

Juni 2014



UTREDNING OM FRAMTIDENS OMSORGSSTRUKTUR I RØROS KOMMUNE



Innhold

1. Innledning.....	2
2. Bakgrunn.....	4
2.1 KOSTRA-analyse 2013.....	4
2.2 KS – styringsnettverk	4
2.3 Kommuneplan 2015-2018 Røros kommune.....	5
3. Nåværende bygg og tjenester til pleie og omsorgsformål i Røros.....	5
3.1 Boligene i Røros kommune.....	5
3.2 Institusjonene i Røros kommune	6
Røros sykehjem	6
Gjøsvika sykehjem	7
Intermediæravdelingen.....	7
3.3 Hjemmetjenestene (unntatt tiltak for funksjonshemmede).....	8
4. Samfunnsutvikling mot 2030.....	8
Endring i alderssammensetning	8
Endringer i samfunnet.....	10
5. Framtidige behov i omsorgstjenesten.....	10
5.1 Pleie og omsorg	10
5.4 Boligtilpasning og arealplanlegging/universell utforming	13
5.5 Velferdsteknologi i Røros	14
6. Arbeidsgruppas anbefaling.....	15
Videreutvikling av området på Øverhagaen.....	16
7 Bruk av eksisterende bygg.....	17
8 Nybygg	19
9.1 Intermediæravdeling vs egen kommunal behandlingsavdeling.....	20
9.2 Kommunal kjøkkendrift vs fortsatt kjøkkendrift på sykehuset	20
9.3 Bruk av Rytrøa vs. å utvide eget tilbud.....	20
9.4 Utrede mulighet for å omgjøre Gjøsvika sykehjem til barnehage	20
9.5 Utvidet bruk av LHL helse for kommunens innbyggere	20
9.6 Lindrende enhet	20
10. Til slutt.....	21
Vedlegg.....	21
1 Forslag til fremdriftsplan	22

1. Innledning

Røros kommune fikk høsten 2013 gjennomført en KOSTRA – analyse. I tillegg er kommunen i gang med et omstillingsprosjekt som skal vare fra 2012-2016. Helse- og sosialsjefen fikk i oppdrag fra rådmannen å se på de ulike utfordringsområder innen helse og sosial. Det ble derfor satt ned en arbeidsgruppe som har sett på framtidig omsorgsstruktur når det gjelder bolig, bygg og tjenester. Fristen for arbeidet ble satt til 01.06.2014.

Utdrag fra mandatet:

- «Avklare de reelle behov nå og i årene som kommer.
- Lage ulike alternativ for å dekke behovene.
- Hvilke virkemidler skal vi ha for å dekke behovene.
- Finne tiltak for som bidrar til en holdningsendring til hvordan pleie- og omsorgsbehov skal dekkes»

I mandatet er målet presisert slik:

- Sikre fleksibilitet når behovet for pleie og omsorgstjenester endrer seg.
- Redusere behovet for institusjonsplass og for kommunale omsorgsboliger.
- Utnytte ressursene på en måte som gir størst mulig avkastning.
- Synliggjøre for innbyggerens at de har eget ansvar for egen alderdom.

Den tverrfaglige gruppa har bestått av:

- Dag Øyen, teknisk etat
- Bente Tellebon, Røros sykehjem
- Inger Therese Holm, Fysio- og ergoterapitjenesten
- Borghild Krog, Hjemmetjenesten
- Gunlaug Sivertsen, verneombud
- Mona Landsverk, helse og sosialsjef, leder
- I tillegg har Elfrid Aukan og Gonda Bouwer, Trine Lise Trønnes og Bjørg Todalshaug deltatt med innspill

I 2012 ble det laget en utredning om framtidens omsorgsenheter i Røros kommune. Denne er fortsatt veldig aktuell, og er derfor tatt med som grunnlag for utarbeiding av dette dokumentet.

I 2012 var formålet:

«I gjeldende økonomiplan for Røros er det forutsatt bygging av 12 omsorgsboliger i 2013. Mange forhold tilsier at det vil være riktig å foreta en gjennomgang og revurdering av dette tiltaket. Dette ut fra driftsøkonomi, faglige vurderinger og framtidig behov.»

Prosesen i arbeidet:

Grappa har brukt erfaringer fra arbeidet med utredningen om framtidens omsorgsenheter i Røros kommune fra 2012. Vi har også sett på føringer i lover og forskrifter, bl.a St.meld. nr 29 Morgendagens omsorg og NOU 2011: Innovasjon i omsorg. Vi har hatt nytte av dialog med konsulent Ottar Vist fra KS. KOSTRA-analysen fra 2013 er brukt som utgangspunkt for hvordan tjenestene drives nå, og på hvilken måte det både er økonomisk og ressursmessig gunstig å drive dem på i framtida. Brukerperspektivet har vært tilstede i hele prosessen.

Utredningen avgrensner seg til å omfatte:

- Geografisk område ved Røros sykehjem og eksisterende bygningsmasse som utbygningalternativ, dvs Øverhagaen 1, 3 og 5 samt Småhagaene borettslag.
- Bruk av Gjøsvika sykehjem
- Hvilke tilbud vi mangler i dag, men som det vil være behov for.
- Befolkningsutvikling og endringer i omsorgsbehov. Herunder nye aspekter og teknologiutvikling.
- Utredningen forutsetter at vi ikke kan drive pleie og omsorgstjenesten på samme måte som i dag, da det vil kreve betydelig ressursbruk til daglig drift og investeringer.

Arbeidsgruppa har underveis hatt behov for å justere mandatet noe. Vi ser klart i hvilken retning vi ønsker å gå, men det betinger politiske føringer for hvordan vi skal gå frem videre. I utredningen peker vi på ulike perspektiver det må tas stilling til, før arbeidet kan fortsette. Derfor må denne utredningen tas som en delutredning, og arbeidsgruppa må bearbeide dokumentet når det er kommet innspill. Arbeidsgruppa forutsetter at dokumentet vedtas, slik at det kan startes et prosjekt i forbindelse med budsjettarbeidet for 2015. Det er nødvendig med bistand fra eksterne ressurser og det må gjøres kostnadsanalyser for å få et mest mulig riktig bilde av de tjenestene som skal gis og hvordan dette vil ha betydning for budsjettet. Vi ønsker gode politiske innspill, og har valgt å ikke avgrense pkt. 6.4-6.8 for mye, da vi veldig gjerne vil ha ideer og nye tanker.

2. Bakgrunn

I dette kapittelet vil arbeidsgruppa utdype grunnlaget for utredningen.

2.1 KOSTRA-analyse 2013

KOSTRA-analysen sier mye om omsorgstjenesten i kommunen. Vi har valgt å bruke utdrag fra teksten i utredningen.

Røros kommune bestilte i 2013 en KOSTRA-analyse, med den hensikt å synliggjøre ressursbruk, dekningsgrader og prioriteringer i den kommunale tjenesteproduksjonen. Rapportene går systematisk igjennom tjenesteområder i kommunen, og synliggjør hvordan ressursbruken er i Røros kommune sett i lys av utvalgte andre kommuner. Hensikten var å gi økt innsikt og kompetanse, samt et kvalifisert beslutningsunderlag som grunnlag for de valgene kommunen nå står overfor.

Hovedkonklusjonen i Kostra-rapporten er at tjenestenivået i Røros kommune er omfangsrikt på stort sett alle områder.

«Man gir et bredt spekter av tjenester, spredt ut på mange fysiske lokasjoner, med en lav terskel for brukerne for å få tildelt tjenester og til en svært lav pris for brukerne. Dette er selvfølgelig bra for brukerne og innbyggerne i Røros. Men økonomisk er det en strategi som ikke kan fortsette da den på mellomlang sikt vil legge kommunen i økonomisk ruin.

Generelt kan man si at i et økonomisk perspektiv bør man søke å begrense bruken av institusjonsplasser. Institusjonsplasser er svært dyrt, og ofte er det slik at man både kan få bedre og billigere tjenester ved i større utstrekning å satse på hjemmebasert omsorg, forutsatt at man ikke overstiger et gitt timetall pr bruker i hjemmetjenesten. Det har skjedd en stor endring på dette området i kommune-Norge både ut i fra faglige og ikke minst økonomiske perspektiver.

Omsorgsboliger er definert som beboernes hjem, og man har dermed rett til ytelser over folketrygden i stedet for over kommunebudsjettet. For å si det enkelt; bor du på institusjon betaler kommunen medisinen dine, bor du i omsorgsbolig betaler Folketrygden de.

Røros har en institusjonsbasert profil, hvor det er relativt enkel tilgang til tjenestene og med lite bruk av alternative tilbud i omsorgstrappen. Dette er tradisjonelt en svært kostnadskreven profil. I tillegg er det en profil som fagspesialister i dag ikke anbefaler for å gi et godt faglig pleie og omsorgstilbud.»

