

# ÅS KOMMUNE

## MØTEINNKALLING

Ås Eldreråd har møte i Lille sal i Ås rådhus

07.05.2012 kl. 15.00

Møtet er åpent for publikum i alle saker med mindre saken er unntatt offentlighet eller møtet lukkes i henhold til lov.  
Saksdokumentene ligger til offentlig gjennomsyn på rådmannskontoret.  
Innkallinger og protokoller legges til gjennomsyn på servicetorget og bibliotekene, og publiseres på [www.as.kommune.no](http://www.as.kommune.no).

### Saksliste:

- **ORIENTERINGSSAK:** Helse- og sosialsjef Marit Roxrud Leinhardt orienterer med utgangspunkt i spørsmål fra eldrerådet.
  
- **DRØFTINGSSAKER:**
  1. Eldredagen 2012
  2. Viktige tiltak/ prioriteringer i 2013 – i forbindelse med handlingsprogram 2013-2016

ER-sak 10/12    12/1020    side 3  
**SAMHANDLINGSREFORMEN I ÅS - STATUS PR. 1. TERTIAL 2012**

ER-sak 11/12    11/2929    side 21  
**ÅS DEMENSSENER - GODKJENNING AV ROMPROGRAM OG KALKYLE**

ER-sak 12/12    12/911    side 59  
**DATASTYRT LEGEMIDDELKABINETT TIL MEDISINROMMET**

ER-sak 13/12    12/413    side 65  
**ARBEIDSPLAN FOR ELDRERÅDET, 2. HALVÅR**

Ås, 02.05.2012  (Sign.) <b>Georg Distad</b> <b>Leder</b>	<b>Eventuelt forfall eller inhabilitet meldes på tlf. 64 96 20 03 eller e-post <a href="mailto:politisk.sekretariat@as.kommune.no">politisk.sekretariat@as.kommune.no</a> v/Rita Stensrud.</b> (Det sendes personlig svar på mottak av e-post. Telefonbeskjed må gis dersom svar ikke er mottatt innen rimelig tid). <b>Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.</b>
--	---

## REFERATSAKER TIL ÅS ELDRERÅD 07.05.2012

1. Melding om vedtak fra hovedutvalg for helse og sosial, sak 11/4132 Strategisk kompetanseplan for helse- og sosialetaten 2012-2015. (ER-sak 3/12).
2. Protokoll fra møte i Akershus eldreråd, 12.03.2012.
3. Sakskart til møte i Akershus eldreråd, 30.04.2012.
4. Informasjonsbrev fra Pensjonistforbundet med tittel: "Oppfølging av innføring av Samhandlingsreformen. Utvikling innen omsorgstjenesten i kommunene", datert april 2012.

**ER-sak 10/12**  
**SAMHANDLINGSREFORMEN I ÅS - STATUS PR. 1. TERTIAL 2012**

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: G00 &20	Saksnr.: 12/1020
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Hovedutvalg for helse og sosial	10/12	10.05.2012
Formannskapet	/	
Kommunestyret	/	
Ås Eldreråd	10/12	07.05.2012
Kommunalt råd for funksjonshemmede	9/12	08.05.2012

**Rådmannens innstilling:**

Saken tas til orientering.

Rådmann i Ås, 02.05.2012

*(Sign.)*

Trine Christensen

**Tidligere politisk behandling:**

- Sak 10/2 Prosjekt – Samhandlingsreformen
- Sak 10/3741 Høring: Forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og forslag om ny folkehelselov
- Sak 11/2282 FREMTIDIG ORGANISERING AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN I ÅS KOMMUNE – Oppfølging av prosjektet "Samhandlingsreformen" og den demografiske utviklingen jfr Kommuneplan 2011 – 2023
- Sak 11/3950 Samhandlingsreformen i Follo
- Sak 11/4139 Avtaler mellom spesialisthelsetjenesten (Ahus) og Ås kommune jfr lov om kommunale helse og omsorgstjenester
- Sak 12/364-1 Notat FOLKEHELSEPROFIL, diskusjonssak.

**Avgjørelsesmyndighet:**

Kommunestyret

**Behandlingsrekkefølge:**

Eldrerådet  
Kommunalt råd for funksjonshemmede  
Hovedutvalg for helse og sosial  
Administrasjonsutvalget  
Formannskapet  
Kommunestyret

**Vedlegg som følger saken trykt:**

Ingen

**Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:**

Samhandlingsreformen, St.melding 47

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Lov om folkehelsearbeid

Ås kommunes folkehelseprofil

Prosjektrapport med mandat for videre arbeid – Samhandlingsreformen i Follo

**Utskrift av saken sendes til:**

Ingen

**SAKSUTREDNING:****Fakta i saken:**

Samhandlingsreformen, med tilhørende lovverk, trådte i kraft 01.01.2012.

Saken gir en kort beskrivelse av reformens hovedinnhold, en status for Ås kommune og for Follo samarbeidet basert på erfaringer og resultater, og belyser det videre arbeidet.

**Om samhandlingsreformen:*****Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen***

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble det skissert tre hovedutfordringer:

- Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
- Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

I meldingen ble det tatt til orde for en klarere pasientrolle. Brukermedvirkning og fokus på helhetlige pasientforløp skulle bidra til dette. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/ egenmestring i størst mulig grad.

Det ble også tatt til orde for ny framtidig kommunerolle slik at det kunne satses sterkere på forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Helhetlig tenkning skal sikre forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Økonomiske insentiver skulle understøtte dette.

I stortingsmeldingen omtales ulike former for lokalmedisinske sentra. Disse skal bidra til å sikre behandling, observasjon, etterbehandling og rehabilitering før, i stedet for og etter sykehus.

## **Helse- og omsorgstjenesteloven**

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven har erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Flere oppgaver er lagt til kommunene. Innsatsen for å forebygge og begrense sykdom økes. Loven definerer følgende plikter:

### **A) Samarbeidsavtaler**

Kommunene har plikt til å inngå samarbeidsavtaler med helseforetaket. Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus klargjøres i avtalene. Plikten innebærer en overordnet avtale og særavtaler på mange forskjellige tjenesteområder.

### **B) Kommunen må betale for behandling av egne innbyggere på sykehus**

Det er innført plikt til kommunal medfinansiering av sykehusbehandling (20 %) fra 1.1.2012, det vil si innleggelser, poliklinisk utredning og behandling. Det skal ikke betales for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med bestemte kostbare legemidler. Det skal (foreløpig) ikke gjelde innenfor psykisk helsevern, rusbehandling, opphold i private opptreningsinstitusjoner eller privatpraktiserende avtalespesialister. Det er satt et tak på ca. 30 000 kroner for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Det er overført om lag 5 mrd. kr til kommunene som frie midler fra 2012 for å innføre denne kommunale medfinansiering.

Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret av kommunal medfinansiering er et nasjonalt ansvar, og tar utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet er ansvarlig for alle beregninger som gjelder den enkelte kommune, utarbeidelse av prognoser, kontrollrutiner m.v. Det er lagt opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll. Kommunen betaler etter regning til det regionale helseforetaket. Betalingsgrunnlaget for den enkelte kommune fastsettes av Helsedirektoratet.

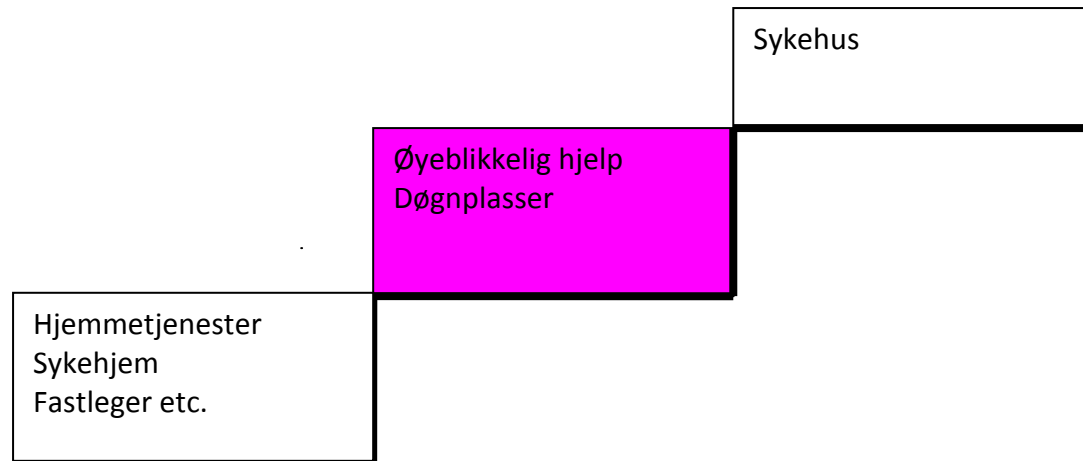
### **C) Kommunen må betale for utskrivningsklare pasienter**

En pasient er utskrivningsklar fra sykehus når videre behandling og oppfølging av pasienten ikke lenger forutsetter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har imidlertid ofte behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning. Noen av disse blir liggende på sykehus i påvente av kommunalt tilbud.

Kommunene har nå betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra sykehus fra første dag. Dette gjelder somatikk, det vil si at utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern, rusbehandling og private opptreningsinstitusjoner ikke er inkludert. Betalingsssats er 4 000 kr per døgn.

### **D) Øyeblikkelig hjelp som døgntilbud**

Fra 2016 får kommunene plikt til øyeblikkelig hjelpfunksjon som innebærer døgntilbud. Dette skal sikre pasientene trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er i dag en strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.



Pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette reduserer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (Prop.91 L (2010-2011)).

Det vil i første omgang være aktuelt at plikten omfatter somatikk, men at det etter hvert vurderes i hvilken grad også psykisk helse og rus skal omfattes.

Plikten til å tilby døgnopphold fullfinansieres, og kommunene mottar midlene etter søknad (automatikk) fra tilbudet igangsettes, senest innen 2016. En akutt plass er fastsatt til 4300,- pr døgn.

En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser.

### **Folkehelseloven**

Den nye folkehelseloven gir kommunen et tydeligere ansvar for folkehelsearbeid. Ansvaret legges til kommunen framfor kommunens helsetjeneste. Det er også et ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.

### **Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015**

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Innsatsområdene er helhet og sammenheng for pasienter og brukere, folkehelse, framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste som gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, framtidens spesialisthelsetjeneste som enten desentraliseres eller spesialiseres ytterligere.

### **Vurdering av saken:**

I forkant av nye lovverket ble det gjennomført et utstrakt informasjons-, opplærings- og tilpassingsarbeid i kommunen.

**A) Status avtalearbeidet:**

I den overordnede samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene og Ahus, vedtatt i kommunestyret 01.02.2012 i K-sak 3/12 (11/4139), samt under henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, skal det videre innenfor følgende områder utarbeides og inngås avtaler mellom partene:

1. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 2).
  - Her er avtalekravet allerede delvis ivaretatt i den inngåtte avtale "Samarbeidsavtale om helhetlig pasientforløp".
2. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 6).
3. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 7).
4. Samarbeid om jordmortjenester (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 8).
5. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 9).
6. Samarbeid om forebygging (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 10).
7. Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11).
8. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 4)
9. Avklare gråsoner mht. hvilke helse- og omsorgsoppgaver partene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 1)

Dette avtalearbeidet pågår i disse dager, og skal ferdigstilles innen første halvår 2012. Follo har representanter i alle gruppene på lik linje med øvre- og nedre Romerike, 3 av bydelene i Oslo og Ahus. Avtalearbeidet er ressurskrevende.

**B) Status kommunal medfinansiering av somatiske sykehustjenester:**

Ås kommune betaler et månedlig A-konto beløp fastsatt av helsedirektoratet. Utdrag av brev nedenfor belyser "ordningen":

### **Kommunal medfinansiering – A konto-basert oppgjør 2012**

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten trer i kraft 1.1.2012. Denne finansieringsordningen er hjemlet i lov 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-3. Ordningen reguleres nærmere i egen forskrift som trer i kraft 1.1.2012.

Opgjør mellom den enkelte kommune og de respektive regionale helseforetak (RHF) skal finne sted basert på månedlige a konto-betalinger. Data fra andre tertial 2011 er lagt til grunn for a konto-beløpenes størrelse. Det tas forbehold om Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2012. Differanse mellom a konto-innbetalingene og beregnet faktisk forbruk avregnes i 2013. Dette brevet berører ikke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.

#### **Helsedirektoratets rolle**

Helsedirektoratet har ansvar for forvaltning av ordningen Kommunal medfinansiering, herunder for alle beregninger av medfinansierings størrelse basert på data rapportert til Norsk pasientregister. Direktoratet har også et overordnet ansvar for administrasjon av oppgjørsordningen, og skal utarbeide grunnlaget for det økonomiske oppgjøret mellom kommuner og RHF.

#### **Spesifikke opplysninger for Ås kommune**

Månedlig a konto-beløp 2012:	1 142 716 kroner
Betalingstidspunkt:	10.1.2012, og deretter den 10. hver måned.
Sum a konto-beløp hele 2012:	13 712 589 kroner

Det har nå kommet nye "funksjoner" i KOSTRA, som gir kommunen et sammenlikningsgrunnlag, i forhold til de nye oppgavene. Disse funksjonene er:

1. 255 – medfinansiering, somatiske tjenester
2. 256 – akutthjelp, helse- og omsorgstjeneste

#### **C) Status utskrivningsklare pasienter – Ås kommune:**

Utskrivning og kommunikasjon / samhandling mellom sykehusene og kommunene styres av pasientforløpsavtalen.

A-skjema: Når en Ås innbygger blir innlagt i sykehus, og sykehuset vurderer at denne pasienten sannsynlig vil trenge hjelp av kommunehelsetjenesten ved utskrivning, sendes et A-skjema.

B-skjema: Når pasienten er utskrivningsklar innen 24 timer, og sykehuset vurderer at pasienten vil trenge kommunale helse og omsorgstjenester, sendes B-skjema.

E-skjema: Endringsmelding fra sykehus.

(LTO: langtidsopphold i sykehjem, KTO: Korttidsopphold)



### Måneds statistikk - Ås januar 2012

Antall A meldte:	34
Antall B meldte:	26
Antall E meldte:	6
Antall utskrevet hjem:	20
Antall utskrevet LTO:	0
Antall utskrevet andre KTO:	12
Antall mors:	1
*Antall inneliggende pr siste:	1
<b>Antall overliggerdøgn:</b>	<b>10</b>
<b>SUM:</b>	<b>40000</b>
Merknader:	

### Måneds statistikk februar - Ås 2012

Meldte overført fra forrige mnd:	1
Antall A meldte:	39
Antall B meldte:	26
Antall E-meldte:	14
Antall utskrevet hjem:	18
Antall utskrevet LTO:	0
Antall utskrevet andre KTO:	15
Antall mors:	3
*Antall inneliggende pr siste:	13
<b>Antall overliggerdøgn:</b>	<b>0</b>
<b>SUM:</b>	<b>0</b>
Merknader:	

### Måneds statistikk - Ås mars 2012

Meldte overført fra forrige mnd:	2
Antall A meldte denne mnd:	28
Antall B meldte denne mnd:	19
Antall E skjema denne mnd:	13
Antall utskrevet hjem:	9
Antall utskrevet LTO:	0
Antall utskrevet andre KTO:	9
Antall mors:	3
*Antall inneliggende pr siste:	7
<b>Antall overliggerdøgn:</b>	<b>0</b>
<b>SUM:</b>	<b>0</b>
Merknader:	

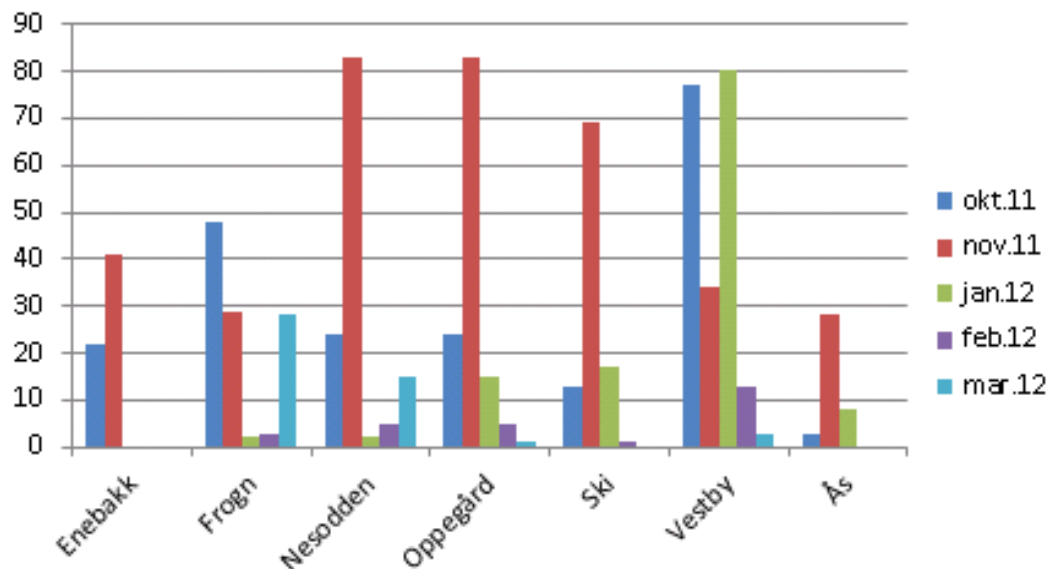
Ås kommune har så langt klart "å ta hjem" utskrivningsklare pasienter. Årsaken til dette er:

1. Kommunen selger ingen sykehjemsplasser, men benytter alle plassene selv.
2. Kommunen har et "overbelegg" på sykehjemmet med 8 pasienter. (6 dobbeltrom og 2 ombygde pårønderom)
3. Kommunen har endret omløpshastigheten på rommene, slik at pasienter flytter ut og inn samme dag.
4. Helsepersonellet strekker seg langt i alle ledd i kjeden, for å få dette til.

