetakene og kommuner skal inngå avtaler. Disse avtalene skal godkjennes av departementet
- Pasienter som er hyppige brukere av både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har rett på en koordinator som skal følge pasienten
- Det bevilges egne midler til forebygging

Forebygging:

- Kommunene har fått et større ansvar for helse til egen befolkning da man så langt i reformen har blitt belastet med minimum 20 % av behandlingskostnadene i spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være svært god kommunal økonomi å satse på å forebygge både livsstilssykdommer og kroniske lidelser. Særlig bør det fokuseres på fysisk aktivitet og godt kosthold som kan forebygge diabetes og hjerte-/karsykdommer samt høyt blodtrykk.
- Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner som påvirker risiko for sykdom, som for eksempel hjerte-/karsykdom, kreft, KOLS, diabetes og rusavhengighet. En stadig større del av sykdomsbyrden er kronisk. Selv om det settes inn effektive tiltak for å redusere dagens helseutfordringer vil denne utviklingen fortsette. Først og fremst er det fordi befolkningen blir eldre, men også fordi medisinske fremskritt gjør at flere overlever og lever med sykdom som de tidligere ville dø av, og dels fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt.
- Frisklivstilbud er et nytt satsingsområde for kommuner der man skal legge forholdene til rette for at det formidles kunnskap om både kosthold og fysisk aktivitet. Frisklivssatsingen gir også tilbud om individuell oppfølging. Her kan det også bygges opp kompetanse som kan bistå i omkringliggende kommuner.
- Det foreligger god dokumentasjon på effekten av sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og røykeslutt i forhold til forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser. Utfordringen har imidlertid vært å utvikle tiltak som gjør at denne kunnskapen kan omsettes i praksis – bl.a. som en del av helsetjenestens tilbud. I den forbindelse vises til etableringen av helse- og beredskapshuset.
- Videre kan effekten av forebyggende helsetjenester ha et lengre tidsperspektiv, noe som gir utfordringer i forhold til offentlige budsjettssystemers innretning. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv fremstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den positive kost-nytte-effekten kommer til syne.