Det er tydelig at Røros kommune bør gjøre endringer i omsorgstjenesten. Røros kommune, har i motsetning til andre kommuner ikke omsorgsboliger med heldøgnsomsorg.

2.2 KS – styringsnettverk

I 2014 meldte 3 personer fra helse- og sosialetaten, seg på styringsnettverk i regi av KS.

Hensikten med nettverket som kan ses på som et kurs, er å bidra til at kommunen får kompetanse i å hente frem relevant datagrunnlag knyttet til samhandlingsreformen, analysere dataene og sette retning på arbeidet i egen kommune. Målet er å sette kommunen bedre i stand til å reflektere over eget nivå og forbruk av spesialisthelsetjenester, og å se dette i sammenheng med egen ressursinnsats på helse- og omsorgsområdet. Kurset skal øke deltagerens kompetanse i å analysere egen virksomhet, slik at det blir lettere å styre ved å velge riktig strategi i den hensikt å redusere bruk av spesialisthelsetjenester. Det vil være viktig å fokusere mer enn før på forebyggende tiltak.

2.3 Kommuneplan 2015-2018 Røros kommune

Kommuneplanen vil være et overordna styringsverktøy for utvikling av Rørossamfunnet i tida framover. Det er overordna viktig at planleggere er godt kjent med de ulike utfordringer Røros kommune står overfor og hvordan de ulike fagområda vurderer at disse utfordringene kan og bør møtes. Det er derfor avgjørende at planleggere i mye større grad jobber mere tverrfaglig og tverretatlig enn det tradisjonelt er blitt gjort.

I hovedsak er den største utfordringen innen helse og sosialetaten, endringer i befolkningens alderssammensetning i åra framover. Vi får en eldre befolkning og med det kan vi forvente mer sammensatte hjelpebehov. Denne endringen medfører ekstra store utfordringer fordi vi samtidig får redusert tilgang på ressurser som arbeidskraft og økonomi. Det er derfor innlysende at det vil være viktig å legge til rette for redusert hjelpebehov. Det må være et mål i seg selv.

I planarbeid og byggesak må vi derfor utvide begrepet Universell Utforming til å omfatte hele lokalsamfunnets utvikling og ikke bare gjelde på bygningsnivå eller det enkelte gårdstun. Boområder og servicefunksjoner, sosiale treffpunkt, kafe, underholdning og dagligdagse tilbud, må sikres god tilgjengelighet. Begrepet «nærbutikk» kan igjen få en reell betydning.

Et sentralt begrep i arealplanlegging bør derfor være fortetting av sentrumsnære områder.

3. Nåværende bygg og tjenester til pleie og omsorgsformål i Røros

3.1 Boligene i Røros kommune

Ysterhagaveien (Småhagene Borettslag): 32 leiligheter, to-roms og 3-roms. 16 disponeres av Røros kommune og 16 er privateid.

Dalsveien 3, (Kokkhaugen): 12 leiligheter, 6 disponeres av psykisk helse og 6 av pleie- og omsorg. 2, evt.3 av de 6 som disponeres av pleie- og omsorg venter på oppussing.

Øverhagaen 5: (Omsorgsboligen): 16 leiligheter med tilknytning til fellesareal. 2 av leilighetene er bergnet på ektepar. Per i dag er det ingen etablert drift i fellesarealet. Dette kan enkelt endres.

Glåmos: 11 leiligheter, de fleste leies ut til personer som ikke har pleie- og omsorgsbehov. Kommunen vurderer å selge noen av disse leilighetene.

Brekken: 6 leiligheter som leies ut både til personer med pleie- og omsorgsbehov og til andre. En leilighet er ikke beboelig på grunn av vannskader..

Øverhagaen 1: 16 leiligheter og fellesareal beregnet for personer med psykisk utviklingshemming. Øverhagan bofellesskap er et tidligere aldershjem, der de tidligere rommene er slått sammen til små leiligheter. I tillegg er det en fløy med 6 litt større leiligheter. Bofellesskapet fungerer godt når det gjelder å trygge beboerne ved at de bor under samme tak og der de har tilgang til fellesarealene. Det gjelder særlig de eldre brukerne. De yngre brukerne i TFF ønsker ikke å bo i så store bofellesskap. Det ideelle for dem hadde vært små bofellesskap eller egne private leiligheter. Leilighetene er utformet for å tilfredsstille ønske om billige løsninger. Det positive med dem er at de er lyse og enkle å holde rene. Ulempene med dem er at

badene er avlange og derfor kronglete for brukere som er avhengige av rullatorer. Det er ikke plass til rullestoler på badet samtidig som det er bistandsyttere til stede. Skal andre enn personer med psykisk utviklingshemming benytte leilighetene i Øverhagaen 1, må bygget deles opp i mindre adskilte enheter.

Trygdeleilighetene på Glåmos og i Brekken har ikke Røros kommune fått utnyttet fullt ut til pleie- og omsorgsformål de siste 5-10 åra, da de ligger for langt fra personalbase og servicefunksjoner. De er gamle og mangel på vedlikehold har ført til at de til dels har dårligere standard enn folks egne boliger.

Totalt har Røros kommune 93 leiligheter som i utgangspunktet er beregnet til pleie- og omsorgsformål. Ser vi bort fra de på Glåmos og i Brekken som vi ikke får utnyttet, samt at 6 leiligheter i Dalsveien benyttes av psykisk helsetjeneste og 16 i Øverhagaen 1 er for psykisk utviklingshemmede, sitter vi fortsatt igjen med 54 leiligheter lokalisert i Dalsveien, Ysterhagaveien og Øverhagaen 5. Alle 54 har gunstig beliggenhet i forhold til tjenesteapparatet. Ikke alle som kjøper eller får tildelt leilighet har pleie- eller omsorgsbehov ved innflytting. Flyttingen er forebyggende og har til hensikt å utsette eller hindre behov for hjelp.

Området mangler imidlertid servicefunksjoner, gode uteområder og god tilgjengelighet til sentrum og samfunnet for øvrig. Det medfører at de som bor i disse leilighetene i unødig stor grad er avhengig av hjelp hver for seg. En stor del av dem har hjelpebehov begrunnet i ensomhet og utrygghet. Felles spiseplass, et sted å treffe andre, rom for aktiviteter og trivselstiltak ville redusert behovet for individuell hjelp.

3.2 Institusjonene i Røros kommune

Røros sykehjem

Røros sykehjem ble bygd for 35 år siden med datidens krav og kunnskap om utforming og logistikk. Med sine lange korridorer er bygget ressurskrevende for tjenesten. Bygget imøtekommer ikke dagens grunnleggende krav til universiell utforming og det gir ikke mulighet til tilstrekkelig privatliv for den enkelte beboer (ikke eget bad/WC). Sykehjemmet har to identiske etasjer med 26 beboerrom i hver etasje, der to og to rom deler toalett og dusj. Alle rommene er like store og egner seg ikke til at ektefeller kan bo sammen. Hver etasje har stue (oppholdsrom) som fungerer både som spiseplass og tv-stue for beboerne.

Siden 01.03.14 har 7 av rommene i sokkeletasjen vært tatt ut av drift med bakgrunnen i et budsjettvedtak fra 2013. Det jobbes med alternativ bruk av disse rommene.

Sykehjemmet har eget vaskeri for vask av beboernes tøy. Dette fungerer fint, men plasseringen gjør at adkomsten til den fysikalske avdelingen blir vanskelig.

Sykehjemmet mangler rom for renholdsutstyr og lagerrom for tekniske hjelpemidler slik som rullestoler, heiser som må lades osv.

Legemiddelhåndteringen har ikke god nok skjerming i dag på grunn av mangel på arbeidsrom. Dette er et kritisk punkt for å unngå feilmedisinering.

For 35 år siden ble det ikke tatt høyde for den utvikling vi har hatt når det gjelder teknologi og bruk av tekniske hjelpemidler. Hjelpemidler for langtidsutlån til og fra Hjelpemiddelsentralen i Trondheim tas i mot på Røros sykehjem der de mellomlagres i samme korridor som all annen vareleveranse foregår. Det kommunale lageret som i dag brukes til oppbevaring av tekniske

hjelpemidler for korttidsutlån, ligger tungvint til innenfor fysikalsk avdeling i sokkeletasjen. Det er heller ikke plass til å foreta reparasjoner på disse hjelpemidlene.

Varelevering, matlevering, levering av skittentøy og avfall har samme inngang. Dette er ikke i henhold til næringsmiddelforskriftene.

Kapellet med kjølerom er også i samme område og har samme adkomst som vareleveransen. Det vanskeliggjør mulighetene for å skape verdige situasjoner for familier som har sine døde i kapellet.

Det er vanskelig å oppfylle branntekniske krav til frie rømningsveier i området for varelevering, vaskeri og fysikalsk avdeling.