Det er ingen tvil om at samhandlingsreformen har ført til økt belastning på kommunens helse og omsorgstjenester, som forvaltningsenhet (bestillerkontor), kommunens sykehjem, kommunens hjemmesykepleie og ergoterapi- og fysioterapitjenestene. Kommunen erfarte en rask endring etter 01.01.2012 hvor pasientene kommer raskere ut av sykehus, og tilstanden / behandlingsbehovene er større og mer kompleks enn tidligere. Det fører til behov for økte ressurser både i form av (spesial)kompetanse og antall helsepersonell.

Overliggerdøgn i Follokommunene: (Ingen søyle = 0)

## Liggedøgn etter utskrivningsklar:



### D) Status – øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen 2016

Prosjektet Samhandlingsreformen i Follo ble nedsatt høsten 2009 av Ordførermøtet i Follo. Prosjektet jobber med forslag til hvordan Follo-kommunene skal møte utfordringene som samhandlingsreformen introduserer (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

På bakgrunn av vedtak i Stortinget om nytt lovverk, ble en konkretisert prosjektplan lagt fram for ordførermøtet 22. juni 2011. I denne prosjektplanen ble prosjektet avgrenset til primært å se på nye oppgaver i helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til nye finansieringsordninger.

Prosjektet Samhandlingsreformen i Follo ble høsten 2011 videreført og utreder etablering av lokalmedisinsk senter i Follo, for å løse kompetansekrevende helse- og omsorgsoppgaver. Dette vil si oppgaver som den enkelte kommune vil ha nytte av å løse sammen med andre kommuner, da særlig knyttet til kompetanse, rekruttering og robusthet.

Prosjektet utreder nå de ulike delene i lokalmedisinsk senter. Utredningen er inndelt i delprosjekter:

Delprosjekt nummer	Delprosjekttittel	Hva skal utredes
1	Administrasjons- og systemarbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisering</li> <li>• Økonomi</li> <li>• Samarbeidsavtaler</li> <li>• Følgforskning og evaluering</li> </ul>
2	IKT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre informasjonsutveksling</li> <li>• Telemedisin</li> </ul>
3	Tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasjon</li> <li>• Øyeblikkelig hjelp døgntilbud</li> <li>• Etterbehandling</li> <li>• Ambulante tjenester</li> <li>• Desentraliserte spesialisthelsetjenester</li> </ul>
4	Frisklivssatsing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Friskliv Follo</li> <li>• Frisklivsklinikk</li> </ul>
5	Mobile laboratorium- og røntgentjenester	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Røntgen</li> <li>• Laboratorium</li> <li>• EKG</li> <li>• Intravenøs behandling</li> <li>• ansvarsfordeling</li> </ul>

Ås kommune har med ansatte i alle delprosjektene, og arbeidet er ressurskrevende.

Prosjektet planlegger å fremme ny sak til Follokommunenes kommunestyre høsten 2012.

### Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Ås kommunes "grep" ifbm reformen:

1. Ås kommune besluttet å benytte 10 % (ca 1,7 mill) av de såkalte frie samhandlingsmidlene til å iverksette nye tiltak / ressurser for å møte reformen. I tillegg tilkommer nye ressurser til formålet basert på søknad om prosjektmidler til ulike samhandlingstiltak.

Det er under etablering / er igangsatt:

- Innsatsteam: Sykepleier og ergoterapeut som skal bidra til gode overganger mellom sykehus og sykehjem / hjemmet, og mellom sykehjem og hjemmet. Teamet iverksetter rehabilitering i hjemmet som prosjekt. (Høy innsats over kortere periode) Teamet må også bestå av fysioterapeut, og dette søkes innpasset i budsjett 2013.
- Styrket legetjenester i kommunehelsetjenesten: Sykehjemslege ved Moer sykehjem (100 %) og i demensomsorgen (40 %) er utlyst. Det er også kommuneoverlege (60 %). Kommuneoverlege må være 100 %. Legetjenesten ved forebyggende helse (helsestasjon, skolehelsetjenesten og studenthelsetjenesten) bør også utlyses og dermed økes fra 63 % til 100 %. Dette også som et grep mot fastlegene, ifht revidert fastlegeforskrift. Dette søkes budsjettregulert i 1 tertial 2012, sett i sammenheng med økte inntekter. (Annen sak)
- Omorganisering av pleie og omsorgstjenesten: Enhet for Moer sykehjem – og enhet for folkehelse og frivillighet er etablert og lederstillingene besatt. Det gjenstår etablering av enhet for hjemmetjenester og enhet for demensomsorgen. Dette søkes budsjettregulert i 1. tertial, sett i sammenheng med økte inntekter.
- Det er utlyst stilling som daglig leder for frisklivssentral. Dette er et ledd i forebyggende folkehelsearbeid. Stillingen er i 2012 finansiert av tilskuddsmidler etter søknad og søkes innpasset i budsjettet i 2013.

#### *Kommunal medfinansiering:*

Ås kommune betaler et månedlig A-konto beløp fastsatt av helsedirektoratet pålydende 1 142 716,- pr mnd. Helsedirektoratet fører oppdaterte lister for faktiske kostnader slik at kommunen kan følge med på utviklingen. Kostnadene avregnes ved årets slutt, og kommunen får eventuelt en tilleggsregning eller en tilbakebetaling, alt etter om en har betalt for mye eller for lite i forhold til forbruk av helsetjenester. I og med at det er stor usikkerhet rundt det endelige resultatet her søkes andelen for kommunal medfinansiering økt i forbindelse med 1. tertialregulering, sett i sammenheng med økte inntekter.

Eksempel for liste for Ås kommune, pr sykehus og pr diagnose:

0214 Ås	Hansens Martina Hospital AS	42 687	81
	Diakonhjemmet sykehus A/S	13 549	23
	Oslo universitetssykehus HF	584 529	1 141
	Lovisenberg diakonale sykehus A/S	8 383	39
	Vestre Viken HF	21 000	28
	Akershus universitetssykehus HF	1 724 265	1 463
	Sum øvrige	24 362	52
	Sykehuset Innlandet HF	4 677	9
	Sunnaas sykehus HF	33 364	5
	Sykehuset Østfold HF	14 581	59
	Sykehuset Telemark HF	2 957	8
<b>Totalt 0214 Ås</b>	<b>2 474 354</b>	<b>2 908</b>	

0214 Ås	82 Svulster i åndedrettssystemet	90 991	7
	89 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	113 481	10
	127 Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	97 181	9
	139 Hjerterytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	19 532	6
	143 Brystsmerter	18 294	7
	183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	25 371	8
	410A Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	81 859	53
	410B Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	55 655	21
	462B Rehabilitering, vanlig	40 654	26
	465 Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	106 129	7
	520 Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	15 345	8
	7010 Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	2 354	14
	7100 Koloskopi	18 707	34
	7110 Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal	17 286	39
	7180 Endoskopi av nedre urinveier	3 867	22
	801U Nevropsykologisk undersøkelse	3 370	7
	802P Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak	29 620	99
	803W Sammensatte diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer	1 330	6
	805R Diagnostisk prøve av perifer sirkulasjon	2 942	11
	805S Fysiologisk herteundersøkelse	26 983	107
	808S Påsetting av prefabrikert ortose	2 079	8
	808V Poliklinisk leddpunksjon	3 057	10
	808W Lukket reposisjon av brudd og luksasjon eller leddmobilisering	2 461	7
	808Y Ortopedisk bandasjering	8 666	42
	809J Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	1 605	10
	809S Basal sårbehandling	4 975	21
	809T Mindre hudprosedyre	1 421	6
	811R Polikliniske urologiske tiltak, hovedsakelig diagnostiske	3 767	17
	811S Mindre prosedyre på nedre urinveier	1 467	6
	813R Assistert befruktning	8 299	8
	814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	3 645	9
	8770 Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer	4 073	13
	901A Poliklinisk konsultasjon vedrørende hodepine	4 287	11
	901B Poliklinisk konsultasjon vedrørende epilepsi og andre krampetilstander	7 863	21
	901C Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver	8 597	25
	901D Poliklinisk konsultasjon vedr MS, degenerative og visse andre nevr lidelser	7 840	18
	901E Annen poliklinisk konsultasjon vedr smertorelaterte tilstander	10 592	33
	901O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	28 366	64
	902O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre øyesykdommer	23 965	112
	903A Poliklinisk konsultasjon vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen	3 821	20
	903B Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer og skader i kjeve, tenner eller munnhule	2 063	9
	903C Poliklinisk konsultasjon vedr søvnapne	3 920	19
	903O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i øre-nese-hals	9 292	38
	904A Poliklinisk konsultasjon vedr astma og bronkitt	1 926	6
	904B Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS	4 791	11
	904C Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i lunger, bronkier eller mediastinum	8 505	21
	904D Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier	2 690	8
	904O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/ lunge	7 642	20
	905A Pol konsultasjon vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser	2 262	8
	905C Pol konsultasjon vedr angina pectoris og iskemisk hjertesykdom, unntatt AMI	1 796	5
	905E Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	2 476	12
	905O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	9 170	30
	906A Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	8 085	23
	906B Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	8 620	24
	906C Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	4 241	15
	906O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	16 109	62

905E Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	2 476	12
905O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	9 170	30
906A Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	8 085	23
906B Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	8 620	24
906C Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	4 241	15
906O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	16 109	62
907A Poliklinisk konsultasjon vedr hepatitt og andre ikke-maligne leverlidelser	8 345	21
907O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i lever og galleveier	5 135	16
908A Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	20 014	97
908B Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	6 327	36
908C Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom	4 012	21
908D Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer	3 531	14
908E Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt, myositt og bursitt	4 501	31
908F Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	10 393	34
908O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	10 653	82
908R Ortopedisk diagnostisk ultralyd	2 858	17
909A Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	4 539	18
909C Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulster i hud og underhud	2 354	11
909O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i hud og underhud	3 974	20
910A Poliklinisk konsultasjon vedrørende diabetes mellitus	16 812	44
910B Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i skjoldbruskkjertelen	4 891	20
910C Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt	5 456	17
910O Poliklinisk konsultasjon vedr andre endokrine/ernærings-/ stoffskiftesykdommer	11 493	32
911A Poliklinisk konsultasjon vedrørende nyresvikt	4 203	11
911B Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulst i urinveiene	2 942	11
911C Poliklinisk konsultasjon vedr oppfølging av nyretransplanterte	2 682	9
911O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nyre og urinveier	7 260	38
912A Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i mannlige kjønnsorgan	7 825	32
912O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i mannlige kjønnsorganer	2 858	17
913A Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i kvinnelige kjønnsorganer	1 376	10
913B Poliklinisk konsultasjon vedrørende infertilitet	7 069	37
913O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	6 603	50
914O Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid	6 098	38
914P Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	12 471	96
914Q Fosterdiagnostiske undersøkelser	2 934	12
916O Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer ved bloddannelse eller i immunsystemet	2 934	8
917A Pol kons vedr lymfom, leukemi, myelomatose og visse andre benmargssykdommer	17 599	47
918O Behandling av infeksjons- og parasittsykdommer uten signifikant prosedyre	14 412	41
919O Behandling av mental tilstand uten signifikant prosedyre	3 156	7
921O Poliklinisk konsultasjon vedr skader/ forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	2 598	10
923O Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten	12 342	95
930A Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i bryst	11 325	39
997O Tverrfaglig utredning	9 262	12
998O Grupperettet pasientopplæring	474	11
DD01 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 01	5 563	8
DD08 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 08	9 201	14
DD23 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 23	23 002	25
Sum øvrige	1 167 491	426

Follokommunene planlegger sammen et arbeid hvor man problematiserer diagnosene kommunene må betale for kontra hva kommunen har mulighet til å

forebygge, basert på forskningsbaserte resultater. Follokommunen har også utfordret KS på dette området.

*Forebygging / folkehelse:*

Med både lov om folkehelsearbeid og helse og omsorgstjenesteloven har kommunen fått utvidet ansvar og plikt til å planlegge, gjennomføre og evaluere det forebyggende folkehelsearbeid. Arbeidet skal overordnet gjennomføres fra/gjennom planstrategien. Kommunene har ikke mottatt friske midler for å i møte komme disse kravene. Det fordrer derfor at kommunene prioriterer / omprioriterer slik at arbeidet utføres. Det er en utfordring.

Arbeidet må innpasses over tid, sett i sammenheng med de faktiske helseutfordringene i Ås kommune.

*Andre erfaringer, som kan gi økonomiske konsekvenser:*

Det er ingen tvil om at kommunen presses ytterligere i forhold til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Dette krever tilstrekkelig kapasitet i form av sykehjems plasser og personell med tilstrekkelig kompetanse i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Ås kommune har strukket seg langt for å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Dessverre viser dette seg også på kommunenes korttids- og rehabiliteringsavdeling hvor det er et økt sykefravær, hvor sykefraværet er pga jobben og stress, samt at avdelingen skårer meget dårlig på årets medarbeiderundersøkelse på områdene som omhandler "tiden du har til å gjøre jobben din" etc (dårligst i landet).

På bakgrunn av dette er det gjennomført et vurderingsarbeid (med en rapport) hvor ledelsen, de ansatte via tillitsvalgte, verneombud og friskvernombud har anbefalt hva som må til for å bedre situasjonen. Rapporten konkluderer med å øke sykepleiergrunnbemanningen på denne avdelingen. Dette vil belyses og søkes innpasset i 1. tertialregulering, sett i sammenheng med økte inntekter.

**Konklusjon med begrunnelse:**

Samhandlingsreformen er omfattende og innpasses over flere år. Reformen er en utfordring for kommunene, også sett i sammenheng med den demografiske utviklingen.

Kommunen har kommet godt i gang med reformen, men erfarer at ressursene presses til det ytterste, og negative "symptomer" observeres.

Saken anbefales tatt til orientering.

