
Notat

Til: Formannskapet

Frå: Rådmann

Kopi til: Leiar eldrerådet, leiar rådet for funksjonshemma, hovudtillitsvalde, NSF og Fagforbundet.

Arkivkode	Arkivsaknr.	Løpenr.	Dato
H12	10/3126-26	12708/11	07.10.2011

Utviding av Sogndal omsorgssenter - orientering

Prenta vedlegg

1. Samhandlingsreforma i kortversjon
2. Utviding av Sogndal pleie og omsorgssenter, skisseprosjekt. Rapport utarbeidd av Arkitektkontoret 4 B.
3. Kartutsnitt
4. Utviding av Sogndal omsorgssenter. Notat datert 02.02.2011 til formannskapet frå rådmann.

Uprenta vedlegg

1. St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDPDFS.pdf>
2. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid.
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDPDFS.pdf>
3. Plan for pleie og omsorgstenesta til eldre 2008 - 2011
<http://img7.custompublish.com/getfile.php/1366833.1687.pyuwrxdcd/Pleie+og+omsorg+til+eldre+i+Sogndal+kommune-+plan+for+2008+-+2011.pdf?return=www.sogndal.kommune.no>

1. Innleiing

I juni i år vart kommunestyret orientert om rapporten *Utviding av Sogndal pleie- og omsorgssenter*, eit skisseprosjektet, som er ein del av forprosjektet for utviding av Sogndal omsorgssenter. Politikarane har fått rapporten, og han ligg tilgjengeleg for alle på kommunen si nettside. Frå arbeidet starta i 2007 og til presentasjonen av skisseprosjektet i juni er det lang tid, og vi har også fått nytt kommunestyre. Rådmannen ønskjer difor å gje ei samla oversikt over det som er gjort.

2. Nasjonale rammer for utviklinga av omsorgstenestene

I store trekk kan utviklinga av omsorgstilbodet¹ skildrast i nokre viktige trekk som har gitt desse tenestene retning:

- Desentralisering: Frå fylke og stat til kommune.
- Frå særomsorg til fellesløysningar: Det har skjedd ei nedbygging av segregert særomsorg og institusjonar til fordel for integrerte heimebaserte tenestetilbod og nye buformer i nærmiljøet.
- Avinstitusjonalisering: Fra institusjon til heimetenester.

Dette er ein langvarig trend der kommunane har fått fleire oppgåver og meir ansvar, og der kommunane har vist at dei kan handtera nye oppgåver (sjukeheimane, ansvarsreforma, opptrappingsplan for psykisk helse).

Demografiske endringar saman med endring i helsetilstand og funksjonsevne har betydning for korleis omsorgsbehovet og omsorgstenestene utviklar seg vidare. I *St.meld.nr.25 (2005 -2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringar* oppsummerer Regjeringa dei fem viktigaste utfordringane på omsorgsfeltet slik:

- Nye brukargrupper. På grunn av utviklinga av medisinsk teknologi og behandlingsevne ser vi ein vekst i yngre brukarar med nedsett funksjonsevne og eit større spekter av helsemessige og sosiale problem. Desse brukargruppene krev anna fagleg kompetanse og eit heilskapleg livsløpsperspektiv på omsorgstilbodet.
- Ein aldrande befolkning.
- Knapp tilgang på fagpersonell og frivillige omsorgspersonar.
- Medisinsk og tverrfagleg oppfølging.
- Aktiv omsorg.

Hovudstrategien for å møte dei framtidige omsorgsutfordringane er å nytta den demografisk sett relativt stabile perioden fram til 2020-2025 til ei gradvis utbygging av tenestetilbodet, og til å planleggja og førebu den raske veksten i omsorgsbehovet som skjer etter 2020/2025. Det er moglege å starta ei gradvis utbygging og investera i førebyggjande tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemiddel og universell utforming både i private heimar og offentlege

ⁱ) *Omsorgsteneste* vert her nytta som eit samleomgrep for ulike former for heimetenester, heimesjukepleie, omsorgsbustader og sjukeheim, med støtte frå allmennlegetenesta og resten av den kommunale helse- og sosialtenesta.

rom. Det statlege investeringstilskot til sjukeheimar og omsorgsbustader legg til rette for langsiktig planlegging og investering i omsorgstenesta.