Inngangspartiet og heisen med manuelle, tunge dører er til hinder for at beboere og andre brukere av huset kan være selvhjulpne. Utformingen av huset med lange korridorer og store avstander fra den ene enden til den andre, medfører mye ekstra gåing for personalet og er til hinder for å legge gode logistikk-løsninger i den daglige driften. Pauserommet for ansatte er ikke optimalt, mange ansatte på et lite rom. Pårørende har liten mulighet for deltagelse i dagens "institusjonsmiljø." De lange korridorene, de små rommene og mangel på fellesarealer er til hinder for dette, da de lett får følelsen av å bevege seg på personalets områder. I NOU 2011: legges det vekt på at vi i framtida må spille mye mer på pårørende som ressurs og verdsette deres omsorg for sine, også om de har plass i institusjon.

Strømforbruk og miljøhensyn er heller ikke ivaretatt på en god måte. Det er lite reguleringsmuligheter på å styre temperaturen i huset, og det har ført til overforbruk av strøm de siste årene. Grunnen til det antas å være at strømsystem og ventilasjonsanlegg har blitt mye dårligere med årene.

Gjøsvika sykehjem

I 2004 ble Gjøsvika sykehjem åpnet. Sykehjemmet er tilrettelagt for senil demente og fungerer meget godt for denne gruppen beboere. Bygget har 5 avdelinger med 6 beboere i hver avdeling, og i tillegg 2 rom i et eget område beregnet på personer med behov for ekstra skjerming. Alle beboerrom har dør ut til fellesareal/stue. Hver avdeling har tilrettelagte og lett tilgjengelig utearealer med asfalterte stier utformet som sansehage. De 2 rommene for ekstra skjerming viser seg vanskelig å få brukt til mer enn en person i gangen. De burde vært avgrenset fra hverandre og fra de andre avdelingene. Erfaringer fra tilsvarende sykehjem i andre kommuner tilsier at 8 beboere kan betjenes med samme antall personale som 6 beboere. Da Gjøsvika sykehjem ble bygd, ville ikke Husbanken godkjenne avdelinger med mer enn 6 beboerrom i hver.

Intermediæravdelingen

Intermediæravdelinga ved Røros sykehus (IMA), som åpnet høsten 2011, er et svært viktig ledd i gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Avdelinga har 2 ø-hjelps plasser til bruk for pasienter som trenger nøyere observasjon før det avgjøres om sykehusinnleggelse er nødvendig. Disse sengene har legevaktslegene ansvaret for. Videre er det 6 senger beregnet på å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus men som ikke kan skrives ut direkte til hjemmet, eller til sykehjemslignende boform. Fastlegene har det medisinskfaglige ansvaret for disse sengene.

I 2014 er det sendt ut forslag til avtaler til alle kommunene i fjellregionen, om å ta i bruk sengene på IMA for utskrivningsklare pasienter.

Røros kommune tar imot henvendelser om alle sine utskrivingsklare pasienter i et samarbeidsteam der både hjemmetjenesten, IMA og sykehjemmene er representert. Det gjelder alle typer diagnoser, også lindrende behandling og rehabilitering.

3.3 Hjemmetjenestene (unntatt tiltak for funksjonshemmede)

Hjemmetjenesten har kontorlokaler i Øverhagaen 5. og er fordelt på 3 avdelinger. En avdeling betjener Omsorgsboligen Øverhagaen 5 og Småhagene borettslag. De to andre betjener Brekken, Glåmos og resten av kommunen. Hjemmetjenesten betjener alle som mottar kommunal hjelp i egne hjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. De hjelpetrengende bor spredt i hele kommunen. Det krever mye planlegging for å bruke riktig personale, til riktige oppgaver, på riktig tid og samtidig unngå unødig kjøring. Hjemmetjenesten er en særdeles operativ tjeneste, som krever at god logistikk og et godt system for å dekke behovene på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Hjemmetjenesten disponerer 17 biler som alle står ute og ikke under tak. Det går mye tid på håndtering av biler til enhver tid. Vinterstid er det en utfordring med snø/is og klargjøring av bilene til alle hjemmetjenestens vakter. Dette er et stort tidstyveri.

3.4 Velferdsteknologi

Røros kommune benytter godt kjent velferdsteknologi på omtrent samme nivå som de fleste andre kommuner. Det vil si at eldre og funksjonshemmede benytter hjelpemidler som lånes ut fra NAV hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag. De er som oftest formidlet og tilpasset av hjemmetjenesten eller kommunens ergoterapeut. Vi har hverken tatt i bruk springsteknologi, avanserte trygghetsalarmer eller annet utstyr ut over det vanlige.

4. Samfunnsutvikling mot 2030

I dette kapitlet vil arbeidsgruppa belyse samfunnsutviklingen som forventes de neste tiårene. Dette er et viktig bakteppe som må ligge til grunn for utformingen av framtidens omsorgstjeneste.

Endring i alderssammensetning

Endrede levekår har ført til økt levealder og denne utviklinga forventes å fortsette. Samtidig vil vi få en stor økning i antall eldre fram mot 2025-2030. Fødselstallene etter krigen var ekstra høye og når vi skriver 2030, er etterkrigsbarna blitt 80-85 år. Allerede i 2025 (om 11 år), vil vi ha en alderssammensetning som ingen har sett tidligere i historien i noe samfunn. Jo eldre befolkningen blir, jo flere vil utvikle demens-sykdom og andre sykdommer.. Samtidig som antall eldre øker vil antall personer i yrkesaktiv alder gå ned. Dette kommer tydelig fram av søylene i diagram 1.

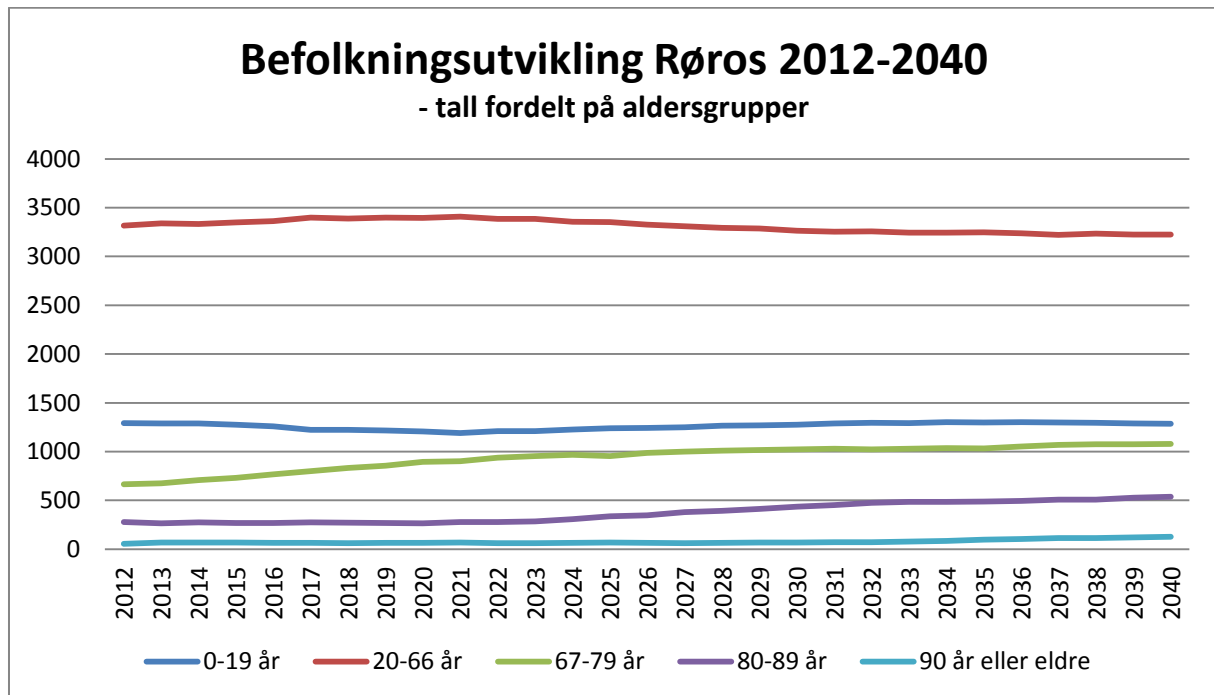
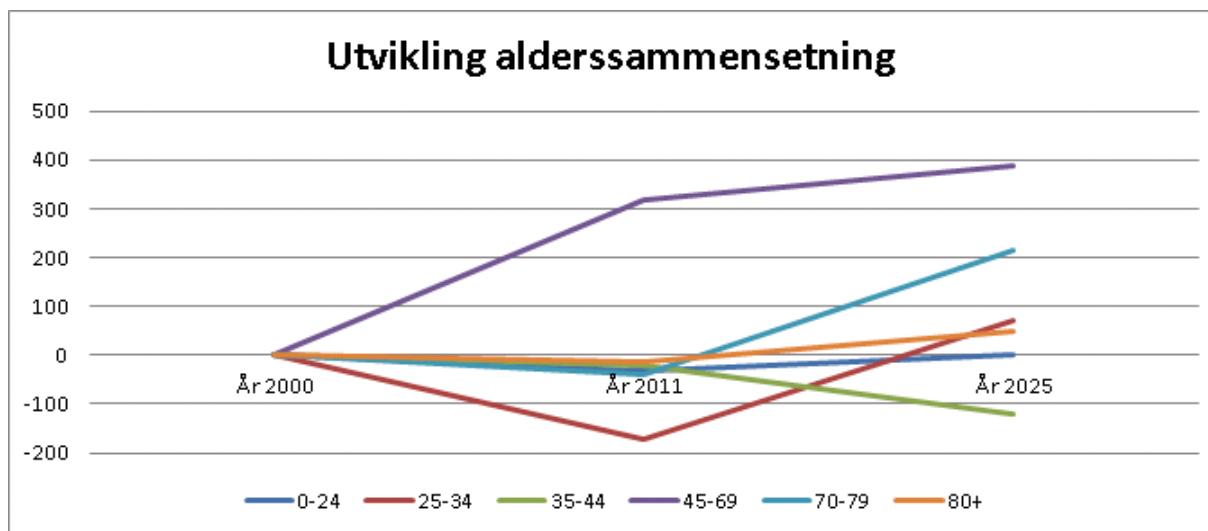