**Kan vedtaket påklages?**

Nei

**Ikrafttredelse av vedtaket:**

Umiddelbart

**Lovhjemler:**

1. Lov av 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) med sentrale forskrifter:

- [2011.12.16 nr 1253](#): (HOD) Delegering av Kongens myndighet på Helse- og omsorgsdepartementets område til Helse- og omsorgsdepartementet for å gjøre tekniske og begrepsmessige forskriftsendringer som er nødvendig som følge av ikraftsetting av helse- og omsorgstjenesteloven

#### § 2-1

- [2011.12.16 nr 1393](#): (HOD) Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

#### § 3-2

- [2011.12.16 nr 1254](#): (HOD) Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- [2011.12.16 nr 1392](#): (HOD) Forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter

#### § 7-1

- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

#### § 7-2

- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

#### § 7-3

- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

#### § 8-1

- [2009.09.09 nr 1175](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut

#### § 11-1

- [2011.12.16 nr 1348](#): (HOD) Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

#### § 11-2

- [2011.12.16 nr 1349](#): (HOD) Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

#### § 11-3

- [2011.11.18 nr 1115](#): (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter



**§ 11-4**

- [2011.11.18 nr 1115](#): (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

**§ 13-1**

- [2011.12.16 nr 1252](#): (HOD) Delvis ikraftsetting av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

**§ 13-2**

- [1975.04.11 nr 0004](#): (HOD) Forskrifter om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende.
- [1983.11.23 nr 1779](#): (HOD) Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- [1984.03.30 nr 0820](#): (HOD) Forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste.
- [1988.11.14 nr 0932](#): (HOD) Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- [1988.12.11 nr 1018](#): (HOD) Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.
- [1992.10.02 nr 0690](#): (BLD) Delegering av myndighet etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- [1992.12.04 nr 0915](#): (HOD) Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.
- [2000.04.14 nr 0328](#): (HOD) Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- [2000.12.20 nr 1556](#): (HOD) Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
- [2000.12.21 nr 1385](#): (HOD) Forskrift om pasientjournal
- [2001.12.20 nr 1549](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege
- [2001.12.21 nr 1478](#): (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet.
- [2001.12.21 nr 1479](#): (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet etter lov om helsetjenesten i kommunene § 2-3 tredje og femte ledd og etter lov om anke til Trygderetten § 4 annet ledd

- [2002.12.20 nr 1731](#): (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- [2003.04.03 nr 0450](#): (HOD) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- [2003.06.27 nr 0792](#): (HOD) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- [2003.12.19 nr 1728](#): (HOD) Forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.
- [2004.02.17 nr 0408](#): (HOD) Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt.
- [2005.03.18 nr 0252](#): (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- [2005.06.17 nr 0610](#): (HOD) Forskrift om smittevern i helsetjenesten
- [2005.12.19 nr 1653](#): (HOD) Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
- [2005.12.21 nr 1613](#): (BLD) Forskrift om overgangsbestemmelser til lov 17. juni 2005 nr. 65 om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) m.v.
- [2006.06.30 nr 0731](#): (AD) Forskrift om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.
- [2007.11.30 nr 1349](#): (BLD) Forskrift om overgangsbestemmelser til lov 1. desember 2006 nr. 65 om endringer i barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.)
- [2008.04.03 nr 0320](#): (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- [2009.09.09 nr 1175](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut
- [2009.10.02 nr 1229](#): (HOD) Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram
- [2010.03.18 nr 0425](#): (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet
- [2010.11.12 nr 1426](#): (HOD) Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- [2010.11.22 nr 1466](#): (HOD) Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

## 2. Lov av 24. juni 2011 nr 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

**§ 2**

- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern
- [2010.02.12 nr 0158](#): (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

**§ 8**

- [1995.12.01 nr 0928](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
- [1996.06.13 nr 0592](#): (HOD) Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.
- [1998.05.06 nr 0581](#): (HOD) Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.
- [2000.12.21 nr 1406](#): (HOD) Forskrift om skadedyrbekjempelse
- [2001.12.04 nr 1372](#): (HOD) Forskrift om vannforsyning og drikkevann (Drikkevannsforskriften)
- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern
- [2010.02.12 nr 0158](#): (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

**§ 10**

- [1995.12.01 nr 0928](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
- [1996.06.13 nr 0592](#): (HOD) Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.
- [1998.05.06 nr 0581](#): (HOD) Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.
- [2000.12.21 nr 1406](#): (HOD) Forskrift om skadedyrbekjempelse
- [2001.12.04 nr 1372](#): (HOD) Forskrift om vannforsyning og drikkevann (Drikkevannsforskriften)
- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern

**§ 15**

- [1988.10.10 nr 0836](#): (HOD) Forskrift om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om folkehelsearbeid

**§ 26**

- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern

**§ 33**

- [1956.07.27 nr 0002](#): (HOD) Forskrift for hygieniske forhold ombord i fartøyer
- [1975.04.11 nr 0004](#): (HOD) Forskrifter om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende.
- [2004.04.01 nr 0623](#): (HOD) Forskrift om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen.

**§ 34**

- [2003.07.04 nr 0951](#): (LMD) Forskrift om gjødselvarer mv. av organisk opphav.
- [2005.10.11 nr 1196](#): (MD) Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- [2010.04.29 nr 0612](#): (AD) Forskrift om tekniske og operasjonelle forhold på landanlegg i petroleumsvirksomheten med mer (teknisk og operasjonell forskrift)

**ER-sak 11/12**  
**ÅS DEMENSSENTER**  
**- GODKJENNING AV ROMPROGRAM OG KALKYLE**

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: 614 &40	Saksnr.: 11/2929
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Hovedutvalg for helse og sosial	24/11	09.11.2011
Hovedutvalg for helse og sosial	9/12	10.05.2012
Plankomiteén	/	
Formannskapet	/	
Kommunestyret	/	
Ås Eldreråd	11/12	07.05.2012

**Rådmannens innstilling:**

1. Utbygging og etablering av Ås demenssenter, med til sammen 15 sykehjemsplasser (12 skjermede – og 3 forsterkede plasser), og 12 dagsenterplasser for personer med demens vedtas.
2. Denne byggingen frigjør en 6 roms avdeling ved Moer sykehjem, som videreutvikles spesifikt ifht samhandlingsreformen.
3. Ås kommune søker husbanktilskudd for bygging av 15 sykehjemsplasser og 12 dagsenterplasser, estimert 13,7 millioner i tilskudd.
4. Ås kommune søker driftstilskudd for nye demens-dagsenterplasser, på totalt 780.000,- pr år for 12 plasser.
5. Foreliggende romprogram vedtas.
6. Foreliggende kostnads kalkyle fremlagt med tillegg av reserver, marginer og generelle kostnader vedtas.

Ås, 25.04.2012

(Sign.)

Trine Christensen

**Tidligere politisk behandling:**

- Kommunestyrets vedtak i møte 15.12.2010 ad "HANDLINGSPROGRAM OG ØKONOMIPLAN FOR 2011 – 2014 hvor avsetningen for prosjektet utgjør 10 mill kr. for år 2011 og 23 mill kr. for 2012, samlet = 33 mill kr.
- Kommunestyrets vedtak i møte 14.10.2011 ad "HANDLINGSPROGRAM OG ØKONOMIPLAN FOR 2012 – 2015 hvor avsetningen for prosjektet utgjør ytterligere 30 mill kr.

**Avgjørelsesmyndighet:**

- Plankomiteen hva gjelder innstillingens punkt 4 og 5.
- Kommunestyret hva gjelder innstillingens punkt 1, 2 og 3.

**Behandlingsrekkefølge:**

1. Ås eldreråd
2. Helse- og sosialutvalget.
3. Plankomiteen.

4. Formannskapet.
5. Kommunestyret.

**Vedlegg som følger saken trykt:**

1. Romprogram utarbeidet i samråd med brukerne.
2. Kostnadskalkyle utredet ved hjelp av HolteProsjekt Budsjett.
3. Kart over området som kan/skal bebygges.
4. Kart med eksempel på bygg av denne størrelse knyttet til de to eksisterende bygg med korridorer.

**Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:**

Ingen

**Utskrift av saken sendes til:**

Helse- og sosialutvalgets faste medlemmer samt eventuelt innkalte varamedlemmer, ordfører, rådmann og gruppeledere.

**SAKSUTREDNING:****Fakta i saken:**

Saken omhandler utbygging av demenssenter, med innhold, funksjoner og begrunnelser for økt areal.

**Hva er demens:**

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som er forårsaket av ulike organiske sykdommer, og kjennetegnes ved kognitiv svikt i form av hukommelsesproblemer. Det viktigste symptomet eller kjennetegnet på demens er nedsatt hukommelse. Demens medfører også til svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer som rammes av demens får vansker med å utløse innlærte ferdigheter eller mestre hverdagssysler. En del utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft, hemningsløshet, aggressivitet, og mangel på empati. Andre symptomer kan være angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig adferd.

Demens er en progredierende sykdom. Den som rammes vil fungere dårligere og dårligere, og tilslutt å bli helt avhengig av hjelp. Personer med demens har ofte et svært sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder.

Dette innebærer store utfordringer for omsorgstjenesten i kommunen med å planlegge, dimensjonere og tilrettelegge for en helhetlig og sammenhengende omsorgskjede.

I dag finnes det om lag 66 000 personer med demens i Norge. Forekomsten er stigende med økende alder. I aldersgruppen 69 år er forekomsten 0,9 %, stigende til 17,6 % i aldersgruppen 80 – 84 år, og fra 90 år og oppover har 40 % utviklet en demenssykdom. Fra rundt 2020 må vi regne med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år, mens gruppen 90 år og eldre vil vokse kraftig allerede de nærmeste årene. Utviklingen tilsier at antall personer med demens vil være fordoblet til om lag 135 000 innen 2040.

### **Omsorgstilbud til personer med demens:**

Temaplan for helse og omsorg 2009 – 2015 (kommunestyret 25.11.2009) er utarbeidet på bakgrunn av Demensplanen 2015 (delplan til Omsorgsplan 2015, en oppfølging av St.meld. 25) og som i stor grad påvirker kommunene og deres tjenestetilbud:

- Alt som bygges med midler fra nytt investeringstilskudd, skal bygges på en ny måte under overskriften “smått er godt”. 80 % av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse, og det nye investeringstilskuddet skal sikre at framtidens sykehjem og omsorgsboliger er bygd for personer med demens.
- Dagaktivitetstilbud: Det er bare 4 % av hjemmeboende med demens som i dag har et dagtilbud. I 2015 er det et mål at alle kommuner skal kunne tilby et tilrettelagt tilbud for personer med demens. Kunnskap og kompetanse om demens både blant ansatte, pårørende og i samfunnet som helhet skal økes. Regjeringen har som mål å lovfeste plikten for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud når tilbudet er bygget videre ut. Regjeringen har foreslått å etablere et øremerket tilskudd til opprettelse av 2300 plasser, som vil gi inntil 5000 personer et tilbud deler av uken i 2012. Jmfr. Revidert demensplan 2015

Ås kommune har i dag 24 plasser til personer med demens, fordelt på 2 hus med 12 plasser i hver, og 6 beboere i hver gruppe. I tillegg er en 6-plass enhet på Moer sykehjem tilrettelagt som en forsterket skjermet enhet med tilbud til 3 pasienter som krever en til en bemanning. I forbindelse med byggingen av Moer sykehjem ble det planlagt en dagavdeling for personer med demens som først ble tatt i bruk i januar 2011. Erfaringen har vist at det er et stort behov for dagtilbud. Jo tidligere tilbudet iverksettes, jo lengre kan innleggelse i sykehjem utsettes.

### **Kompetanse – Jfr. Demensplan 2015:**

Ett av målene i Demensplanen 2015 er økt kunnskap og kompetanse om demenslidelsene. Kommunen har i dag høy faglig kompetanse innen demens, og flere ansatte har tatt videreutdanning og/eller er under videreutdanning. Behovet for faglig kompetanse er stort. Det er ikke bare viktig at kommunen stimulerer og legger til rette for kompetanseutvikling, men også fokuserer på hvordan kompetansen kan utnyttes på best mulig måte.

En utfordrende oppgave for kommunen fremover vil være å rekruttere og beholde kvalifisert personale.

Ved å samle alle tilbudene i demensomsorgen i Ås demenssenter vil man:

- skape et attraktivt fagmiljø
- kunne utnytte ressursene på tvers av enhetene i demenssenteret.
- kunne differensiere ulike grupper i henhold til funksjonsnivå

### **Bygging:**

Temaplanen anbefaler å utrede muligheten til å bygge ut Bokollektivet for personer med demens med en korttidsavdeling og avdeling for forsterket skjerming.

I forbindelse med Handlings- og økonomiplanen for 2011 – 2014 ble det kommunestyrets vedtak 15.12.2010 avsatt kr 10 mill i 2011 og kr. 23 mil i 2012, totalt kr. 33 mill til planlegging og etablering av nytt bokollektiv med 12 plasser for personer med demens.

Planarbeidet ble iverksatt ved etableringen av en prosjektgruppe med brukerrepresentanter fra demensomsorgen. I lys av en omorganisering i Enhet for pleie og omsorg, er det ønskelig at området med bokollektivene omtales som Demenssenter. Dette fordi man ønsker å samle tjenestene til denne brukergruppen med tanke på best mulig utnyttelse av resurser og kompetanse. I dag er tjenestene til denne gruppen spredt på 3 forskjellige steder. Derfor ønsker gruppen å fremme følgende forslag til bygging av Ås demenssenter:

- Det bygges 12 nye skjermede plasser fordelt med 6 beboere på hver enhet som på eksisterende bygg – jfr vedtak
- Det bygges en forsterket skjermet enhet med plass til 3 pasienter og 1:1 bemanning.
- Det bygges 2 like dagavdelinger for personer med demens med plass til 6 pasienter i hver enhet, til sammen 12 plasser. Dette innebærer at dagens dagavdeling flytter opp til Ås demenssenter, samt en økning med 6 plasser.
- Det bygges kjeller for å utnytte tomten samt gjøre plass til personalgarderober, uniformslager, annet lager, søppelrom, skittentøyrom, mottaksområde for mat og varer / utstyr, parkering,
- Det bygges en full 3dje etasje (kjeller + 2 etasjer) som innredes delvis til kontorer, samtalerom og møterom, og delvis evt stå tomt (råbygg) inntil behovet er avklart. Dette for å bygge mest ressursmessig med en gang.

#### **Romprogram:**

- Samlet behov for 15 langtidsplasser i nybygget.
- Aktivitetssenter 2 på Moer sykehjem, dagavdeling for personer med demens, og som i dag gir dagtilbud til 6 personer med demens, erstattes/flyttes og etableres i tiltenkt nybygg og utvides samtidig med kapasitet for 6 nye plasser. (Det gamle utvides med somatisk dagsenter)
- Det anpasses i tilknytning til Aktivitetsrommet spiserom med plass til ca. 10 personer, 6 beboere + 2 ansatte + eventuelt besøkende samt kjøkken.
- Videre etableres kontor med 2 arbeidsplasser tiltrent Aktivitetssenteret.
- Miljørom/søppelrom må beskrives etablert med kjøling for å unngå lukt og smittefare.
- I pakt med innarbeidet rutine, forutsettes oppvarmingen av bygget etablert med gulvbåren varme tilknyttet grunnvannboret varmepumpesystem med mulighet for kjøling i sommerhalvåret.
- Nybygget, som i følge utarbeide romprogram, utgjør BTA kjellerplan = 560 m<sup>2</sup>, 1. etg. plan = 1.481 m<sup>2</sup> og 2. etg. plan = 458 m<sup>2</sup>, samlet BTA = 2.499 m<sup>2</sup>. Det er beskrevet heis som betjener samtlige etasjer.
- Brukerne har på anmodning forsøkt å fordele mer av arealet beskrevet under 1. etg. plan på øvrige 2 plan, men har konkludert med at det er ønskelig at beboerrommene og alle beboerrelaterte aktiviteter ligger på bakkeplan. Dette er i tråd med revidert demens plan 2015, 2.2, hvor man prioriterer små enheter både bygningsmessig og organisatorisk. "Små bofellesskap og avdelinger med tilgang til gode uteareal er bedre enn tradisjonelle sykehjem i flere etasjer med lange korridorer og store avdelinger".



**Vurdering av saken:**

Demensomsorgen i Ås kommune fremstår i dag som en tjeneste som kommunen kan være stolt av. Mye av grunnlaget ligger i de bygningsmessige lokalene i Tunveien 5 og 7. Utformingen og nærheten til hverandre har vært et viktig element i utviklingen av en demensomsorg. Det er derfor viktig at videre utbygging sees i sammenheng med nåværende bygningsmasse. I tillegg til at man vurderer som en stor fordel å etablere alle tjenestene i et demenssenter, ser en for seg at det nye bygget er forbundet til Tunveien 5 og 7 på en slik måte at man kan bevege seg innendørs mellom byggene. Dette kan muligens bli en utfordring, men vil uten tvil være ressurseffektivt driftsmessig.

Ved å bygge en forsterket skjermet enhet i relasjon til det nye bokollektivet, vil nåværende forsterket enhet på Moer sykehjem fristilles. Enheten fungerer pr dags dato dårlig ved Moer sykehjem, bygningsmessigsett, og 3 plasser/rom står til en hver tid ubenyttet. Dette fordi Ås kommune ikke har behov for mer enn 3 slike plasser, samt at avdelingen ikke kan benyttes med "fult belegg" (6 pasienter) da det fysisk ikke er plass til dette. Hovedårsaken er at 6 pasienter med denne lidelsesgraden genererer 6 ansatte (1:1-bemannings). Avdelingen er ikke bygget for å romme 12 personer (6 pasienter og 6 ansatte), og hvor pasientene trenger mye plass til å vandre, og må periodevis skjermes for/fra hverandre pga voldelig – eller ukritisk adferd, dette som følge av demens sykdommen. Andre pasientgrupper kan ikke blandes med denne gruppen. Å ha 3 ubenyttede rom er selvfølgelig dårlig ressursutnyttelse, og annen bruk må derfor vurderes.

I lys av Samhandlingsreformen trenger kommunen alle tilgjengelige plasser. Som eksempel kan denne 6 roms-enheten være godt egnet til å bygge opp en mottaks -/ vurderingsavdeling (ut-av-sykehus-avdeling). Om kommunen velger dette alternativet vil avdelingen kunne belegges med inntil 12 pasienter. (2 pr rom), og plassen vil da utnyttes maksimalt. Et annet alternativ er et akuttmedisinsk tilbud eller lignende som krever spesiell kompetanse, eller en ren rehabiliteringsavdeling. Dette må utredes videre.

Lokalene ved nåværende dagavdeling (Aktivitetscenter 2) for personer med demens kan ved fristilling disponeres av den ordinære dagavdelingen (Aktivitetscenter 1) og utvide tilbudet med flere plasser. Det er det også et stort behov for og "ventelister" til tilbudet.

Slik framkommet i overnevnte redegjørelse under fakta til saken har man valgt å etablere prosjektet under benevnelsen "ÅS DEMENSSENTER," som samlet skal gi tjenester til personer med demens med fast institusjonsplass, samt til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Utfordringen for kommende kontraherte Arkitekt blir, slik brukerne ønsker, å forbinde nybygget med Tunveien 5 og Tunveien 7 på en slik måte at byggene samlet vil fungere som ett hele, ved at man kan bevege seg innendørs mellom byggene. Dette vil være ressurseffektivt driftsmessig.

**Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:**

Kommunenes netto kostnad for den foreslåtte størrelse er 36 mill kr.

Byggekostnad: 63 mill kr – Momskompensasjon: 12,6 mill kr - Husbanktilskudd fra staten 13,7 = 36 mill

Disse inntekter og utgifter er innarbeidet i nåværende handlingsprogram, med unntak av "økte" Husbanktilskudd for 15 plasser i stede for 12 plasser.

Romprogrammet, slik nå utredet, utgjør samlet BTA = 2.499 m<sup>2</sup> og er kalkulert til 63 mill kr. (totalkostnad etter tilskudd og momskomp blir ca 36 mill).

Romprogrammet 1. etg, utgjør BTA = 1.482 m<sup>2</sup>. Det er derfor nærliggende å anta, siden kjelleretasjen utgjør BTA = 560 m<sup>2</sup>, at kommende kontraherte arkitekt, vil anbefale at en etablerer kjeller under hele 1. etg. plan for å unngå setninger i området mellom kjeller og plate på mark. Erfaringer viser at det også var slik ved byggingen av Dr. Sødrings vei 8 og Tunveien 3, (kjellerplanet til Tunveien 5).

En valgte da av samme grunn å etablere kjeller under hele 1. etg. planene. Ledige kjellerarealer etter byggingen av disse, er i ettertid fullt utnyttet til bl a. til fjernarkiv samt hjelpemiddellager.

Med 1. etg på 1481 m<sup>2</sup> og 2 etg på 458 m<sup>2</sup>, vil det være fordelaktig å bygge ut 2 etg i flukt med 1. etg. Da vil man få et penere bygg, samt at kvadratmeterprisen totalt sett vil bli billigere. De ca. 1000 m<sup>2</sup> kan evt stå som råbygg inntil det er behov for de eller de kan innredes for eksempel til kontorer, som det er en stor mangel på. Dette bør utredes videre etter hvert som prosjektet skrider frem og i samarbeid med arkitekt.

Jfr HUSBANKEN og rundskriv "HB 8.B.18 av 02.2012 – Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser," vil kommunen, for (12 + 3) = 15 sykehjemsplasser, etter søknad kunne påregne å få tildelt (916.000 x 15) kr. = kr. 13 740 000 i investeringstilskudd.

Investeringstilskuddet kommer normalt til utbetaling etter at bygget står ferdig oppført og det foreligger avsluttende byggregnskap.

Hva gjelder investeringstilskudd = kr. 916.000 pr. sykehjemsplass, er beløpsstørrelsen også inkludert for andel byggekostnader fellesarealer.

I tillegg kan kommunens helse- og sosialetat fremme søknad om "tildeling av tilskudd til etablering av dagaktivitetstilbud til personer med demens (Statb. 2012 Kap. 761.62). Som beskrevet i rundskrivet fra helsedirektoratet gis er årlig tilskudd, tilsvarende kr.65.000 pr. plass – dagtilbud hjemmeboende. I romprogrammet er beskrevet DAGAVDELING FOR PERSONER MED DEMENS 2 X 6 PLASSER. Romprogrammet beskriver dermed 12 dagavdelingsplasser for hjemmeboende med demens. Årlig tilskudd (ut fra 12 måneders årlig drift), vil således kunne utgjøre (65.000 x 12) kr. = kr. 780.000.

#### **Alternativer:**

Alternativt kan kommunen som opprinnelig planlagt og vedtatt bygge KUN et bokollektiv, tilsvarende bygg 1 og 2 som står der i dag, med 12 pasientrom og ingen andre funksjoner. Dette anbefaler ikke rådmannen da:

- Dette utnytter ikke kommunens tomt på Moer maksimalt.
- Kommunen mister gevinsten med et større fagmiljø, som er vesentlig i forhold til å rekruttere og beholde kompetanse. Rådmannen tror at et eget demens senter med de ulike tjenestene samlet og tilrettelagt for personer med demens vil være en positiv faktor som kan gjøre kommunen attraktiv for søkere.

Mangel på tilstrekkelig kvalifisert personale vil være kommunens aller største utfordring i årene som kommer.

- Utnyttelsen av ressursene og kompetansen på tvers blir ikke maksimal. Kunnskap hos personalet, gir et kvalitativt bedre tilbud til pasientene. Kommunen har erfart at når flere ansatte har videreutdanning i demens kan man bedre forebygge f.eks. vold og trusler, redusere uønsket forbruk av medisiner og i noen tilfeller også forhindre bruk av X-vakter til forsterket bemanning og kostnader. Forsterket skjermet enhet har i dag mest kompetanse på utfordrende adferd. Nærhet mellom enhetene gjør at man i hverdagen lett kan bistå og råde hverandre, utveksle erfaringer og kunnskap.
- Det vil ikke frigjøres 6 rom ved Moer sykehjem til alternativt bruk. Det vil si at man fortsatt står med 3 ubrukte / ubebodde rom, og ikke utnytter kapasiteten til kommunen på best mulig måte. Det vil også føre til ytterligere utfordringer/kostnader for Ås kommune jfr samhandlingsreformen og ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag.
- Det blir ingen forbedringer i personalets garderobeforhold, som i dag er kritikkverdige.
- Det blir ingen bedring i vareleveranser til byggene, som i dag forstyrrer pasientene slik at det fører til angst, uro og utagering.
- Parkeringsforholdene ved Moer blir ytterligere forverret / innskrenket.
- Kontorkapasiteten som i dag allerede er "sprengt" og utilfredsstillende blir ytterligere forverret.
- For pårørende og pasienter kan et senter med nærhet til de ulike tjenestene være positivt. Skal man for eksempel fra dagavdeling til skjermet er man kjent på stedet og også i noen grad med personalet. Fordommer mot "sånne steder" er fortsatt levende hos noen.

### **Konklusjon med begrunnelse:**

Ved etablering av nybygg i kommunen, og her i og for helse og sosialetaten, er det avgjørende at kommunen drar nytte av tidligere erfaringer og tenker langsiktig i forhold til driftsøkonomiske løsninger, og den demografiske utviklingen.

Rådmannen oppfatter at dette bygget er det siste som lar seg bygge på kommunens tomt på Moer, blant annet på grunn av de vernede tun-trærne. Det vil derfor være økonomisk hensiktsmessig å utnytte tomten så mye som mulig.

Kommunen vil få mange flere eldre i årene som kommer, og gode driftsøkonomiske løsninger må være av høy prioritet for en kommune med anstrengt økonomi. Rådmannen ser med stor bekymring på at Ås kommune har den laveste dekningsgraden av sykehjemsplasser i Follo, og den eneste Follokommunen som ikke har noen vedtatt plan for utbygging av plasser for å møte den demografiske utviklingen (eldrebølgen) på kort – og lang sikt.

Alle innbyggere som søker om sykehjemsplass og som vurderes å ha behov for 24 timers tilsyn, pleie og omsorg, har krav på en plass. Kommunen har ikke anledning til å ha ventelister.

Ved å bygge Ås demenssenter slik det er beskrevet i saken, vil det i tillegg til etablering av nye sykehjemsplasser frigjøre og forbedre bruken av 6 eksisterende

plasser ved Moer sykehjem. Dette anses som meget hensiktsmessig med tanke på samhandlingsreformen, og ikke minst utnyttelse av alle 6 plassene / rommene.

Statsbudsjettet for 2012 har tilskuddsordninger både for bygging av sykehjems plasser og drift av nye dagsenterplasser for personer med demens. Prosjektet, slik det er foreslått, nyttegjør seg maksimalt av disse ordningene.

Ved å forsøke å bygge det nye bygget på en slik måte at man kan knytte det sammen (hekte det på) med de to eksisterende bokollektivene / skjermede enhetene vil kommunen kunne etablere en enda mer økonomisk hensiktsmessig drift. Ved å knytte byggene sammen, og samle all aktivitet rettet mot personer med demens og deres pårørende, oppfatter også rådmannen at det vil fremstå som et senter og støtte forslag til navn: Ås demenssenter.

Å samle tilbudet, og kompetansen på dette området håper og tror også rådmannen at kan være fordelaktig i fremtiden med tanke på å rekruttere og beholde personell med den rette kompetansen.

**Kan vedtaket påklages?**

Nei

**Ikrafttredelse av vedtaket:**

Umiddelbart

<u>Vedlegg 1</u>			
ROMKRAV med dagslys= D uten dagslys= U	FUNKSJON		SPESEIELLE KRAV
<b>FORSTERKET SKJERMET ENHET (forkortet FSE)</b>			
<p><b>Generelle kommentarer for FSE: Enheten er et tilbud til personer med demens som har en utfordrende symptom på sin sykdom. Enheten må ligge på bakke plan, med utgang til egen hage, mest mulig skjerming, lomtøy rom, skyllerom, eget rom for priv.pas tøy, lager og kontor ligger nært til enheten, men utenfor enhet og dagavdeling. Generelt er det en fordel at det er minst mulig låste dører inne i enheten som ikke med låste dører skaper frustrasjon. <b>Beboerne trenger plass å vandre på.</b> Se også spesielle krav vedrørende</b></p>			
Beboerrom D	Opphold, sove og stell	Ekstra god lydisolering. Sikring av vinduer, minst mulig innsyn. Ikke takskinne for heis. Dør 100 cm bred med 30 cm sidedør. Alt utstyr og inventar må være montert til å tåle røff behandling.	Ut en m br bø stø lar so Lå
Baderom U	Personlig stell og pleie	Muligheter til å stenge av vannet på bad. Ikke takskinne og heis. NB, større bad enn idag, evt plassering av toalett og dusj mer hensiktsmessig slik at personalet ikke blir presset opp i et hjørne uten retrett mulighet når man er 2 i stell. Størrelse på baderommene som dagens bokollektiv ville være fint.	Ut kn
Skjermingsrom D, Med WC. U	Til skjerming, begrensnig av stimuli	Spesialrom. 2 stk inngang / utgang ( Rømningsdør ) En av <b>dørene</b> må ha vindu, evt vindu på veggen slik at man kan følge med fra utsiden. Det må være vindu i rommet med dagslys. Plass til 1, samt 1-2 hjelpere	M m
Oppholdsstue D	Samvær, måltider, samtale, lytte til musikk etc.	Rikelig plass til 3 brukere og 3 pleiere. Ikke vindusglass helt ned til gulvet.	Sp sa m pl
Kjøkken D	Tilbereding av måltider.	Fullverdig utstyrt kjøkken. Utstyr til 9 personer (3 beboere, 3 ansatte, 3 pårørende) Ikke nødvendig med spise mulighet på kjøkkenet. Bruker stue og rommene. Må kunne avlåsas!	Op m re fr Lå kn m M

Vaktrom D	Ajourhold av Gerica og annen dokumentasjon. Rapporter	NB! Adkomst fysisk adskilt fra avdelingen, inngang fra korridor og dør inne i vaktrom ut til beboer enheten. Dette for ansattes sikkerhet og retrett mulighet, samt for å gjennomføre vaktskifte uten å uroe pasientene. Plass til 3 ansatte på den enkelte vakt+ en som rapporterer. 10kvm?	Ar til be og an
Skyllerom		Se fellesrom, 1.etg. i tilknytning til enheten	
Diverse lagerrom		Se felles rom, 1.etg i tilknytning til enheten	

### NY SKJERMET ENHET 6 BEBOERE X 2

Generelle kommentarer vedrørende skjermet enhet. To like enheter med plass til 6 beboere hver. Personer med sykdom, trygghet, ro og oversikt. Dagens bokollektiv /skjermet enhet med beboerrom i en halv sirkel rundt åpning for gjenkjennelse fordi beboerne ser og blir sett av personalet straks de kommer ut av rommet. Størrelsen på rommet er viktig for gjenkjennelse fordi beboerne ser og blir sett av personalet straks de kommer ut av rommet. Størrelsen på rommet er viktig for gjenkjennelse fordi beboerne ser og blir sett av personalet straks de kommer ut av rommet. Man kan trekke fra arealet i "forgangen". Enhetene må ligge på bakkeplan og ha direkte utgang til sansehage. Enhetene må sortere inntrykk og kan ha problemer med å tolke inntrykkene. Toleranse terskelen er ofte lav slik at mange lette inntrykk kan bli oppfattet som store. Det er viktig å redusere inntrykk og begrense støy. Jfr høyt under taket og negativ akustikk i dagens bokollektiv.

Beboerrom D	Opphold, sove, stell	Rommene kan være som dagens rom areal messig, men minus "forgangens" areale	Se ga ga
Bad U	Personlig stell	Plass til dusj,toalett og vask. Avstengnings mulighet for vann. Plassering av vask og toalett slik at det er plass til en hjelper på hver side av beboer. <b>Areale som i dag.</b>	K og gj
Stue D	Samvær/måltider	Peis i stuene, gir ro og velvære. Stuen må ha areale nok til ulike sitte grupper og spise plasser, samt rikelig plass å vandre på.	Ru so sit tre
Kjøkken D	Tilbredning av måltider	Plass for regenereringsovn. Areale nok til spiseplass for to	V L op

		personer. <b>Dagens størrelse dekker behovet.</b>	stø
Vaktrom D	Møteplass for rapportering mellom vaktskiftene. <b>Felles for begge enhetene</b>	Viktig med plasserin mellom enhetene slik at mang slik at vaktskiftene foregår mest mulig uforstyrret for beboerne.	SK sk me og
Kontor D	Arbeids plass for avdelings sykepleier	Avd.sykepleier skal være en nærværened leder og ha kontor nært i enheten, men helst tilbaketrukket fra beboer rom.Opplegg for telefon og data.	SK lå bo
Rengjørings rom		<b>I fellesareale.</b> lintøy rom, rom for medisinske forbruks varer, medisinrom, avfallsrom, rom til oppbevaring av forflytnings utstyr	

### **DAGAVDELING FOR PERSONER MED DEMENS 2 X 6 Plasser**

**2 Selvstendige enheter. To ansatte skal gi tilbud til 6 brukere i hver enhet.Egen inngang og garderobe i hver en aktivitetsrom.**

Inngang med garderobe D	Mottak av brukere/ henge opp tøy, plassere hjelpemidler. Plass til 6 x 2 brukere	Inngangen må legges slik at det er enkelt for brukerne å komme inn fra bussen.	Ga op fo
Oppholds-akt rom. D	Ulike aktiviteter	Rommene må være store, evt delt av i seksjoner og gi rom for ulike aktiviteter, grupper. Rommet må ha utgang rett ut i sansehagen. Hvert rom plass til 10 personer.	Stu hy me Tv sit
Kjøkken D	Tilbredning av måltider	Areale til regenereringsovn, kjøleskap, komfyr, oppvaskmaskin (nb,stillegående) etc.	Va Lå
Spiserom D	Spise frokost og middag.	Må ligge i tilknytning til kjøkkenet.	Be
WC U		God plass til bruker, evt rullator og hjelper. WC felles for menn, kvinner og HC	To St
Bad U	Mulighet for dusj for brukere	Areale nok til dusj og HCWC. Plass til hjelper.	Du Ga H

**Dagavdelingen må ha sanse rom, erindrings rom og kunnskaps rom som kan ligge i felles areale og benyttes av alle enheten**