Diagram 2 illustrerer hvordan forventet behov og tilgang på arbeidskraft spriker. Den lyseblå og den orange linja utgjør aldersgruppa 70 år og eldre. Det er her det er flest personer med behov for pleie- og omsorgstjenester.



Om 11 år forventes det at aldersgruppa over 70 år har økt med 319 personer i forhold til i dag. Aldersgruppa 45-69 år, (lilla linje), forventes å ha økt med 70 personer. De eldste i den siste gruppa vil være med og gi enda raskere økning i gruppa 70 + etter 2025 fram mot 2030. Tilgangen på arbeidskraft øker ikke i takt med antall eldre. Rød, grønn og mørk blå linje viser i kombinasjon at vi vil ha samme tilgang på arbeidskraft i 2025 som i dag. De eldste yrkesaktive (lilla linje) øker, men det er viktig å se at her er det både pensjonister og yrkesaktive.

I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg er det gjort beregninger og vurderinger på mange områder. Staten legger opp til at kommunene må bruke det neste tiåret til å forberede seg på nye utfordringer. Vi ser helt klart at vi ikke kan komme i mål ved å gjøre mer av det samme. Mest sannsynlig vil morgendagens eldre, som er født og oppvokst i en velferdsstat og i privat rikdom, stille andre krav til livskvalitet enn det vi hittil har møtt. Inn i alderdommen vil de ta med seg sterke ønsker om kontroll over egne omgivelser og om å klare seg selv i egen bolig. De vil delta i sosiale aktiviteter på premisser de selv velger. Men morgendagens eldre kommer ikke til livets siste fase bare med andre holdninger, de kommer også med mer ressurser, mer utdanning, sterke vennenettverk og ikke minst stor rikdom i eiendom og pensjon.

Endringer i samfunnet

Samfunnet er i stadig endring på mange områder. Det er mye mer enn antall personer i ulike aldersgrupper som har betydning for hvordan kommunene må planlegge sin tjenesteyting. Nye behandlingsmetoder, sunnere kosthold, økt kunnskap om forebygging, tilgjengelig boligmasse og ikke minst utforming og plassering av boliger, vil ha stor betydning for trivsel, trygghet og bruk av personell. Positiv innstilling til å ville flytte fra opprinnelig bolig til mindre leiligheter/boenheter forventes å øke. Økonomiske virkemidler og tilgang på tekniske løsninger vil ha betydning for hvordan kommunene kan fylle sitt ansvar for å yte tjenester.

De kommunale omsorgstjenestene er arbeidsintensive og avhengige av det konkrete møtet mellom hjelpemottaker og hjelper. Det vil de i enda større grad være i åra framover med en dreining mot at flere skal bo i egne hjem og færre i institusjon. Ny velferdsteknologi kan gi mennesker med funksjonstap, flere muligheter til være selvhjulpne. Annen teknologi kan bidra til at enslige og utrygge likevel kan oppleve trygghet. Ulike former for ny teknologi vil oppleves som en støtte både til brukere, deres pårørende og for ansatte i helse- og omsorgstjenesten, både i private hjem, omsorgsboliger og institusjoner. I Norge har vi fortsatt et betydelig uutnyttet potensial når det gjelder å ta bruk ulike velferdsteknologiske løsninger. Vi ser derfor for oss en betydelig utvikling på dette området.

5. Framtidige behov i omsorgstjenesten

Arbeidsgruppa ønsker å knytte omsorgstjenesten opp mot de endringene vi forventer vil komme i samfunnet. Vi vil forsøke å konkretisere framtidige behov for omsorgstjenester og vi vil komme inn på hvilke arbeidsmetoder vi ønsker å ta i bruk for å understøtte et forventet mestringsfokus hos brukerne. Slik vil vi å bidra til å dreie fokuset mot at hver enkelt må ta et større ansvar for å legge til rette for egen mestring også ved sykdom. Man kan ikke forvente offentlig hjelp på samme nivå som vi har hatt i mange år. Dette henger sammen med både bolig, bomiljø og hvilken teknologi man kan bruke for å underbygge mestringsfokuset til innbyggerne i kommunen.

5.1 Pleie og omsorg

Framtidas pleie- og omsorgstjenester i kommunehelsetjenesten vil kreve at vi tenker nytt og annerledes. Som vi så i kap 4, vil det i framtida ikke finnes nok helsepersonell til å utføre alle de arbeidsoppgavene helsepersonell gjør i dag. Logistikk i omsorg handler om å utnytte tilgjengelige ressurser riktig. Innovasjon i omsorg handler om å tenke nytt og utvikle nye løsninger. Tilrettelagte boliger der beboeren føler trygghet og sjølstendighet og har lett tilgjengelige servicefunksjoner i nærheten, vil være av avgjørende betydning for effektiv ressursutnyttelse.

I følge NOU 2011:11 er den største utnyttede ressursen i helse- og omsorgstjenesten ikke helsepersonell, men brukerne selv og deres nærmeste. Like viktig som å rekruttere nytt fagpersonell til sektoren, vil det i framtida være å utnytte brukernes egne ressurser og utvikle deres evne til sjøl å ta ansvar. I tjenestene er det derfor behov for systemer som gir vanlige mennesker mulighet til å bli anerkjent som reelle deltakere i prosessene og ikke bare fungere som mottakere av tjenester. Framtidas bomiljø må legges mer til rette for at pårørende og frivillige organisasjoner lett kan bidra i tjenesteytinga. Framtidas boliger må ha en størrelse på rommene som tillater at ektefeller kan fortsette å bo sammen selv om bare den ene er hjelpetrengende.

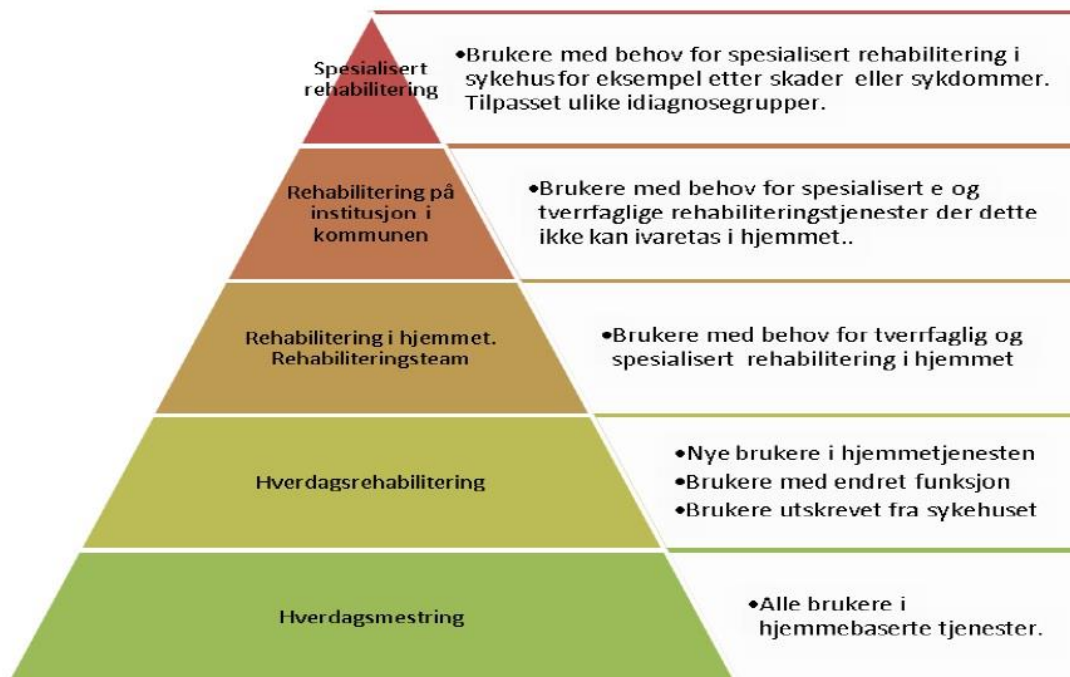
Helsetjenester vil alltid utgjøre en vesentlig del av omsorgstjenestene i kommunen, men gode omsorgstjenester er samtidig mye mer enn helsetjenester og behandling. I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenestelovens § 1-1 er det listet opp 7 formål. I punkt 3 heter det at loven skal "bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre". For å fylle lovkravet må vi mobilisere mer enn av profesjonelle kunnskaper og virksomheter. Omsorgstjenestene må understøtte og uttrykke et solidarisk nærsamfunns vilje til å ta vare på og inkludere dem som har særlige behov.