**Dagavdelingen og demens koordinator skal he felles kontor i 2. etg. Se egen oversikt.**

### **1. ETG FELLES ROM FOR FSE/SKJERMET ENHET OG DAGAVDELING**

**Fellesrom for: skjermet enhet 6 x 2 plasser. FSE: 3 plasser. Dagavdeling: 6 x 2 plasser**

Skyllerom U		Skille mellom ren og uren sone. Tilgang til skap med rent utstyr også fra korridor	De V Tø
Lintøyrom U	Lager for lintøy	Areale nok til traller med lintøy for skjermet, FSE og dagavd.	Tr tel
Medisinske forbruksvarer U	Lager for bleier og diverse medisinsk utstyr for ovennevnte tre enheter.	Praktisk, funksjonelt og oversiktlig innredet så utstyret er lett tilgjengelig.	H
Miljørom U	Midlertidig oppbevaring av avfall		B
Renholdsutstyr U	Nærlager for renholders utstyr.	utslags vask	H
Personal WC U		WC og servant	
Skjermingsrom D	Stille rom med begrenset stimuli.	Lydisolert, uknuselig glass i vindu.	Sc st
Røykerom D	Eget røykerom for beboere.	Avsug / ventilasjon.	B
Foaje / Entre			

## 2. ETG

### **Kontor 2. etasje, Pauserom med kjøkken, møterom for felles personalmøter, pårørende møter, overnattings rom med mer.**

Enhetsleders kontor D	Administrasjon	Plass til møte for 2 - 3 personer. Beliggenhet uten sol på den varmeste tiden av døgnet.	Ar
Kontor Demeskoordinator/demensteam og dagavdeling. D	Kombinert møterom og arbeidsplass for 3 personer.	Areal til 3 arbeidsplasser.IKT	Tr bc
Kontor sekretær D		Areal til 1 arbeidsplass	Ar
Kontor leder FSE D		Arbeidsplass og plass til møte for 2 - 3 personer.	
Sanserom U	Sansestimulering	Adskilt og og godt lydisolert	Di M
Erindringsrom D	"Huskerom" Frembringe minner	Areale nok til 3-4 personer og div utstyr.	G tir m hu fr
Kunnskapsrom D	Høytlesning, samtaler, kortspill, musikk med mer.	Tikoblet IKT	Si m ly
Samtalerom D	For samtaler med pårørende,lege,beboer		B
Forflytningsutstyr oppbevaring U.	Oppbevaring	Plass til manuelle heiser og øvrig forflytnings utstyr.	K kn str



Medisinrom D	Felleslager, medisiner for samtlige enheter for medisiner	Dagslys og luftemulighet.	Hy
All rom D	Til trim, dans, musikk, andakt, feiringer. Beboere som trenger ro er skjermet for støy fra nevnte aktiviteter.	Rom med en viss størrelse, inklusive te- kjøkken.	Bo
Velvære rom D	Mulighet for kar bad/spa behandling. Fotpleie. Tannhelse med mer.	Badekar. WC.Servant	
Stort møterom D	Felles personalmøter, pårørende møter med mer.	Plass til 40, Audiovisuelt utstyr. Eget kjøkken evt i flukt med pauserommet slik at kjøkkenet er lett tilgjengelig for begge rom.	Bo
Pauserom m te-kjøkken D		Kjøkken funksjon. Plass til 8 - 10 ansatte	Bo kj
Overnattings rom	Overnatting for pårørende, ekstravakter.	Rom med dusj og WC	
Kjøkken		Til møterom og pauserom	
Renholdsutstyr U	Nærlager for renholders utstyr.	utslags vask	Hy
WC U		WC og servant	
Foaje / Entre			
Lagerrom			
Kopirom			
Arkivrom			

## **KJELLER**

**Kjelleren skal bla.ha felles garderobe både for ansatte i nytt bygg, Tunveien 7 og 5.**

Garderobes menn U	Skifte fra privat tøy til arbeidstøy, WC og dusjer	Rikelig plass til garderobeskap til 20 -30 personer.	Lå du
Garderobe kvinner U	Skifte fra privat tøy til arbeidstøy, WC og dusjer	Plass til ca 80 personer	Lå du
Arbeidstøy lager U	Oppbevaring av rent arbeidstøy	Ligge sentral i forhold til alle garderobes	St ar
Grov lager U	Oppbevaring av hagemøbler, inventar som ikke er i bruk osv.	Malt slik at det er støvbundet	Ev
Lager U til pasient eiendeler. Hus 1, 2 og 3	Til oppbevaring av pasienteiendeler	Oppdelt i mindre låsbare boder	27
Avfallsrom U	Til oppbevaring av søppel	Kjølig med direkte utkjøring av container. Lett å rengjøre.	3 gl ris

Skittentøyrom U felles for Hus 1 – 2 – 3	Til oppbevaring av skittentøy	Kjøling, lett å rengjøre, spyle	
Datarom			
Teknisk rom U.	Fyrrom/ventilasj		
Teknisk rom U.			
Tavlerom			
Heis U.	Betjene samtlige etasjer.		
Varemottak			
Mellomlager			
Sentral D/U	Oppbevaring, vask av renholds traller. Vasking av mopper, kluter.	Sentralt i bygget og i nærheten av heis. Bred dør uten terskel. Sluk i gulvet og spyle slange.	Pl vo Be va op
Lager U.	Opp.bev.av renh.artikler.		Hy
Lager U.	Opp.bev.maskiner	Ladeplass	Di
			<b>N</b>
Yttervegger, Korridorer og lignende		(Etter samtale med ARK, foreslås samlet nettoareal multiplisert med faktor 1,25). Må også ta høyde for tiltenkt forbindelse/korridor fra Tunvv. 5 og 7.	

**Vedlegg 2**

Om budsjettokument	Innholdsfortegnelse	2
<b>Generelt</b>	<p>Prosjektdokumentet gir en standard presentasjon av prosjektbudsjett med tilhørende forutsetninger. Et komplett dokument inneholder en spesifisering av forventede kostnader i byggets planlagte eller definerede brukstid, vedtatte rammer og styringsmål. Det er vanlig at prosjektets forutsetninger endrer seg gjennom de ulike faser. Dette betinger at dokumentet revideres i takt med endring av forutsetningene for prosjektet, slik at dokumentet inneholder en ajourført oversikt over prosjektets nøkkeldata. På denne måten kan budsjettokumentet anvendes aktivt til styring og kvalitetsikring.</p> <p>Budsjettokumentet er delt i:</p> <p>Del 1: som omfatter budsjettsammendrag med de viktigste forutsetninger.</p> <p>Del 2: som omfatter ytterligere budsjettspesifikasjon på trossfret nivå med tilhørende forutsetninger.</p>	
<b>Formålet med budsjettokumentet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beslutningsunderlag i prosjektets tidlige faser</li> <li>- Premisedokument for planleggere</li> <li>- Dokumentasjon for kvalitetsikring</li> </ul>	
<b>Budsjettokument, Investing</b>	<p>Om budsjettokument, Innholdsfortegnelse</p> <p>Hovedforutsetninger, Program</p> <p>Investeringsbudsjett, Sammendrag</p> <p>Årskostnadsbudsjett, Sammendrag</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

Hovedforutsetninger	Program	3
<b>Generelt</b>	Et programprosjekt gir viktige planleggingspremisser og bør derfor vedtas som et eget dokument før tegnings- og konstruksjonsarbeidet begynner. Programprosjektet bør ikke endres uten tilsvarende kontroll og evt. justering av budsjettet. Viktige kostnadsparametre er prosjektets bruttoareal BTA og yttervegsareal pr. m2 BTA (YOM). Det gjelder også gjennomføringsmodellen, som er nærmere spesifisert på side 7, del 2.	
<b>Delprosjekt</b>	Sykehjem - bofellesskap	<b>Sum</b>
<b>Bygg-geometri</b>		
Bruttoareal m2 BTA	2 500	<b>2 500</b>
Bebyggd areal BYA m2	585	<b>585</b>
Bruttovolum BTV m3	3 729	<b>3 729</b>
Bruttoareal kjeller m2 BTK		
Yttervegsareal m2	1 090	<b>1 090</b>
Innervegsareal m2	1 391	<b>1 391</b>
Etasjeantall	2	
<b>Forutsetninger</b>		
<b>Kort prosjektbeskrivelse</b>	Bygg for aldersdemente.	
<b>Bygningsform</b>	Ikke fastlagt. Holte Prosjekt forutsetter U-form i sin database	

Investeringsbudsjett	Sammendrag	4
<b>Generelt</b>	Investeringsbudsjettet er basert på NS 3453 dog slik at reserver og marginer er delt på postene 0.1 og 0.2. Alle poster i sammendraget er spesifisert i budsjettokumentets del 2. På side 20 finner du et budsjettsammendrag med angivelse av kr/m <sup>2</sup> BTA. Behovet for avsetninger til reserver og marginer vil endre seg i takt med prosjektet og bør justeres etterhvert som prosjektet detaljeres og usikkerheten reduseres. Viktige usikkerhetsfaktorer fremgår av spesifiseringen på side 19. Styringsmålet er et nøkkeltall for styring av kostnadene.	
<b>Delprosjekt</b>	Sykehjem - bofellesskap	<b>Sum</b>
<b>Bruttoareal m<sup>2</sup> BTA</b>	<b>2 500</b>	<b>2 500</b>
1 Felleskostnader	2 380 000	2 380 000
2 Bygning	19 577 500	19 577 500
3 VVS	7 525 000	7 525 000
4 Elkraft	2 722 500	2 722 500
5 Tele og automatisering	1 250 000	1 250 000
6 Andre insl.	1 660 000	1 660 000
<b>Huskostnad (1-6)</b>	<b>35 115 000</b>	<b>35 115 000</b>
7 Utendørs	2 350 000	2 350 000
<b>Entreprisekostnad (1-7)</b>	<b>37 465 000</b>	<b>37 465 000</b>
8 Generelle kostnader	5 425 000	5 425 000
<b>Byggekostnad (1-8)</b>	<b>42 890 000</b>	<b>42 890 000</b>
9 Spesielle kostnader	10 722 700	10 722 700
<b>Grunnkalkyle (1-9)</b>	<b>53 612 700</b>	<b>53 612 700</b>
0.1 Forventede tillegg		2 616 923
<b>Forventet prosjektkostnad</b>		<b>56 300 000</b>
0.2 Sikkerhetsmargin		5 569 434
0.3 Avsetning første driftsår		
<b>Rammekostnad</b>		<b>61 800 000</b>
<b>Prisnivå</b>	01.05.2010	
<b>Styringsmål</b>	kr 56 300 000	
<b>Kalkylespesifisering</b>	Spesifisering av de enkelte poster fremgår av sidene 10 - 19 del 2	
<b>Kalkylemetode</b>	Veiet arealprismetode basert på nøkkeltall gitt i kr/m <sup>2</sup> BTA	
<b>Justering av nøkkeltall</b>	Nøkkeltallene er justert med følgende faktorer:	
Lokale forhold	1,00	
Størrelsesfaktor	0,94	
Markedsfaktor	1,05	
<b>Totalfaktor</b>	<b>0,99</b>	
<b>Kommentarer</b>		
Markedsfaktor	Det er lagt inn 5% prisstigning fra databasenivå 01.05.2010 til 01.10.2011.	

Årskostnadsbudsjett      Sammendrag      5

**Generelt**      Årskostnadene er beregnede kostnader for bygget fordelt med like beløp (annuiteter) pr. år i byggets levetid. Årskostnadene kan betraktes som et minimumskrav til avkastning på eiendommen basert på en risikofri realrente. De beregnede årskostnader kan nyttes for å beregne lønnsomheten av prosjektet og for å foreta valg mellom ulike løsninger i planleggingsprosessen. Se nærmere om dette i HolteProsjekt FDV-nøkkelen.

Konto	Årskostnader	Sum kr. pr. år
<b>1 Kapital</b>		
<b>2 Forvaltning</b>		
121 Skatter og avgifter	136 250	
122 Forsikringer	14 375	
123 Administrasjon	81 875	232 500
<b>3 Drift</b>		
131 Løpende drift	221 360	
132 Renhold	501 101	
133 Energi	410 530	1 132 991
<b>4 Vedlikehold</b>		
141 Planlagt vedlikehold	240 133	
142 Utskifninger	351 806	591 939
<b>5 Utvikling</b>		
<b>Sum</b>		<b>1 957 430</b>

	Prosjektnavn		
<b>Moer - Demenssenter</b>			
	Budsjettnavn		
<b>MOER DEMENSSENTER, ÅS KOMMUNE</b>			
	Byggherre		
<b>Ås kommune</b>			
	Dokument		
<b>Budsjettdokument</b>			
	Tittel		
<b>Investering</b>			
	Dato	Revisjon nr.	Init
	03.10.2011	0	
Bolig for aldersente der prisdatabasen er basert på boligtype "Sykehjem - bofellesskap"			

**Generelt** Prosjektdokumentet gir en standard presentasjon av prosjektbudsjett med tilhørende forutsetninger. Et komplett dokument inneholder en spesifisering av forventede kostnader i byggets planlagte eller definerte brukstid, vedtatte rammer og styringsmål. Det er vanlig at prosjektets forutsetninger endrer seg gjennom de ulike faser. Dette betinger at dokumentet revideres i takt med endring av forutsetningene for prosjektet, slik at dokumentet inneholder en ajourført oversikt over prosjektets nøkkeldata. På denne måten kan budsjettdokumentet anvendes aktivt til styring og kvalitetssikring. Budsjettdokumentet er delt i:  
Del 1: som omfatter budsjettsammendrag med de viktigste forutsetninger.  
Del 2: som omfatter ytterligere budsjettspesifikasjon på tosfret nivå med tilhørende forutsetninger.

**Formålet med budsjettdokumentet**

- Beslutningsunderlag i prosjektets tidlige faser
- Premissdokument for planleggere
- Dokumentasjon for kvalitetssikring

**Budsjettdokument, Investering**

Hovedforutsetninger, Gjennomføringsmodell	7
Hovedforutsetninger, Prosjektgrunnlag	8
Hovedforutsetninger, Tomt og driftsforhold	9
Investeringsbudsjett, 1 Felleskostnader	10
Investeringsbudsjett, 2 Bygning	11
Investeringsbudsjett, 3 VVS	12
Investeringsbudsjett, 4 Elkraft	13
Investeringsbudsjett, 5 Tele og automasjon	14
Investeringsbudsjett, 6 Andre installasjoner	15
Investeringsbudsjett, 7 Utendørsanlegg	16
Investeringsbudsjett, 8 Generelle kostnader	17
Investeringsbudsjett, 9 Spesielle kostnader	18
Investeringsbudsjett, 0 Reserver og marginer	19
Investeringsbudsjett, Sammendrag med angivelse av kr/m	20
Om kalkylemetoder	21
	22



Hovedforutsetninger	Gjennomføringsmodell	8
Generelt	Valg av gjennomføringsmodell kan være av stor betydning for prosjektet. Prosjektorganisasjonsmodell og utvalgskriterier for engasjement av prosjektmedarbeidere og deltagelse fra brukersiden er derfor viktig. Entreprenørmønstre bør velges før detaljprosjekteringen starter, d.v.s. i forprosjekt- eller hovedprosjektfasen. Kvalitetssikringsprosedyrer er viktig helt fra prosjektets start. Det kan gi bedre sikkerhet for både overholdelse av kostnader, tidsplan og krav til byggets kvalitet.	
Forutsetninger		

Hovedforutsetninger	Prosjektgrunnlag	9
<b>Generelt</b>	Det vil alltid foreligge en rekke dokumenter som setter rammer for prosjektet. Disse er et viktig grunnlag for prosjektbudsjettet, og det er viktig at det til enhver tid er samsvar mellom budsjettet med forutsetninger og disse dokumenter. Dette bør ligge i kvalitetsstyringsprosedyrene.	
<b>Kalkyleunderlag</b>	<b>Dato</b>	<b>Kommentar</b>
Funksjonskrav	26.09.2010	
Romprogram	26.09.2011	
<b>Offentlige dokumenter</b>		
Reguleringsplaner	03.10.2011	
Tilknytning vei, vann, kloakk	03.10.2011	
<b>Rapporter</b>		

Hovedforutsetninger	Tomt og driftsforhold	10
<b>Generelt</b>	Her er det angitt hvilke forhold ved tomten som har betydning for prosjektet og følgelig for budsjettet. Det er spesielt viktig å ha oversikt over grensesnittet mellom offentlige og private investeringer bl.a. i vei- og ledningsanlegg.	
<b>Prosjektets adresse</b>		
<b>Tomt</b>		
- Bruttoareal	2 000	
<b>Tomteforhold</b>		
- Topografi	Flatt terreng med svak hellning	
- Grunnforhold	Leire, normal feshet	
- Fundamentering	Direkte fundamentering, med kompensering	
- Naboforhold	Egne bygg, Jernbanen.	
- Reguleringsplan	Ja, generelt for Moertunet	
- Klimaforhold	Innland øst.	
<b>Byggeplass</b>		
- Riving	Nei, nybygg	
- Hensyn til pågående drift	Ja, ved tilknytning mot 2 stk. eksisterende bygg	
- Hensyn til naboer	Ja, drift i kommunale nabobygg bl.a. med tanke på adkomst	
- Riggforhold	På egen tomt	
- Arbeids- og miljøforhold	Følger vanlige SHA-regler og normer. Byggherreforskriften må følges.	
- Tilgang vei, vann og kloakk	Ja, i umiddelbar nærhet	

Investeringsbudsjett	1 Felleskostnader	11	
<b>Generelt</b>	Felleskostnader omfatter kostnader som ikke kan fordeles på konto 2 - 9. Konto 11 omfatter rigging, dvs. alle kostnader til alle driftsmidler på byggeplass, såsom provisorer for tekniske anlegg, brakker, anleggsmaskiner, stillaser etc. Konto 12 omfatter kostnader til drift av byggeplass, bl.a. renhold, rydding, avfallshåndtering, kvalitetskontroll, forsikringer og garantier. Konto 13 omfatter kostnader forbundet med å administrere sideentrepriser, overtagelse av risiko og ansvar etc. Konto 18 beregnes ofte som påslag på tekniske anlegg.		
	<b>Sykehjem - bofellesskap</b>		
<b>1 Felleskostnader</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Krim2 BTA</b>	<b>Kr.</b>
11 Rigging osv.	Alle kostnader til etablering av alle faste driftsmid. på stedet: Veier, plasser, provis. for tekniske anlegg, brakker, lagre, kraner og transportmidler, oppsett av stillaser, rigging av produksjonsmidler, sluttrensjøring og etablering av måreferanser.	88	220 000
12 Drift av byggeplass	Utgifter til forsikringer, kapitalkost., sikkerhetstillegg, vedlikehold rigg, drift kontor, lagre, transportanl., prod. anlegg, vinterarb., vakthold, renhold, rydding, avfallsdeponering, prøvetaking, utførelses- og kvalitetskont. og utsetting alle mål.	743	1 857 500
13 Entrepriise- administrasjon	Ikke medtatt.		
14 Andre felleskostnader	Kostnader FDV-dokumentasjon.	17	42 500
15 Ledig	Ikke medtatt.		
16 Ledig	Ikke medtatt.		
17 Ledig	Ikke medtatt.		
18 Hjelpearb. for tekn. inst	Hjelpearbeider for tekniske installasjoner på spesialiserte arbeider som f.eks. hovedgrøfter, innvendige grøfter, sjaktvegger og andre føringsveier samt innstøping/ innpussing av alle tekniske gjennomføringer.	104	260 000
19 Diverse	Ikke medtatt.		
<b>Sum</b>		<b>952</b>	<b>2 380 000</b>

Investeringsbudsjett	2 Bygning	12
<b>Generelt</b>	<p>Konto 21 omfatter arbeider med byggegrube, fundamentering og gjenfylling. Det er viktig at de geotekniske forhold ikke undervurderes. Konto 22 omfatter bærende konstruksjoner og brannisolasjon. Konto 23 omfatter yttervegger som er en vesentlig kostandsbærer. Byggets geometri og materialvalg er avgjørende. Konto 24 omfatter innervegger og innvendig kledning av yttervegger. Konto 25 omfatter dekkekonstruksjoner, gulbelegg og himlinger etc. Konto 26 omfatter yttertak. Pass på evløp og isdannelse. Vær varsom ved bruk av store glasstak. Konto 27 omfatter fast inventar. Det kan være viktig å spesifisere kontoen gjennom egne lister for å få en avgrensning mot sanitær og elektroteknisk anlegg. Konto 28 er selvforklarende. Konto 29 er i HolteProsjekt Budsjett brukt til byggtapetser- og malerarbeider.</p>	
	<b>Sykehjem - bofellesskap</b>	
<b>2 Bygning</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Krim2 BTA      Kr.</b>
21 Grunn og fundament	Søyler satt på prefabrikerte søylefundamenter fundamentert på sandpute i frostfri dybde. Kjellervegger fundamentert på vanlige sålefundamenter til frostfri dybde.	454      1 135 000
22 Bæresystemer	Hovedbæresystem av prefabrikerte betong-elementer: Søyler og dragere	517      1 292 500
23 Yttervegger	Yttervegger i 1. og 2. etasje av isolerte bindingsverkevegger med utvendig forblending av tegl. Kjellervegger av prefabrikerte, kuldebroisolerte betongelement.	2 092      5 230 000
24 Innervegger	Innervegger med doble forskjøvede stendere, isolert med doble forskjøvede mineralullplater, og kledd med to 13 mm gipsplater, sparklet og malt.	1 418      3 545 000
25 Dekker	Dekke over tilfl.rom av betong. Huld. Linoleum i korridor, bo-rom og kontorer. Helseviset vinyl i spes. våtrom og kjøk. Keram. fliser i wc og lobby. Himl. i fellesrom og korridor.	2 082      5 205 000
26 Yttertak	Taket bygges med et isolert kaldloft med prefabrikerte takstoler. Taket tekkes med betongtakstein. Alle beslag og renner i plastisert stål.	543      1 357 500
27 Fast inventar	Avd. kjøkken. Innred. i dusj, wc, skyllerom, bøttekott, garderøber og tilfl. rom. Te-kjøk. AV-utstyr. Innred. i bo-rom. Prefab. baderom.	571      1 427 500
28 Trapper, balkonger, m.m.	Prefab. betongtrapp m/linoleum.	154      385 000
29 Andre bygn.m. deler	Overbygd gang mot eksist. aldersdemente.	
<b>Sum</b>		<b>7 831      19 577 500</b>

Moer - Demenssenter  
MOER DEMENSSENTER, ÅS KOMMUNE

Rev. 0 03.10.2011

Investeringsbudsjett 3 VVS 13

Generelt

Konto 31 omfatter vann- og avløpsledninger og utstyr. Konto 32 omfatter ledningsnett for varmelegg, utstyr, kjeler og varmevekslere etc. Konto 33 omfatter sprinkleranlegg. Konto 34 omfatter gass- og trykkluftanlegg. Dette er spesialanlegg som må kalkuleres særskilt i hvert enkelt tilfelle. Konto 35 omfatter klimakjøleanlegg og kjøle- og fryseromsanlegg. Konto 36 omfatter luftkanalanlegg, kjølehimling, ventilasjonsaggregater, fancoll etc. Konto 37 omfatter røranlegg med pumper, ventiler, tanker etc. for distribusjon av kjølt vann fra kjølemaskin til forbrukersteder.

Sykehjem - bofellesskap

3 VVS	Forutsetninger	Krim2 BTA	Kr.
31 Sanitær	Normal standard på utstyr. Åpen forlegning av rør. 70 stk. utstyr.	955	2 387 500
32 Varmer	Vannbåren varme brukt for normal standard, ved evt. endring av denne oppvarming husk konto 45.	510	1 275 000
33 Brannsløkking	Etter FG-regler. Himlingsstilpasning i fellesrom. Forøvrig åpen forlegning av rør. 9 m <sup>2</sup> /node	242	605 000
34 Gass og trykkluft	Ikke medtatt.		
36 Prosesskjøling	Ikke medtatt.		
38 Luftbehandling	Balansert ventilasjon med varmegjenvinning. 15 m <sup>3</sup> /h m <sup>2</sup> .	943	2 357 500
37 Komfortkjøling	Grunnvansboret varmepumpe etter TEK-10 for å ta 60% av effektbehovet. Dette er en "typisk pris", riktignok med basis i erfaringstall fra gjennomførte prosjekter.	360	900 000
38 Vannbehandling	Ikke medtatt.		
39 Andre VVS installasjoner	Ikke medtatt.		
<b>Sum</b>		<b>3 010</b>	<b>7 525 000</b>

Investeringsbudsjett	4 Elkraft		14
<b>Generelt</b>	Konto 41 omfatter kanaler, skinner og kabelbroer etc. Konto 42 omfatter fordelingskabler og nettstasjoner. Konto 43 omfatter inntaks- og stigeledninger, hoved- og underfordelingsanlegg. Fordeling for VVS inngår normalt under VVS-anlegg. Konto 44 omfatter kursopplegg og belysningsutstyr. Konto 45 omfatter kursopplegg, varmesovner og -kabler, elektrokjeler etc. Konto 46 omfatter utstyr for driftstekniske anlegg for bygningen.		
	<b>Sykehjem - bofellesskap</b>		
<b>4 Elkraft</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Krim2 BTA</b>	<b>Kr.</b>
41 Basisinstallasjon for elkraft	Jording i henhold til gjeldende forskrifter. Kabelbroer over himling i korridorer.	45	112 500
42 Høyspent forsyning	Ikke medtatt.		
43 Lavspent forsyning	Stigere og fordelinger med reservekapasitet. Kursopplegg for lys, varme og teknisk inkl. VVS-anlegg. Varme styres med sentrale termostater.	453	1 132 500
44 Lys	Belysning etter gjeldende normer. Godt interiørtilpassede armaturer.	389	972 500
45 Elvarme	Ovner med elektronisk termostat. Ovner under alle vinduer. Sentral styring av fellesarealer. Varmekabler på alle pasienttoalett/WC	154	385 000
46 Reservekraft	Reservekjel ca 150 - 180 kW for å ta kortvarig bortfall av varmpumpe til fjell.	48	120 000
47 Ledig	Ikke medtatt.		
48 Ledig	Ikke medtatt.		
49 Andre elkraftinstallasjoner	Ikke medtatt.		
<b>Sum</b>		<b>1 089</b>	<b>2 722 500</b>

Investeringsbudsjett		5 Tele og automasjon		15
<b>Generelt</b>		Konto 51 omfatter telefordeling mens kabelbroer etc. inngår i konto 41. Konto 52 omfatter sprednett for EDB og telefon. Konto 53 omfatter telefonsentral og telefonutstyr, personsekeranlegg etc. Konto 54 omfatter opplegg for brann-, innbruddsalarm, adgangskontroll etc. Konto 55 omfatter opplegg for TV-anlegg, intern-TV, lydianlegg og AV-utstyr. Konto 56 omfatter kursopplegg for sentral driftskontroll mens øvrig del av anlegg inngår i VVS-entreprisen.		
		<b>Sykehjem - bofellesskap</b>		
<b>5 Tele og automasjon</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Kr/m2 BTA</b>	<b>Kr.</b>	
51 Basisinstallasjoner for tele og a	Ikke medtatt.			
52 Integreert kommunikasjon	Integreert sprednett for telefon og data til kontorer og andre arbeidsplasser og beboerrom.	81	202 500	
53 Telefoni og personsøking	Porttelefon m/ video.	36	90 000	
54 Alarm og signal	Brannalarmanlegg i alle arealer. Sykesignalaranlegg u/ samtale.	201	502 500	
55 Lyd og bilde	Antennenanlegg til sengerom og oppholdsrom. Tilknytningsavgift ikke aktuelt. Høresøyler uten utstyr i fellesrom.	47	117 500	
56 Automatisering	Automatikkavle for ventilasjonsaggregat.	135	337 500	
57 Instrumentering	Ikke medtatt.			
58 Ledig	Ikke medtatt.			
59 Andre installasjoner for tele og a	Ikke medtatt.			
<b>Sum</b>		<b>500</b>	<b>1 250 000</b>	



Investeringsbudsjett	6 Andre installasjoner	16	
<b>Generelt</b>	Konto 61 omfatter anlegg for reservekraft og nødstrøm. Konto 62 omfatter alle typer heisanlegg. Konto 63 omfatter alle transportinnretninger som ikke inngår i konto 62. Konto 64 omfatter prefabrierte romenheter som badrom. Konto 65 omfatter utstyr og ledningsnett for transport og behandling av støv og avfall. Konto 66 omfatter piper, brannmurer, peiser med tilhørende utstyr og overflatebehandling.		
	<b>Sykehjem - bofellesskap</b>		
<b>6 Andre installasjoner</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Kr/m2 BTA</b>	<b>Kr.</b>
61 Prefabrierte rom	Ikke medtatt.		
62 Person- og varetransport	Noe påkostet heis.	664	1 660 000
63 Transportanlegg for småvarer m.	Ikke medtatt.		
64 Sceneteknisk utstyr	Ikke medtatt.		
65 Avfall og støvsuging	Ikke medtatt.		
66 Fastmontert spesialutrustning f	Ikke medtatt.		
67 Løs spesialutrustning for virkso	Ikke medtatt.		
68 Ledig	Ikke medtatt.		
69 Andre tekniske installasjoner	Ikke medtatt.		
<b>Sum</b>		<b>664</b>	<b>1 660 000</b>

Investeringsbudsjett	7 Utendørsanlegg	17	
<b>Generelt</b>	Konto 71 omfatter terrengending, forsterkning og sikring. Konto 72 omfatter konstruksjoner i terreng som trapper, støttemurer, basseng, hjelpearbeider for VVS og elektroinstallasjoner, gjerder, porter etc. Konto 73 omfatter VVS-tekniske arbeider utenfor grunnmur. Konto 74 omfatter elektrotekniske arbeider for utendørsfunksjoner. Konto 75 omfatter teletekniske arbeider for utendørsfunksjoner. Konto 76 omfatter terrengarbeider, bølslag, dekke og kompletterende arbeider for veier og plasser. Konto 77 omfatter terrengarbeider og grantanlegg for parker og hager.		
	<b>Sykehjem - bofellesskap</b>		
<b>7 Utendørsanlegg</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Kr/m2 BTA</b>	<b>Kr.</b>
71 Bearbeidet terreng	Ikke medtatt.		
72 Utendørs konstruksjoner	Her medtar vi UNDERJORDISK TUNNELL som skal forbinde nybygget med eksisterende bygg i nord. Betongkonstruksjon t=200 mm, fullisoleret på utsiden med 100mm trykkfast skumplast, type XPS. Det legges et membran på utsiden av hele betongkonstruksjonen. Det fylles over og under med drenerende, ikke telefarlige masser. NB! Praktiske problemer med å la vei krysse over tunnelen mht dybde på konstruksjonen.	560	1 400 000
73 Utendørs VVS	Ikke medtatt.		
74 Utendørs elkraft	Ikke medtatt.		
75 Utendørs tele og automatisering	Ikke medtatt.		
76 Veger og plasser	Ikke medtatt.		
77 Park og hage	Avsatt en rundsum for adkomstveier og noe grantanlegg.	140	350 000
78 Utendørs infrastruktur	Ikke medtatt.		
79 Andre utendørs anlegg	OVERBYGG mellom nybygg og "Aldersdemente 1" med saltak i tre og yttervegger i glass. NB! Det er tatt høyde for kostnadselementer vedr. brannsikring der to bygg skal knytte sammen.	240	600 000
<b>Sum</b>		<b>940</b>	<b>2 350 000</b>

Investeringsbudsjett	8 Generelle kostnader	18	
<b>Generelt</b>	Konto 81 omfatter arkitekt- og konsulentarbeider i programfasen. Konto 82 omfatter slike arbeider i skisseprosjekt-, forprosjekt-, hovedprosjekt-, detaljprosjekt-, bygge og innflyttingsfasen inkl. brann- og FDV-dokumentasjon etc. Konto 83 omfatter prosjekt-, prosjekterings- og byggeledelse, byggregnskap, juridisk bistand, forretningsførsel etc. Konto 84 omfatter bikostnader til kopiering, reiser, telefon, modeller etc. Konto 85 omfatter byggherrebetalte forsikringer, garantier, offentlige avgifter og gebyrer.		
	<b>Sykehjem - bofellesskap</b>		
<b>8 Generelle kostnader</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Kr/m2 BTA</b>	<b>Kr.</b>
81 Program	Ikke medtatt.		
82 Prosjektering	Prosjektering ifm. skisseprosjekt, hovedprosjekt, detaljprosjekt, byggesøknader, komplettering, kontrahering, kontroll, Brann-, HMS- og FDV-dokumentasjon.	1 510	3 775 000
83 Administrasjon	Prosjekt- og byggeledelse. Kontrollordninger ifm ny plan- og bygningslov.	253	632 500
84 Bikostnader	Kopiering, reiser og dietter, telefon, modeller o.l.	102	255 000
85 Forsikringer, gebyrer	Byggherrebetalte forsikringer Garantistillelse av byggherren. Gebyrer og avgifter (ikke MVA). Beløpet vil i noen tilfelle være dekkende i andre ikke. Det anbefales å ta kontakt med den aktuelle kommune i hvert tilfelle.	305	762 500
86 Ledig	Ikke medtatt.		
87 Ledig	Ikke medtatt.		
88 Ledig	Ikke medtatt.		
89 Diverse	Ikke medtatt.		
<b>Sum</b>		<b>2 170</b>	<b>5 425 000</b>