De seneste årene har vi sett en dreining fra institusjonsbaserte tjenester mot boliger med heldøgns omsorg. Mange kommuner har redusert antall sykehjemsplasser og bygd ut omsorgsboliger der det tilbys tjenester 24 timer i døgnet etter en individuell vurdering. Betalingsordningen vi har for langtidsopphold i sykehjem er svært dyr for kommunene. Beboerne betaler like mye uavhengig av hvor lite eller stort det daglige behovet for hjelp er. Man får derfor en betalingsordning som kommer både brukeren og kommunen til gode. Viser her til Kostra analysen fra 2013 i kapittel 2, som understøtter dette.

5.2 Rehabilitering

Nyere studier viser at økt satsning på rehabilitering er en god investering både økonomisk og kvalitetsmessig. Rehabilitering er et viktig virkemiddel for å få utnyttet ressursene best mulig. Flere får økt grad av selvhjelpenhet og det frigjør ressurser til de mest hjelpetrengende. Livskvaliteten til den hjelpetrengende ivaretas bedre enn ved de tradisjonelle arbeidsformene. Rehabilitering er derfor en av de arbeidsformene vi mener det må satses på når vi planlegger framtidens omsorgsstruktur. Rehabiliteringstilbudet må være mangfoldig og ikke avgrenses til det som skjer i regi av et team eller en avdeling. Rehabiliteringspyramiden under viser hvordan rehabiliteringstanken må være «grunnmuren» i hjelpeapparatet som helhet.

Rehabiliteringspyramiden



Kilde. Kristiansand kommune 2005 / Prosjektrapport rehabilitering i Midt-Norge 2014

5.3 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et litt nyere begrep som omhandler bevisst og spesifikk trening i å mestre konkrete oppgaver i hverdagen. Eldre utgjør hovedmålgruppa for slik rehabilitering. Hjelpen kan ytes av alle som jobber i tjenesten og er ikke avhengig av fysioterapeut eller ergoterapeut. Det er likevel fordelaktig at de er med i planleggingsfasen.. For personene som trenger avansert hjelp for å trene på sine hverdagsaktiviteter, vil rehabilitering i hjemmet likevel som oftest skje som et samarbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmetjenestens personale.. Før vi starter et opplegg med hverdagsrehabilitering, gjøres en grundig kartlegging av personens mestring av daglige gjøremål, deretter må personen sette seg personlige, konkrete mål. All innsats fra hjemmetjenesten skal deretter bestå i å bistå personen med å nå disse målene. Hverdagsrehabilitering betyr at alle ansatte arbeider med en rehabiliterende holdning i den daglige tjenesteytingen Aalt personale skal se på seg selv som rehabiliteringspersonale. Det vil være nødvendig med kompetansebygging i denne arbeidsformen.. Flere yrkesgrupper kan med fordel tas inn i hjemmetjenestene slik at vi sikrer tverrfaglighet i arbeidet. Videre må ledere og kolleger ha respekt for at hverdagsrehabilitering krever ekstra tid, spesielt i oppstarten. Det er på sikt vi ser gevinsten ved at de eldre igjen blir sjølhjulpne og opplever mestring som gir god livskvalitet. Erfaringer fra andre kommuner tilsier at vi med denne arbeidsmetoden får mindre etterspørsel etter hjemmetjenester og institusjonsplasser.

5.4 Boligtilpasning og arealplanlegging/universell utforming

Boligtilpasning står sentralt når det gjelder å tilrettelegge for framtidig omsorg for eldre og andre med nedsatt funksjonsevne. Tilrettelagte boliger vil ha innvirkning både på arbeidsressurser og driftsøkonomi. Det har over lang tid vært arbeidet systematisk med å etablere ordninger som skal sikre universell utforming i all planlegging og utbygging av boliger, nærområder, utearealer, veier- og transportsystemer, både i offentlig og private bygg (St meld nr. 25 (2005-2006)). Den nye Plan- og bygningsloven stiller sammen med Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, strengere krav enn tidligere både til virksomheter, byggverk og uteområder når det gjelder universell utforming og tilgjengelighet for alle.

Forskning viser at boliger med livsløpsstandard uten terskler og kanter er nødvendige, men ikke tilstrekkelige virkemidler for at folk skal kunne fortsette å bo i egen bolig med funksjonstap. Opplevelse av trygghet, tilgjengelige servicefunksjoner, nærhet til tjenesteapparatet og mulighet for å opprettholde sitt sosiale nettverk, er også viktig for et godt hverdagsliv (Wågø and Høyland 2009). Mye kan gjøres med god tilrettelegging og utforming både av boligen og nærmiljøet. Slik sett er det vel og bra å bygge universelt tilpassede boliger i Gjøsvika, men dette vil ha sin begrensning så lenge det er 2 kilometer til nærmeste butikk og andre servicefunksjoner. En må utvide begrepet universell utforming til å omfatte mer enn selve boligen og dens uteareal.

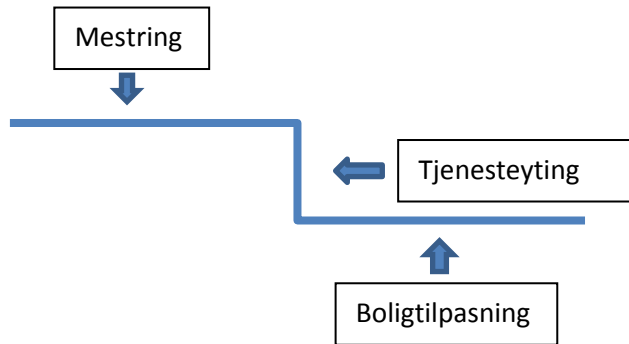
En tendens vi ser i litt større byer, er at bolig og næring planlegges i samme lokaler eller i samme område. Det er en klar trend at voksne veletablerte personer selger sin opprinnelige store bolig og flytter inn i mindre leiligheter som er universelt tilpasset og har butikker og andre servicefunksjoner i nærheten. Dette er en proaktiv holdning til å møte alderdommen. Vi forventer at den samme trenden også kommer i fjellregionen. Røros må derfor tilpasse seg utviklingen og se på muligheter for fortetting av sentrum. Det behøver ikke nødvendigvis være noen motsetning mellom dette og det å bevare Bergstaden med dens verdier. Det er tvert imot heller et utnyttet potensiale fordi fortetting kan være et godt virkemiddel for å opprettholde et aktivt og levende sentrum.

Lokalisering av velferdssenter og ulike botilbud for de som trenger assistanse må i enda større grad enn før planlegges som en del av et helhetlig nærmiljø og inngå som et ledd i en knutepunktutvikling i de ulike lokalsamfunn. Utviklingen av velferdssenter må derfor sees i sammenheng med andre områdeplaner. Dette fordrer at omsorgsfeltet i langt større grad settes på dagsorden som tema for tverrfaglig kommuneplanlegging og arealplanlegging.

For å møte endringen i alders sammensetningen og de utfordringer det medfører når det gjelder økt tjenestebehov, vil et opplagt virkemiddel være å legge til rette for at folk kan bo i sitt eget hus lengre. enn hva som er tilfellet i dag, før de får omsorgsbolig eller institusjonsplass Proaktivt arbeid for tilrettelegging i eget hus i form av en beskjeden investering, vil i de fleste tilfeller gi stor avkastning i forhold til kostnadene vi får ved å tilby omsorgsbolig eller institusjonsplass.

Husbanken og Hjelpemiddelsentralen har tilskuddsordninger for prosjektering av heis og andre innstallasjoner eller tilpasninger i private boliger. Kommunen må ha kjennskap til hvilke tilskuddsordninger som finnes og samtdig ha kompetanse på området i form av ergoterapeut og bygningsingeniør som sammen kan vurdere hva som vil være funksjonelt og bygningsmessig mulig. Arbeidet må skje i samråd med den som eier boligen og som trenger hjelp. Hensikten med arbeidet er å forlenge tiden den hjelpetrengende kan bo i sin private bolig. Å satse på

tilrettelegging av private boliger krever en holdningsendring blant kommunens ansatte, mer en en omfattende omstrukturering.



5.5 Velferdsteknologi i Røros

Beregninger som er gjort ut fra erfaringer fra andre kommuner, viser at det å ta i bruk velferdsteknologi er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det vil være nyttig både for friske og syke i framtida. Ulike velferdsteknologiske løsninger vil øke mulighetene til å mestre dagliglivets gjøremål på egen hånd og bidra til at man kan føle seg trygg i eget hjem. Kroniske sykdommer kan både følges opp og behandles i hjemmet via internettløsninger. Sporingsteknologi kan gi personer med demens frihet til å bevege seg utenfor hjemmet eller sykehjemmet. Internett gir tjenestemottakerne mulighet til å delta i samfunnet, ikke bare gjennom kommunikasjon med helsevesenet, men også med venner og ulike sosiale fora. Forholdene i Norge ligger svært godt til rette for å utvikle og ta i bruk velferdsteknologi. Norge har høy levestandard og en befolkning som er blant de beste i verden til å ta i bruk nye tekniske muligheter.

Ny teknologi på hjelpemiddelfronten vil bidra til å lette tunge arbeidsoppgaver for personalet. Atter andre nye teknologiske løsninger kan gi tryggere oppfølging av brukerne og gjøre det lettere å holde kontakt med pårørende.

Bruk av ulike teknologiske løsninger vil også bidra til å redusere noe av det tidstyveriet som reiser, møter, saksbehandling, rapportering, samhandling, administrasjon og ressursforvaltning utgjør i dag. Det samme gjelder tungvinte løsninger og gammeldags logistikk i institusjoner og omsorgsboliger. De frigjorte ressursene kan settes inn i direkte brukerrettet helse- og omsorgsfaglig arbeid.

Ensomhet, utrygghet, fall og kognitiv svikt er fire av omsorgstjenestenes hovedutfordringer. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, peker derfor på hvor viktig det er med forebygging på disse områdene. Det satses derfor stort på utvikling og implementering av velferdsteknologi som kan være med og løse noen av utfordringene. Vi vet at det ikke vil være mulig å sette inn tilstrekkelig personbistand for å dekke behovene. Det vil heller ikke være ønskelig med dagens kunnskap om teknologi.

Vi kan velge å se dette i relasjon med utviklingen av et teknisk senter med overvåkningsentral. Det er naturlig å knytte all framtidig overvåkende velferdsteknologi opp mot en samlet sentral som har andre overvåkningsfunksjoner. Kostra-analysen viser at døgnbemannet overvåkning er en kostnadsdriver for Røros kommune. Dette er noe vi opprettholder bl.a. på grunn av

brannberedskap. Her kan det være mulig å tenke interkommunale løsninger på overvåking med bakvaktordninger osv. Det handler om å utnytte den døgnbemannede ressursen enda bedre enn hva tilfellet er i dag.

6. Arbeidsgruppas anbefaling

Vi i arbeidsgruppa ønsker å presentere vår anbefaling når det gjelder organisering og drift av helse- og omsorgstjenesten. Det vil vi gjøre med bakgrunn i de statlige føringer som er gitt, hva som kom fram i KOSTRA-analysen og ut fra vår kompetanse og erfaring på området. Etaten trenger å gjøre noen grep som syns være hensiktsmessige ut i fra geografiske forhold, allerede etablerte tjenester, samhandlingspartnere og endret alderssammensetning i befolkningen. Det vil kreve tid og det vil kreve store investeringer for å få gjort de nødvendige grepene slik at vi på best mulige måte kan møte de utfordringene som ligger foran oss. Videre vil vi komme med forslag til nytt bygg, til hvordan vi kan bruke eksisterende bygg og hvordan vi anbefaler å knytte nytt bygg og eksisterende bygget sammen. Arbeidsgruppa trenger konkrete politiske føringer for hva som vil være aktuelt å arbeide videre med.

Fleksibel omsorgstrapp

Arbeidsgruppa mener at det viktigste grunnlaget for en ny og bedre omsorgstjeneste ligger i å kunne tilby tjenester på flere nivå. For å få til det, må etaten bygge opp en mer fleksibel omsorgstrapp, med flere ulike tjenester. Målsettingen med omsorgstrappa er å sikre at vi gir riktig type tjeneste på riktig tidspunkt og med riktig intensitet til rett bruker. Det vil være mulig å bevege seg opp – og ned i trappa etter behov.



Videreutvikling av området på Øverhagaen

Røros kommune har allerede 53 omsorgsboliger med god beliggenhet i nærområdet til Øvehagaen. Selv om 16 leiligheter ligger under samme tak med tilknytning til fellesareal, er ingen av dem godt egnet for personer med behov for 24 timers omsorg.

Røros sykehjem er 30 år gammelt. Denne typen bygg etter intensiv bruk, krever vanligvis full renovering eller utskifting etter 25-30 år. Under Handlingsplan for eldreomsorgen 1997 – 2007 ble det ikke gjort noe med Røros sykehjem. Vårt somatiske sykehjem hører derfor til den halvparten av landets institusjoner som det forventes at det må gjøres noe med nå. (NOU 2011:11). Likevel er det med den kunnskapen vi har i dag, ikke ønskelig å bygge nytt tilsvarende sykehjem.

Arbeidsgruppa ønsker å vri trenden mot at flere bor i egne hjem eller i omsorgsbolig og færre i sykehjem. Noen sykehjems plasser vil vi likevel trenge. Vi ser for oss at de skal være behandlingsplasser mer enn boliger. Her bør vi f.eks kunne tilby behandling av mindre infeksjoner, intensive rehabiliteringsopphold og gi verdige og avanserte behandlingstilbud til personer i livets slutfase.

Vi mener det er riktig å satse på flere omsorgsboliger med fellesareal bergnet på personer som trenger omsorg, pleie eller tilsyn 24 timer i døgnet. I samme bygg bør vi planlegge servicefunksjoner og aktivitetssenter. Behandlingsplasser kan med fordel også ligge i samme bygg. I tillegg til de som bor i området, kan alle kommunens eldre og funksjonshemmede ha mulighet for å komme til aktivitetssenteret for dagrehabilitering, trening og aktivisering, måltider, sosiale tilstelninger, kulturtiltak, underholdning, møtevirksomhet mm. Servicefunksjonene krever personale, men her ser vi for oss et samarbeide med frivillige eller private. Felles måltider, aktiviteter og kultur er viktige forebyggende tiltak i forhold til ensomhet og passivitet. Fysisk stimulering er viktig. Det vil være hensiktsmessig å samle kommunens fysio- og ergoterapiressurser i samme område for best mulig utnyttelse av kapasitet og kompetanse (både privatpraktiserende og fast ansatte).

Ved planlegging av ny behandlingsavdeling, boenheter og servicesenter er det svært viktig med en grundig gjennomgang av alle praktiske funksjoner som er knyttet til drift av institusjon, boliger og dagtilbud slik det er i dag. Et behandlingstilbud må ses i sammenheng med bruk av Intermediæravdelingen i Henrik Grønnsvei, (IMA). En må planlegge tidsmessige og hensiktsmessige med gode løsninger i forhold til lagerplass, renhold, vask og stell av klær, avfallshåndtering, parkering osv. En må sikre god logistikk ved å planlegge for rasjonell drift av alle praktiske funksjoner. Samtidig må en sørge for å ha god kunnskap om hele spekteret av velferdsteknologi slik at en får på plass de mest hensiktsmessige og beste teknologiske løsningene både for beboere og personell. Teknologi som minsker belastningen på personalet og samtidig betyr trygghet for beboere er svært viktige tiltak i framtidens bo- og servicetilbud. Det bør også legges til rette for at frivillige og ulike lag og foreninger kan bidra i selve tjenesteytingen og ta med seg sine aktiviteter inn i fellesskapet slik at dette blir en del av samfunnet forøvrig.

Lover og forskrifter stiller strenge krav til behandling av næringsmidler og avfall. Framtidas bygg må være slik at vareleveranser ikke foregår på samme sted som oppbevaring, levering og henting av avfall og skittentøy.

Vi trenger et kapell der pårørende kan møtes rundt sine døde med verdighet.