Investeringsbudsjett	9 Spesielle kostnader	19	
<b>Generelt</b>			
Konto 91 omfatter løst inventar og utstyr, kfr. konto 27 vedr. fast inventar. Konto 92 omfatter kostnader til kjøp av tomt inkl. provisjoner og gebyrer. Konto 93 omfatter finanskostnader for alle anskaffelser i prosjektet inkl. tomt. Denne posten utgjør en omfattende del av prosjektet og krever ofte en egen analyse for å minimalisere kostnadene gjennom en gunstig lids- og anskaffelsesplan. Konto 94 omfatter kostnader til salg og utleie av bygningen. Konto 95/96/97 omfatter beregnet merverdi- og/eller investeringsavgift for alle øvrige poster i budsjettet.			
<b>Sykehjem - bofellesskap</b>			
<b>9 Spesielle kostnader</b>	<b>Forutsetninger</b>	<b>Krim2 BTA</b>	<b>Kr.</b>
91 Inventar og utstyr	Ikke medtatt.		
92 Tomt	Ikke medtatt.		
93 Finanskostnader	Ikke medtatt.		
94 Salgskostnader	Ikke medtatt.		
95 Merverdiavgift inn		4 289	10 722 700
96 Merverdiavgift ut	Ikke medtatt.		
97 Investerings- avgift	Ikke medtatt.		
98 Utestående (refusjoner)	Ikke medtatt.		
99 Diverse	Ikke medtatt.		
<b>Sum</b>		<b>4 289</b>	<b>10 722 700</b>

Investeringsbudsjett	0 Reserver og marginer	20
<b>Generelt</b>	<p>Postene 1-9 er kalkulert på basis av foreliggende planer og er beheftet med en viss usikkerhet. Erfaringsmessig kommer det kostnader i tillegg. Reserver og marginer dekker de faktorer som skaper usikre kostnadsforhold. Reserver/forventede tillegg konto 01 beregnes slik at summen av grunnkalkyle og tillegg gir forventet (mest sannsynlig) prosjektkostnad. Forventet prosjektkostnad er også beheftet med usikkerhet, det er kun ca 50% sannsynlig at man kan unngå overskridelse uten ekstraordinære tiltak. Det er derfor nødvendig med en sikkerhetsmargin for å dimensjonere den finansielle beredskap, kalt rammekostnad. Sikkerhetsmargin konto 02 skal være dimensjonert slik at rammekostnaden ikke overskrides selv om alle uheldige forhold (verst tenkelige tilfelle) inntreffer. Man bør anvende forventet prosjektkostnad som styringsmål og ha en restriktiv linje for anvendelse av sikkerhetsmarginen. I tillegg anbefales det å avsette et beløp for evt. komplettering av bygget etter erfaring med driften av bygget, kalt kompletteringsreserve.</p>	
<b>Faktorberegning</b>		Påvirkning av grunnkalkyle
	Påvirkning på grunnkalkylen	0
	Grunnkalkylens usikkerhet	0
	Arealusikkerhet	0
	Usikkerhet i prosjektavgrensing	0
	Konsekvens av brukermedvirkning	0
	Endring av byggherrens ambisjonsnivå	0
	Endring av planleggerens ambisjonsnivå	0
	Konsekvens av interessenotsetninger	0
	Konsekvens av lover og forskrifter	0
<b>Beregningsresultat</b>	Vurdering av disse faktorer gir som resultat følgende verdier:	
	0.1 Forventede tillegg (50 % sannsynlighet)	kr 2 616 923 4,88 %
	0.2 Sikkerhetsmargin	kr 5 569 434 10,39 %
	0.3 Avsetning 1. driftsår	%
	Disse verdier er ført inn i sammendraget av investeringsbudsjettet side 4	

Investeringsbudsjett      Sammendrag med angivelse av kr/m<sup>2</sup> BTA      21

**Generelt**      Investeringsbudsjettet er basert på NS 3453 dog slik at reserver og marginer er fordelt på postene 0.1 og 0.2. Behovet for avsetninger til reserver og marginer vil endre seg i takt med prosjektet og bør justeres etterhvert som prosjektet detaljeres og usikkerheten reduseres. Se også side 4 for sammendrag i sum kroner.

Delprosjekt	Sykehjem - bofellesskap	Sum
<b>Bruttoareal m<sup>2</sup> BTA</b>	<b>2 500</b>	<b>2 500</b>
1 Felleskostnader	952	952
2 Bygning	7 831	7 831
3 VVS	3 010	3 010
4 Elkraft	1 089	1 089
5 Tele og automatisering	500	500
6 Andre inst.	664	664
<b>Huskostnad (1-6)</b>	<b>14 046</b>	<b>14 046</b>
7 Utendørs	940	940
<b>Entreprenøskostnad (1-7)</b>	<b>14 986</b>	<b>14 986</b>
8 Generelle kostnader	2 170	2 170
<b>Byggekostnad (1-8)</b>	<b>17 156</b>	<b>17 156</b>
9 Spesielle kostnader	4 289	4 289
<b>Grunnkalkyle (1-9)</b>	<b>21 445</b>	<b>21 445</b>
0.1 Forventede tillegg		1 047
<b>Forventet projektkostnad</b>		<b>22 520</b>
0.2 Sikkerhetsmargin		2 228
0.3 Avsetning første driftsår		
<b>Rammekostnad</b>		<b>24 720</b>

Prisnivå      01.05.2010  
Styringsmål      kr 22 520  
Kalkylespesifikasjon      Spesifikasjon av de enkelte poster fremgår av sidene foran.  
Kalkylemetode      Veilet arealprismetode basert på nøkkeltall gitt i kr/m<sup>2</sup> BTA

Generelt

Budsjettokumentets filosofi bygger på et hensiktsmessig valg av kalkylemetode i forhold til dokumentets formål, kfr. budsjettokumentets side 2.

Det finnes ulike kalkylemetoder. Det skilles mellom direkte metoder som bygger på erfaringstall, og statistiske metoder som bygger på de usikre forhold som preger tallmaterialet.

Alle metoder kan være nyttige, avhengig av hvilken fase prosjektet befinner seg i og hva kalkylen skal anvendes til.

Antatt arealprismetode:

Kalkylen baseres på en gjennomsnittlig kvadratmeterkostnad for hele bygget. Metoden er unøyaktig, men har stor utbredelse og kan være tilstrekkelig i idefasen for å velge mellom ulike prosjektideer.

Veiet arealprismetode:

Kostnadene beregnes som produktet av bruttoareal og en tilhørende kvadratmeterkostnad for ulike funksjonsområder for bygget. Det er viktig med klare arealberegningsregler. Det er denne metode som er benyttet i dette budsjettokumentet. Metoden er gir bedre nøyaktighet enn antatt arealprismetode. Den kan være tilstrekkelig i program-, skisse- og forprosjektfasen for å velge mellom ulike løsninger og for rentabilitetsanalyser, budsjetter for styrings- og finansieringsformål.

Elementprismetoden:

baserer seg på å sette sammen bygget av kostandselementer, kfr. bl.a. de blå sider i HolteProsjekt Kalkulasjonsnøkkel. Metoden gir kostnadstall knyttet til ytelser og er nyttig når endelig beskrivelse er fastlagt for kostnadskontroll før anbuds materiale ferdigstilles og utsendes.

Detaljprismetoden:

baseres på beregninger av medgåtte ressurser som arbeidstid, materialer og maskininnsetts. En slik metode er for omfattende i en tidlig fase av prosjektet og gir dårlig oversikt. Den egner seg best til anbuds kalkulasjon og oppfølging av kostnader på byggeplass. Man må spesielt skille mellom direkte kostnader (materialer og lønn) og indirekte kostnader (amortisering av maskiner og utstyr, byggeplassadministrasjon etc.).

For alle metoder er det viktig med en entydig og standardisert kontoplan, se oppstilling i budsjettsammendrag side 5 og spesifikkasjon side 11 - 20.

Det henvises til spesiallitteratur, f.eks. HolteProsjekt Kalkulasjonsnøkkel for nærmere orientering om metodene og nøyaktighetsgrad med de ulike metoder i forskjellige faser av prosjekt..

Kostnadsoppsett ganger på Moer Demenssenter 03.10.2011

TREGANG

Hva for noe?	Mål BxLxH	Areal	Pris/m2/m3	Faktor	Sum	Henvisning
Tilknytning til eksisterende bygg		1	100 000	1,00	100 000	
Gravearbeider	5*12	60	257	1,15	17 733	1.216.11.4 s. 12
Ringmur	12*12	24	1 662	1,15	45 871	1.216.30.1 s. 18
Plate på mark	5*12	60	500	1,10	33 000	Anslått
Vegger	24*3	72	1 489	1,10	117 929	1.231.11.1 s. 35
Merkostnad for glassfasade		40	1 000	1,00	40 000	Anslått
Tak	7*12	84	1 400	1,00	117 600	Sammenslått tak og him
RØR	RS	1	30 000	1,00	30 000	Anslått
VENT	RS	1	30 000	1,00	30 000	Anslått
EL	RS	1	30 000	1,00	30 000	Anslått
Dørautomatikk, åpner, forigling brannalarm	RS	1	30 000	1,00	30 000	Anslått
			Avrundet sum:		600 000	

BETONGGANG

Hva for noe?	Mål BxLxH	Areal	Pris/m2/m3	Faktor	Sum	Henvisning
Tilknytning til eksisterende bygg/betongsaging	RS	1	100 000	1,00	100 000	
Gravearbeider	4*35	140	1 000	1,00	140 000	Justert for dybde på 4 m
Merkostnad for berøring av veier, midlertidige løsn.	RS	1	150 000	1,00	150 000	
Tilbakefylling	2*35	70	300	1,00	21 000	
Betongarbeider gulv	4*35	140	600	1,00	84 000	
Betongarbeider vegger	3*70	210	1 850	1,00	388 500	Inklusiv isolasjon
Betongarbeider dekke	4*35	140	1 500	1,00	210 000	
Isolasjon dekke	4*35	140	200	1,00	28 000	
Membran	(4+4+3+3)*35	490	280	1,00	137 200	Membranfolie
RØR	RS	1	30 000	1,00	30 000	
VENT	RS	1	30 000	1,00	30 000	
EL	RS	1	30 000	1,00	30 000	
Dørautomatikk, åpner, forigling brannalarm	RS	1	30 000	1,00	30 000	
			Avrundet sum		1 400 000	

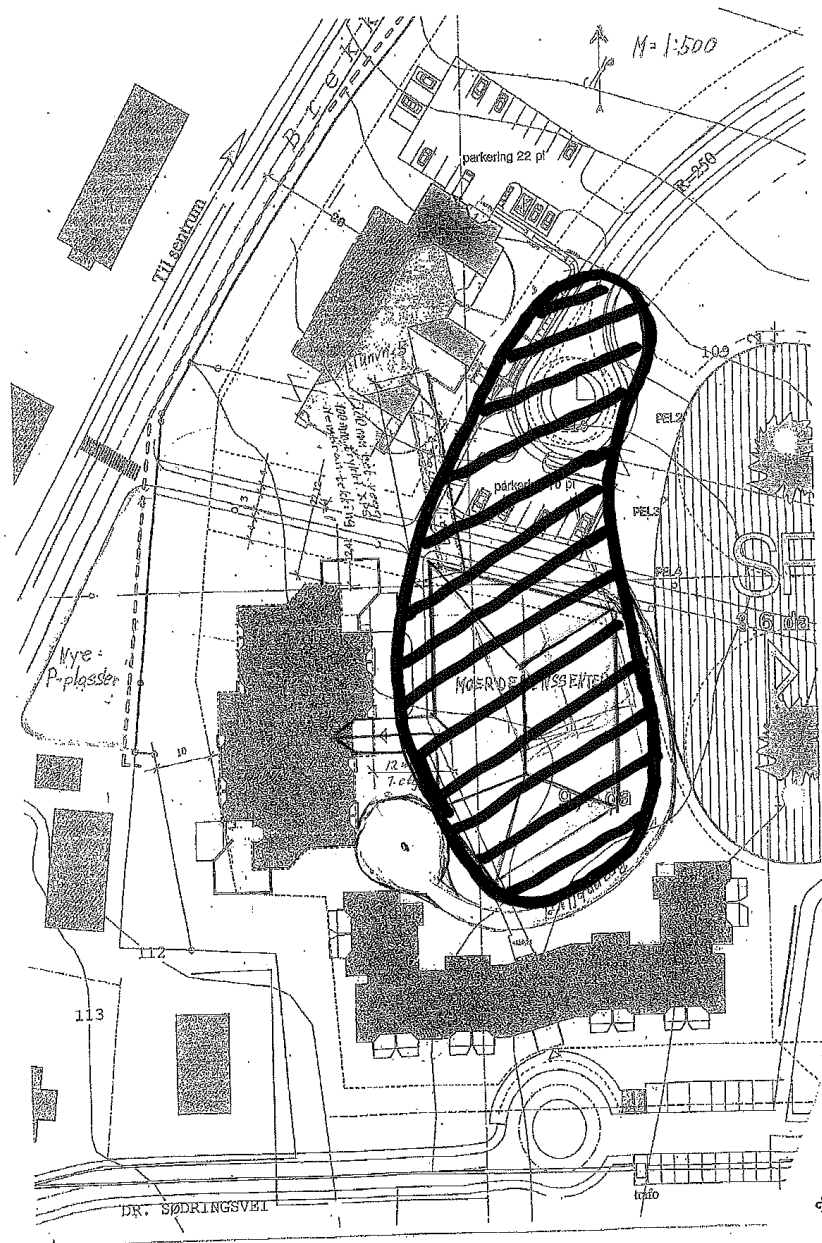
Alle priser eks. mva.  
Prisnivå: mai 2011  
Forutsettes løsmasser



Området som kan  
bebygges (skravert)

Vedlegg 3.

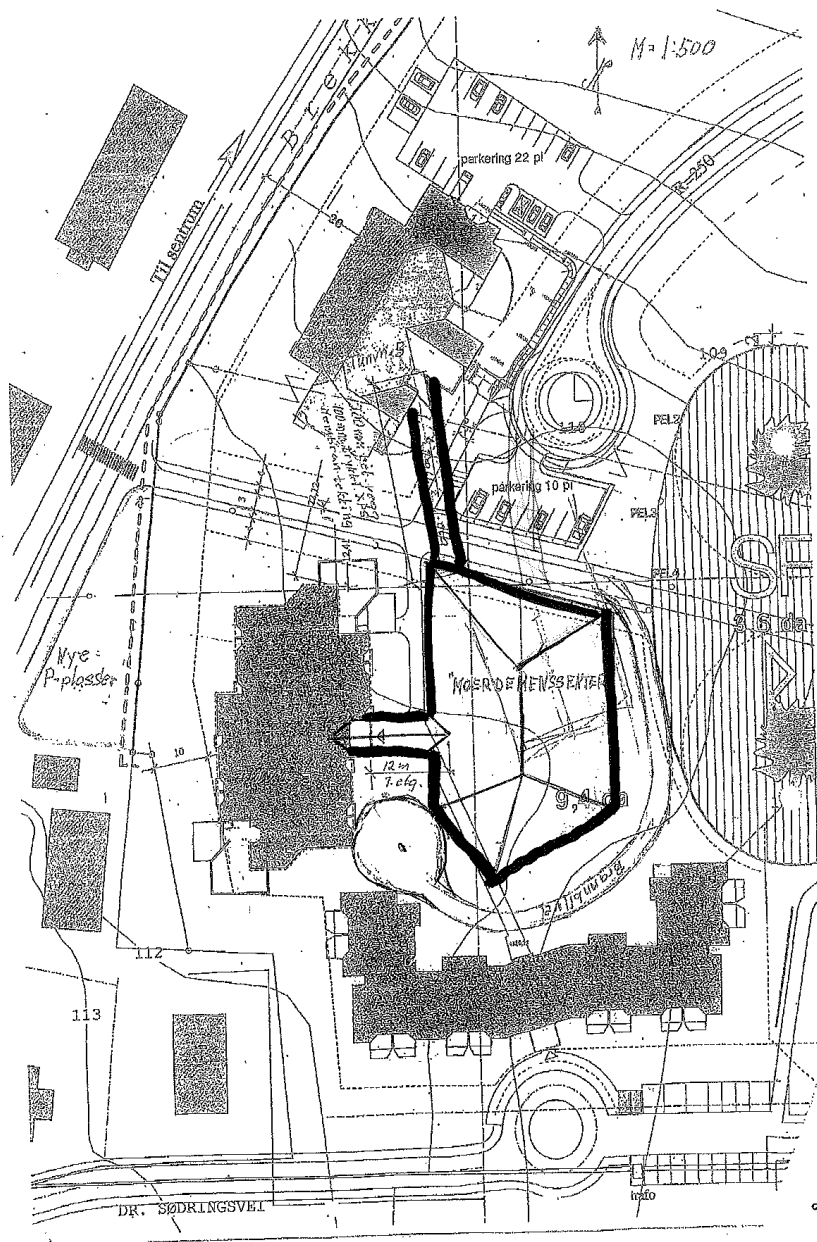
... Sett inn saksutredningen over denne linja ↓



Eksempel på bygg

Vedlegg. 4.

... Sett inn saksutredningen over denne linja →



Saksbehandler: Gro Magnussen

Arkivnr: 661

Saksnr.: 12/911

**Utvalg****Utv.nr.****Møtedato**

Hovedutvalg for helse og sosial

11/12

10.05.2012

Ås Eldreråd

12/12

07.05.2012

Kommunalt råd for funksjonshemmede

10/12

08.05.2012

**Rådmannens innstilling:**

Saken tas til orientering.

Rådmannen i Ås, 02.05.2012

*(Sign.)*

Trine Christensen

**Tidligere politisk behandling:**

Ingen

**Avgjørelsesmyndighet:**

Formannskap

**Behandlingsrekkefølge:**

Eldrerådet

Kommunalt råd for funksjonshemmede

Hovedutvalg for helse og sosial

Formannskap

**Vedlegg som følger saken trykt:**

Ingen

**Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:**

Prosjektrapporten

**Utskrift av saken sendes til:**

Enhetsleder – Moer sykehjem: Gro Magnussen

Systemansvarlig Ellen Normannseth

Stabsleder Andreas Brodahl

**SAKSUTREDNING:****Fakta i saken:****Bakgrunn;**

Moer Sykehjem består av 4 avdelinger med totalt 8 boenheter. Det er ett felles medisinrom for hele sykehjemmet. Som et ledd i kontinuerlig forbedring og

effektivisering iverksatte Moer sykehjem en gjennomgang av de administrative rutiner rundt medisin håndtering inkludert mottak av medisiner fra apotek, legging av dosetter, utdeling til pasient og administrering av medisinrommet.

En arbeidsgruppe har sett på medisinrommet, samt de prosesser som er knyttet til medikament håndteringen på avdelingene.

Arbeidsgruppen tok for seg:

- tidsbruk
- kvalitetsmessige utfordringer
- forbruk av medikamenter.

Arbeidsgruppen besto av:

Lise Bjerkeli (spl / fagkoordinator 2AB), Gitte Wallberg (sykepleier 2 CD, medisinrom ansvarlig), Eric Martinez (sykepleier 1 AB), Jeanette Midtvik (spl / fagkoordinator 2 CD), Lene Heiaas (spl / fagkoordinator 1 CD), Gro Magnussen (avdelingsleder CD fløy), Ståle Martinsen (enhetsleder - driftsavdelingen), Morten Svendsen og Håvard Husemoen fra firmaet Health Tech AS.

Dagens medikament håndtering er basert på manuelle arbeidsprosesser som ofte oppleves som tidkrevende.

Målsettingen for sykehjemmet ved å innføre datastyrt legemiddelkabinett er å:

1. Kvalitetssikre medikament håndteringen av spesielt A og B preparater utover dagens nivå. A-preparater er pålagt en helt spesiell kontroll. Her skal det føres regnskap på forbruk knyttet til den enkelte pasient. Det skal alltid kvitteres ut av to sykepleiere. Dette byr på store utfordringer deler av døgnet. På natt er det bare en sykepleier, det vil si at narkotika som gis om natten kun kontrolleres av en sykepleier. Regnskapet på forbruk og beholdning av narkotika (A-preparater) skal til en hver tid stemme.
2. Forbedre økonomien og logistikken.  
Det er pr i dag 532 ulike preparater på medisinrommet. Sett i betraktning av at nesten alle pasientene har multidose er dette et stort medisinlager. Det er mange synonympreparater. Et legemiddelkabinett vil kreve en streng gjennomgang og reduksjon av lageret. Det brukes i dag mye tid på bestilling av varer. Med legemiddelkabinettet vil det gå elektroniske bestillinger til apoteket.
3. Redusere risiko for feilmedisinering og unngå svinn.  
Dersom det oppdages svinn eller feilføringer tar det med dagens system svært lang tid å finne ut av det. Med datastyrt legemiddelkabinett får man ikke ut medisiner som ikke er knyttet til en pasient, det vil si at sjansen for feilmedisinering eller svinn er minimal. Det brukes ikke tid på kontrolltelling for fordi kabinettet gjør alt dette i sin funksjon.

I tillegg ønskes effekter som f.eks.:

- Mer tid til pasientrettet arbeid
- Mindre tidsforbruk ifht legemiddel håndteringen med høyere kvalitet
- Bedre jobbtrivsel for sykepleiere
- Få bedre oversikt over medisiner som sjeldent brukes på sykehjemmet
- Redusere misbruksmulighetene.

### **Vurdering av saken:**

#### **Overordnet konklusjon fra arbeidsgruppen;**

Arbeidsgruppen finner at legemiddelkabinetter er svært interessant for sykehjemmet, og ser at slike løsninger vil kunne effektivisere håndteringen av medikamenter og øke sikkerheten ved lagring, håndtering og uttak av A- og B-preparater. A-preparater er for eksempel sterke smertestillende som Morfin. B-preparater er for eksempel sovemedisiner og smertestillende som for eksempel Paralgin forte. Begge disse gruppene er vanedannende preparater.

For kommunen og sykehjemmet er det viktig at det datastyrte legemiddelkabinettet utnytter pasientdata som allerede er registrert av sykepleier og lege i Gerica dvs. navn og forordningsdetaljer gjennom direkte integrasjon.

Gerica er journalsystemet for pasientopplysninger (EPJ= Elektronisk Pasient Journal). Dette vil gi en ekstra gevinst gjennom mindre administrasjon ved plukking og kontroll ved legging av medisiner i dosetter. Det vil ikke være mellomledd mellom systemet medisinene forordnes i og systemet som "plukker" medisiner til pasientene. Dette vil igjen si at sjansen for feilmedisinering er kraftig redusert.

Kabinettet vil installeres i eksisterende medisinrom som er felles for alle avdelinger. Alle avdelingene på sykehjemmet vil ha tilgang til medisinautomaten fra pc på arbeidsrommet.

Innføring av Legemiddelkabinett vil gi virksomheten bedre kontroll på sine preparater og samtidig frigjøre sykepleietid fra generell medikamenthåndtering til andre oppgaver.

Legemiddelkabinettet vil kunne motta pasientinformasjon og forordningsinformasjon fra journalsystemet, og på denne måten klargjøre for plukking av medikamenter til pasienten. Dette vil effektivisere legging av medikamenter, samt øke sikkerheten for at korrekt medisin blir lagt i dosetten.

Videre vil man også enklere kunne hente ut eventuelt-medisin, samt at dokumentasjon, regnskapet og bestilling håndteres av legemiddelkabinettet.

#### **Tidsforbruk med dagens medikamenthåndtering vs. Legemiddelkabinett**

Arbeidsgruppen gikk igjennom alle aktiviteter knyttet til medikamenthåndtering både inne og utenfor medisinrommet. Det ble gjennomført en analyse som viser at man kan forvente å frigjøre ca. inntil et årsverk sykepleier, dvs. ca.1900 timer pr. år til andre sykepleieroppgaver. Dette ansees å være et realistisk tall i forhold til andre analyser forutsett en omlegging av dagens arbeidsmetoder og prosesser og at disse innarbeides i sykehjemmets felles prosedyrer.

Det er spesielt tre hovedområder som viser potensielle gevinster. Dette er:

1. Eliminering av dagens manuelle kontroll og registreringsrutiner
2. Sjekk av forordninger sammen med legging av dosetter til de som ikke har multidosepakker.
3. Automatisert narkotikaregnskap

Punkt 2 viser en ekstra gevinst og synergieffekt ved elektronisk overføring og bruk av elektroniske forordningsdata i Gerica.

De registrerte effekter vil oppnås gradvis innenfor første driftsår etter innføring gjennom revisjon og omlegging av dagens rutiner.

Det var prosjektets anbefaling at Moer Sykehjem installerer det elektronisk legemiddelkabinettet på dagens medisinerom, som er felles for alle avdelinger og enheter. Health Tech sin løsning for elektronisk legemiddelkabinett består av elektroniske medisinskap og portal med administrative funksjoner.

Løsningen består av en lokal pc installasjon på legemiddelkabinettet koplet sammen med en sentral portalinstallasjon der alle enheter har tilgang til hva som er forordnet og hvilke medisiner som er tilgjengelig på automaten. IT v/Andreas Brodahl er informert og har gitt uttalelser ifbm denne integrasjonen. Det skal ikke være noen hindringer for å kunne benytte denne dataløsningen.

Løsningen vil kunne integreres mot journalsystemet, slik at inneliggende pasienter og forordninger blir overført til legemiddelkabinettet. Dette sikrer også at alt forbruk blir knyttet til pasienten ved uttak.

Følgende overordnede effekter vil kunne erfares ved innføring av legemiddelkabinetter

- Sikker lagring, rollestyrt tilgang til medikamenter
- Automatisert telling, narkotikaregnskap, bestilling, rapportering
- Dokumentert forbruk/uttak knyttet til pasienten
- Redusert forbruk av medikamenter (anslått til 10 % reduksjon)
- Redusert tidsforbruk innen medikamenthåndtering
- Bedre arbeidsmiljø, knyttet til bedre kontroll av medikamenter
- Økt dokumentasjon og rapportering

### **Kost/nytteanalyse**

Arbeidsgruppen har reflektert over hvilke effekter man kan realisere ved innføring av Legemiddelkabinett i virksomheten.

Analysen viser at ny løsning har en meget kort tilbakebetalingstid innen første hele driftsår.

Analysen ved Moer sykehjem viser et gevinst potensiale som er større enn ved tilsvarende enheter. Dette henger sammen med at sykehjemmet allerede har innført medisinermodul i Gericca og bruk av elektronisk forordning.

### **Kvalitetsheving ved innføring av Legemiddelkabinetter**

Innføring av Legemiddelkabinetter medfører en kvalitetshevelse på virksomheten av flere årsaker. En stor kilde til kvalitetsbriser og brudd på prosedyrer og rutiner er basert på menneskelige og svært vanlige årsaker. Legemiddelkabinetter automatiserer en rekke manuelle arbeidsoppgaver, og på denne måten fjerne men også kilden til flere feilsituasjoner.

Overordnet kan følgende parametere nevnes som kvalitetsgevinst ved innføring av Legemiddelkabinetter:

- Bedre oppfølging av rutiner og prosedyrer i virksomheten
- Mindre feilmedisinering
  - Legemiddelkabinettet vanskeliggjør feilplukking av medikament og dermed feilmedisinering

- Legemiddelkabinettet kan integreres mot forordningsystem og på denne måten ha digital informasjonsflyt helt til plukketidspunktet
- Håndskrift med muligheter for feiltolkninger kan elimineres
- Bedre kontroll
  - Telling av medikamenter utføres av Legemiddelkabinett
  - Grunnlag for bestillinger og bestilling gjøres av legemiddelkabinett
  - Presis informasjon over samtlige medikamentbevegelser i Legemiddelkabinettet
  - Økt tilgjengelighet for styringsdata rundt medikamenthåndteringen
- Økt trivsel blant ansatte
  - Mindre stress rundt medisiner
  - Mindre stress rundt narkotika
  - Tilgjengelig medikament

Medikamentforbruk og anbefalt sikkerhet

Et gjennomsyn på medisinerommet ga følgende overordnede medikamentomfang som skal lagres:

### **Medisinerom, vareliste antallet varenummer: 580 varenummer**

A- Preparater	19 stk
B- Preparater	26 stk
C/F Preparater	319 stk
Øvrige varer	108 stk

Implementering av et legemiddelkabinett muliggjør en gjennomgang av antall medikamenter, og reduksjon av disse. Health Tech anbefaler å implementere 1 stk dispenser på felleslager til lagring av A og B preparater, samt to kabinetter til C- og F-preparater.

### **Lagerkapasitet og bufferlager A- og B-preparater**

Høyt sikkerhetsnivå i dispenser for A- og B- preparater er relativt sett et dyrere lagringsalternativ enn lagring av C- og F- preparater i kabinetter, og derfor finnes funksjonen "mellomlager" i legemiddelkabinett fra Health Tech. "Mellomlager" gir virksomheten muligheten til å lagre spesielle preparater i et mellomlager, for så å fylle inn i ordinært lager ved behov. Hvis man går tom for et preparat i det ordinære lageret vil man kunne gjøre oppslag i mellomlagret, for å avgjøre om varen kan fylles inn i det ordinære lageret.

"Mellomlager" muliggjør mer effektiv drift av innkjøpte medikamenter, høyere utnyttelsesgrad av sjeldent brukte medisiner, enklere håndtering av store forpakninger, samt at legemiddelkabinettet kan dimensjoneres slik at det blir rimeligere i innkjøp.

### **Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:**

Rådmannen vurderer at anskaffelse av datastyrt legemiddelkabinett er meget hensiktsmessig og lønnsomt for kommunen. Anskaffelseskostnaden av kabinettet er "inntjent" på under ett år. Prisen er også meget redusert da, Ås kommune vil være en såkalt "referansekommune" i Akershus og Østfold.

Samhandlingsreformen utfordrer ressurstilgangen ved sykehjemmet. Legemiddelkabinettet vil i tillegg til å være en kvalitetsheving også frigjøre sykepleierressurser, slik at det blir med tid til pasientrettet arbeid.

Rådmannen har derfor anskaffet kabinettet, og finansiert dette av prosjekt 0103 mindre investeringer/uspesifisert. Kommunen har selvfølgelig gjennomført anskaffelsen etter regelverket.

Derav denne sak kun til orientering.

**Konklusjon med begrunnelse:**

Saken tas til orientering.

**Kan vedtaket påklages?**

Nei

**Ikrafttredelse av vedtaket:**

Umiddelbart



**ER-sak 13/12**  
**ARBEIDSPLAN FOR ELDRERÅDET, 2. HALVÅR**

Saksbehandler: Rita Stensrud	Arkivnr: 033	Saksnr.: 12/413
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Ås Eldreråd	13/12	07.05.2012

**Leders innstilling:**

Arbeidsplan for Ås eldreråd brukes som et utgangspunkt for eget planlagt arbeid i rådet.

Ås, 27.04.2012

(Sign.)

Georg Distad  
Leder i Ås eldreråd

**Tidligere politisk behandling:**

Ås eldreråd behandlet *Arbeidsplan for Ås eldreråd, 1. halvår*, 12.03.2012

**Avgjørelsesmyndighet:**

Ås eldreråd

**Behandlingsrekkefølge:**

Ås eldreråd

**Vedlegg som følger saken trykt:**

Vedlegg 1: Arbeidsplan for Ås eldreråd, 2. halvår.

**Utskrift av saken sendes til:**

Ås seniorsenter og Nordby eldresenter  
Ås pensjonistforening

**SAKSUTREDNING:**

**Målsetting:**

Møtene innledes med besøk av fagpersoner/ ansvarlige for tjenestene.  
Dette for å skaffe oss kunnskap om nåsituasjon og hva som hittil er planlagt.

Mellom møtene samarbeider vi om å forme spørsmål om forhold vi er interessert i, slik at de vi ønsker informasjon fra kan vite litt om hva som opptar oss.

**Konklusjon med begrunnelse:**

Ås eldreråd vedtar innstillingen, fordi eldrerådet bør ha en arbeidsplan uavhengig av hvilke konkrete saker som det til enhver tid blir aktuelt å behandle.

## VEDLEGG 1

**Arbeidsplan for Ås eldreråd****Møtekalender, 2. halvår**

Møte	Måned	Hvem	Hva
Nr.6	27. august	Seniorsenter og Eldresenter	Om synspunkter på deres rolle
		Ås eldreråd	Drøfting vedr. handlingsprogram 2013 - 2016
Nr.7	24. september	Ås handelsstand	Om synspunkter på utvikling av Ås sentrum
		Ås eldreråd	Drøfting vedr. handlingsprogram 2013 - 2016
Nr.8	5. november	Rådmann eller Ordfører	Om utfordringer og økonomi 2013
		Ås eldreråd	Uttalelse til handlingsprogram 2013 - 2016