For å møte de behov og utfordringer som ligger fram i tid på en god og bærekraftig måte, vil det være nødvendig å gjennomføre et grundig utviklingsprosjekt som definerer hvilken bygningsmasse, med hvilke funksjoner Røros kommune skal ha i 2025. Sintef og Husbanken er positive til å gjennomføre et utviklingsprosjekt i samarbeid med Røros kommune.

7 Bruk av eksisterende bygg

7.1 Omsorgsboligen Øverhagaen 5

Kan i hovedsak bestå som den er. Kjøkkenet bør likevel utbedres slik at en kan ha felles frokost, kveldsmat og middagservering for de som ønsker det. Dette er mer rasjonelt enn matlaging og servering i hver leilighet. Det er også et mye bedre tilbud sosialt sett.

Når en planlegger framtidens bygningsmasse må en imidlertid legge til rette for at beboerne i dagens omsorgsboliger skal kunne komme seg til felles kafe og aktivitetstilbud i nytt aktivitetssenter. Frokost og kveldsmat kan likevel serveres på kjøkkenet i omsorgsboligen om ønskelig.

7.2 Røros sykehjem

Dagens hovedinngang, ekspedisjon og kontorfløy.

Hvordan kontorfløya skal brukes i framtida avhenger av om administrative funksjoner og evt resepsjon legges til et nybygg.

Dagens ekspedisjonen kan bli et fint område for aktivitet. Det kan brukes som et ekstra treningsrom for de som bor i området. Erfaringer viser at et åpent treningsrom lokalisert like ved boareal innbyr til aktivitet på ettermiddager, helger osv. (jmf Øya helsehus). Sitteplasser og en enkel selvbetjeningskafe er også aktuell tilrettelegging.

Dagens personalinngang kan bli inngang til garedeober og personalrom. Vi har et pålegg om å sørge for garderobes og dusjfasiliteter til alle ansatte i omsorgsboligene og hjemmetjenesten. Møterom er også aktuelt. Alternativt kan arealet brukes til omsorgsboliger eller en kan beholde en del kontorer om behov.

1. etg. Røros sykehjem

1. etg bygges om til omsorgsboliger med fellesareal. Hver leilighet består av 1 rom med tekjøkken i skap, direkte inngang til eget bad, evt sovealkove. Mulighet for å få all mat servert i fellesrom. Bygges som to eller tre mindre bofelleskap. Gjerne forbindelse til sokkeletasjen med ny heis midt i bygget. Korridor legges til yttervegg slik at hver leilighet får mer dybde enn dagens rom har. Tegnes av arkitekt.

Sokkeletasjen Røros sykehjem

Dagsenter/ aktivitetsavdeling, frisør, fotpleie, kafe, underholdning, trim, dans etc. Evt kjøkken, eller noe enklere kjøkken kun for baking og enklere matlaging til dagaktivitet, arrangement osv. Ny inngang midt på bygget, heis opp til omsorgsboliger. Tegnes av arkitekt.

Fysioterapi og ergoterapi

Ny og større fysioterapiavdeling med plass for all fysioterapi i Røros kommune (Utekontor i Brekken kan likevel beholdes utenom). Privat og kommunalt fysioterapitilbud samles. Plassbehov må utredes. Ergoterapi legges til samme areal, behov for rom til utprøving av hjelpemidler. Det vil sannsynligvis bli behov for hele arealet hvor det i dag er arbeidsstue,

vaskeri, frisør, lager osv, dvs hele underetasjen på kontorfløya og innerste del av sokkeletasjen inkludert eksisterende arealer. Direkte inngang til aktivitetsavdeling fra dagens inngangsparti.

Vaskeri:

Her kan en se for seg to alternative løsninger:

Alternativ 1

All vask av privat tøy (også sengetøy) for beboere settes bort til privat aktør. Innsamling av tøy i merkede poser på fast ukedag, utlevering i pakker med navn. Det må likevel finnes et enkelt vaskerom med vaskemaskin og tørketrommel til «nødbruk» på kveld og helg.

Vask av tøy fra behandlingsenhet settes bort til privat aktør.

Alternativ 2

Det bygges et nytt, romsligere og bedre utformet vaskeri enn dages løsning i forbindelse med ombygging av eksisterende sykehjem eller i ny bygningsmasse.

Korttidslager og mottak av hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen.

Både korttidslager (lager for kommunale hjelpemidler til korttidsutlån) og Llkale for mottak av hjelpeidler fra Hjelpemiddelsentralen i Sør-Trøndelag kan flyttes til nytt Teknisk senter, Hånesvegen 1. Dagens korttidslager overtas av fysioterapiavdelinga. Det vil likevel være behov for et mellomlager da mange hjelpemidler leveres tilbake fra området Øverhagaen 5. Dette kan gjerne plasseres ved andre rom hvor det oppbevares ting som skal hentes med bil. Må ligge nært en vaktmesterinngang med rampe for direkte innlastning i varebil.

Kapell

Det vil også i framtida være behov for et kapell med kjølerom i Øverhagaen 5. En bør vurdere hvor dette skal ligge med tanke på å skape en verdig ramme for pårørende som kommer dit. Kapellet plasseres slik at det ikke er i nærheten av vareleveranser, avfallssortering, osv slik det er i dag.

Hvis en velger å la vareleveranser, henting av skiitentøy, søppel osv ligge der det er i dag, bør en flytte kapellet til annet sted i bygningsmassen. Innedørs transport til kapellet bør være mulig fra alle avdelinger i bygningsmassen. (Alternativt flytte avfall og skitentøyslager.)

Kjøkken

Kjøkken vurderes, matleveranse fra stor leverandør kan også være aktuelt. Dette må ses i sammenheng med evt nytt aktivitetssenter. Uansett må kafe / aktivitetsavdeling ha muligheter til å bake, lage enkle lunchretter, vafler, og annet som kan serveres på dagtid og kveldstid. Matlaging er en viktig trivselsfaktor.

7.3 Gjøsvika sykehjem

Gjøsvika består som sykehjem for personer med demens sykdom.

5 avdelinger med 6 rom i hvert bofellesskap.(som nå) Sykehjemmet kan muligens omdefineres fra institusjon til 5 bofellesskap som medfører andre betalingsordninger.

Mer aktiv avdeling, spesielt tilrettelagt for demente som vil gå ut på egen hånd, GPS / sporingsteknologi og annen varsling ved behov. Bofellesskap må ha egen inngang med varsling til personalet om noen går ut etc.

7.4 Småhagene Borettslag

Pr i dag 16 kommunale leiligheter og 16 private leiligheter. Borettslag med eget styre og ansatt vaktmester som tar seg av ytre vedlikehold, snø, plen osv. Krav til kjøpere pr i dag: 65 år eller funksjonshemming. Leiligheter med innskudd selges via eiendomsmegler, styret godkjenner nye kjøpere. Kommunen tildeler de kommunale leilighetene.

Forslag: En bør utrede om det er ønskelig at kommunen har tildelingsmyndigheten også på leiligheter med innskudd. Prisen på leilighetene må da indeksreguleres i stedet for at markedsprisen rår. Dette krever enstemmig flertall fra andelseierne. Kommunen bør derfor være sikker på at dette er ønskelig før en starter et arbeid for å oppnå et enstemmig vedtak. Det man kan oppnå er å få mulighet til å tildele leilighetene til de som har aller mest nytte av dem. Pr i dag kjøpes leilighetene også av friske eldre.

Beboerne i Småhagene Borettslag må ha en grei inngang til aktivitetscenteret, frisør, fotpleie osv. Dette kan være fra kjelleretasjen i det nye bygget, heis opp til 1 etg, gå videre derfra til aktivitetsavdeling. Alternativt inngang i tilknytning til vinterhage fra sørsida, eller begge deler.

7.5 Øverhagaen 1 (Tiltak for funksjonshemmede).

Består i stor grad som i dag, men utvides med dagavdeling. For å dekke de yngres brukernes behov bør det gjøres om til boliger med egen inngang. Helsestasjon melder om mange ynkre funksjonshemmede barn. Mange av disse har et tilbud på Rytrøa i Os kommune. I tillegg har oppvekst ansatt personer på skolen, som har et mer ansvar ovenfor denne brukergruppen i skole og barnehage. Disse tjenestene må ses i sammenheng, for å se om vi kunne dekt disse tilbudene ved hjelp av boliger og personellressurser.

7.6 Psykisk helsetjeneste

Har behov for et bofellesskap for personer med psykiske lidelser. Dette må innarbeides i en utbyggingsplan eventuelt i bygg som blir stående ledige.

8 Nybygg

Det bygges et nytt bygg med omsorgsleiligheter, behandlingsavdeling og servicesenter på ledig areal i Øverhagaen 3.

Huset bør inneholde:

Sokkeletasje (kjelleretasje ned mot Øverhagaen 1): Garasjer for kommunale biler for hjemmetjenesten, evt plass til flere biler. Sykkelgarasje. En må også vurdere om flere funksjoner eks lagerrom, vareinntak, rengjøring, varme, teknisk rom etc. kan legges til underetasjen. Heis opp til 1. og 2. etg. (stor)

Arbeidsgruppen viser til punktet 9.1 om å bruke IMA som behandlingsavdeling. Et alternativ til dette, vil være å bygge en kommunal behandlingsavdeling. Et eksempel på dette kan være 10 vanlige pasientrom med kontor / observasjon etc i midten. Medisinrom, lager osv innen kort avstand. Spiserom for de som kan stå opp. Treningsrom. Moderne ordninger mht behandling av avfall i stedet for tradisjonelt skyllerom og oppbevaring av avfall.

Omsorgsleiligheter med fellesareal, fordelt på flere mindre bofellesskap. Hver leilighet består av et stort rom med minikjøkken i skap og eget bad med direkte inngang fra rommet. Plass til egne møbler i tillegg til sykeseng og nattbord. Innebygde klesskap. Fellesareal med spiseplass. Eventuelt nytt areal med kontorer og møterom for personalet. Behandlingsavdeling og omsorgsboliger må ha sine kontorer nært avdelingene og boligene. Beliggenhet vurderes. Inngangsparti med trapp og heis mellom etasjene. Mulighet til å gå inn på nedsida fra Øverhagaen 1 og fra oversida av bygget, evt fra vestsida.

Mellombygg / vinterhage i glass. Det nye bygget med omsorgsleiligheter og behandlingsavdeling koples til det som i dag er Røros sykehjem (framtidig aktivitetsavdeling og boenheter) med et mellombygg med store glassflater, gjerne i 2 etg.

1.etasje av glassbygget fungerer som vinterhage, utgang til felles hage på innsida og sitteplasser på utsida for formiddagssol. Evt innvendig gangbru fra 2. etg i det nye bygget til det gamle sykehjemmet. Lys og luftig plass, fint for eldre på Røros som får lite sol og lys pga lang vinter.

9 Betraktninger om etablerte samarbeidstiltak mm.

9.1 Intermediæravdeling vs egen kommunal behandlingsavdeling

Intermediæravdelingen er et godt tilbud. Det er likevel mange usikkerhetsmoment om kommunene klarer å drifte dette selv fra 2016. Det vil være avhengig av de avtalene om bruk av IMA som gjøres i fjellregionen. Sett at IMA består, så er det uansett noen konsekvenser av at den er organisert som i dag. Hva om St.Olav ikke lenger yter tilskudd eller at de legger ned tilbud? Ved at IMA er lokalisert og organisert som det er i dag, skaper det også mange utfordringer for den kommunale tjenesten. Det faktum at det er en kommunal tjeneste inn i spesialisthelsetjenesten gjør det utfordrende i seg selv. Man får mindre fleksibel bruk av ressursene, da de ikke er kommunale. Ved å samlokalisere behandlingsavdelingen på Øverhagaen med resten av omsorgstjenesten, kan man få mange positive synergieffekter. Dersom man velger å opprettholde IMA, bør man se på om det kan være kommunens tilbud om behandlingsavdeling. Det vil si at man ikke bygger ny institusjon for behandling av pasienter som kommunen har ansvar for. Da bør IMA kunne utvide sitt tilbud noe.

9.2 Kommunal kjøkkendrift vs fortsatt kjøkkendrift på sykehuset

Kommunen har et godt samarbeid med kjøkkenet på Røros sykehus. Grunnen til at det nevnes her er at det er noen usikkerhetsmomenter knyttet til denne driften også. Det vil være en stor utfordring for kommunen om St.Olav skulle legge ned sitt tilbud om kjøkkendrift. Man får samtidig et utvidet og fleksibelt tilbud ved å ha egen kommunal kjøkkendrift i eget bygg. Det stilles imidlertid mange krav til kjøkkendrift. Her bør det derfor gjøres en kost-nytte analyse. Likevel bør kommunen være i forkant å tenke helhetlig, slik vi må gjøre i denne utredningen.

9.3 Bruk av Rytrøa vs. å utvide eget tilbud

Røros kommune har mange funksjonshemmede barn. I dag brukes Rytrøa i Os kommune mye til disse barna. Det kan være hensiktsmessig å se på de ressursene vi har og utvide TFF sitt brukerområde. Da kan TFF samarbeide med helsestasjon og oppvekst om de funksjonshemmede barn som er i kommunen. Man får her synergieffekter av mer samarbeid med helse og oppvekst. Her vil det også være en positiv effekt av samlokalisering.

9.4 Utrede mulighet for å omgjøre Gjøsvika sykehjem til barnehage

Gjøsvika sykehjem er et hensiktsmessig bygg for demente. Likevel kunne det være en fordel å samlokalisere alle omsorgstjenestene på Øverhagaen. Et viktig moment å ta med seg er at medfører to store investeringsprosjekter, (barnehageprosjekt og nytt omsorgsprosjekt på kort tid. Derfor må det sees på de løsninger som kan finnes i de byggene man har.

9.5 Utvidet bruk av LHL helse for kommunens innbyggere

LHL helse driver en omfattende rehabiliteringstjeneste. Det kan være hensiktsmessig å utrede om LHL helse kan stå for kommunens tilbud om intensive rehabiliteringsopplegg for en kortere periode. Ved samtidig bruk av IMA, kunne man da kanskje utsette behovet for å bygge egen behandlingsavdeling.

9.6 Lindrende enhet

Dette punktet må også ses i sammenheng med bruk av IMA. Statistikk fra Helsedirektoratet viser at antall krefttilfeller stadig øker. Vi ser behov for en egen, eventuelt interkommunal enhet for lindrende behandling og pleie.

10. Til slutt

Utredningen handler om en snuoperasjon i omsorgstjenesten, slik at vi i framtida får et riktigere og bedre drifts- og tjenestenivå. Arbeidsgruppa ser klart at det vil være hensiktmessig å bygge omsorgsboliger med fellesareal, samt å samlokalisere tjenester.

Vi står foran en omstilling som krever at vi jobber med en holdningsendring både blant ansatte, ledere, hjelpetrequende, innbyggere og politikere. Det handler om å gjøre de rette veivalg for at tjenesten skal fungere best mulig på sikt. Det handler om å ha brukerfokus, jobbe helhetlig og tverrfaglig, og gjøre grep for å endre den økonomiske utviklingen.

Arbeidet med utredningen har vært spennende, men også utfordrende. Vi ser klart at etater, enheter og tjenester har stor betydning for hverandre. Samarbeid på tvers er svært viktig. Dette er ikke bare enkelt å forholde seg til, da det også berører viktige politiske spørsmål. Likevel har arbeidsgruppa en klar formening om i hvilken retning vi bør gå. Det har vært viktig å belyse hvor de ulike samarbeidsområdene er og hvor utfordringene som de kommunale tjenestene har, er i forhold til allerede etablerte løsninger.

På grunn av alle de forhold det har vært nødvendig å ta hensyn til i denne utredningen, er det særdeles vanskelig å lage kostnadsanalyser på nåværende tidpunkt. Videre arbeid med utredningen avhenger av de innspillene som kommer inn. For å gå videre med prosjektering, må vi legge inn investeringsmidler i budsjettet for 2015. Det vil f.eks være nødvendig med bistand fra både fra arkitekt og fra Husbanken. Det må gjøres grundige kostnadsanalyser for å komme videre med dette arbeidet.

Vedlegg

1. Forslag til fremdriftsplan
2. Kart
3. Skisse

1. Forslag til fremdriftsplan

Logistikkplan, bygging (korte trekk)

1. Hagen i midten rustes opp og tilpasses. (startet juni 2014)
2. Kjøkken i omsorgsboliger tilpasses matsservering i fellesareal. Krever ny komfyr, nytt vifteanlegg og nytt skaffetøy, (kopper, tallerkener, bestikk osv). Betinges også annen spiseplass for personalet i hjemmetjenesten.
3. Kårstuggu kan evt. tas i bruk til eldre psykisk utviklingshemmede, tilrettelagt tilbud. Rommene må males opp, enkel oppussing. Evt bygningsmessig tilpassing. . Fellesrom ok.
4. Aktivitetsavdeling og lokaler for fysioterapi bygges om. (både kommunal og privat virksomhet)
5. Nye omsorgsboliger og evt behandlingsavdeling bygges først. Beboere fra sykehjemmet flytter inn, noen må nok bli igjen i Sokkelen til neste byggetrinn er ferdig. Evt ehandlingsavdeling tas også i bruk.
6. Det gamle sykehjemmet bygges om som planlagt. Omsorgsboligene oppe gjøres ferdig først, da kan beboerne som er igjen på gamle sykehjemsrom flytte inn.
7. Vinterhagen bygges for innvendig passasje.
8. Korttidslager og mottak hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen flytter til Hånesvegen 1 så snart teknisk senter er ferdig.