I juni 2009 la regjeringa fram ei ny stortingsmelding, *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hovudutfordringane i denne meldinga er knytt til både eit pasientperspektiv og eit samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i høve til begge desse perspektiva byggjer meldinga på at samhandling bør vera det viktigaste utviklingsområdet for omsorgssektora i åra framover, samtidig som ein opprettheld fokuset på kvalitets- og utviklingsarbeid innafør den einskilte tenesta.

Meldinga skildrar utfordringane i helse- og omsorgstenestene slik:

- Pasientane sine behov for koordinerte tenester vert ikkje godt nok ivaretekne, tenestene er fragmenterte.
- Helsetenestene har for stor fokus på behandling av sjukdom og seinkomplikasjonar framfor tilbod innretta på å meistra og redusera kronisk sjukdomsutvikling.
- Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbilete gir utfordringar som vil kunna trua samfunnet si økonomiske bereevne.

Regjeringa lanserer fem hovudgrep for å møte desse utfordringane. Desse er:

- Ein tydelegare pasientrolle/pasientforløp.
- Ein ny framtidig kommunerolle, der det vert lagt til grunn at forventta vekst i behovet for ei samla helseteneste i størst mogeleg grad må finna si løysing i kommunane.
- Innføring av økonomiske insentiv som byggjer oppunder ønska oppgåveløysing.
- Utvikling av spesialisthelsetenesta.
- Tydelegare prioriteringar.

Reforma har som mål at meir av helsetenestene skal skje nærare der pasienten bur. Innbyggjarane skal få fleire helsetenester lokalt, både når det gjeld førebygging, behandling og oppfølging av kronisk sjuke og eldre. Sentrale punkt er

- Tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald som døgnplassar for observasjon, etterbehandling, lindrande behandling, rehabilitering og habilitering.
- Tverrfaglege team, habilitering og rehabilitering.
- Lærings- og meistringssentra.

I meldinga vert det tilrådd at desse tenestene vert samlokaliserte i lokalmedisinske sentra der ein og har tenester knytt til rehabilitering og habilitering. Lokalmedisinske sentra vert peika på er eit suksesskriterie for å byggja opp dei kompetansekreva funksjonane. Dei økonomiske verkemidlane i samhandlingsreforma skal støtta oppunder måla om betre arbeidsdeling, samhandling og tverrfagleg samarbeid mellom nivå i helsetenesta.

3. Kva er gjort i Sogndal kommune for å følgja opp dei nasjonale styringssignala

Våren 2007 sette utviklingskomiteen ned ein sakskomite som fekk som mandat å vurdere det kommunale omsorgstilbodet i lys av langsiktige mål og strategiar slik dei var trekte opp i *St.meld.nr.25 (2005 -2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Kommunestyret handsama planen i april 2008.

I planen under *Mål, strategi og tiltak* er det sagt følgjande:

Sjukeheimen dekker funksjonar som langtidsbutilbod for brukarar med omfattande pleie og omsorgsbehov og korttidsopphald i form av etterbehandling etter sjukehusopphald, rehabilitering, avlastning for pårørande og omsorg ved livets slutt. Vi ser at det skjer endringar i funksjonsfordelinga mellom 1. og 2. linjetenesta, og på sikt vil sjukeheimen få utvida funksjonsområde til å gjelda meir medisinsk behandling og pleie ved akutt sjukdom, utgreiing og observasjon, medisinsk behandling og korttidsopphald for kronisk sjuke og personar med komplekse og samansette behov, og tryggleiksplassar. Andre tenester, som legetenesta, må styrkast og vidareutviklast i tråd med sjukeheimen si utvikling.

Bu-, pleie og omsorgstilbodet for personar som har demens skal utviklast i fellesbustadane i Skulevegen 7. ⁱⁱ

Eitt av tiltaka i planperioden omhandlar behovet for oppgradering /utviding av sjukeheimen, og ved handsaming av tertialrapporten i juni det same året vart det løyvt 100 000 kroner til konsulenthjelp til utgreiingsarbeid knytt til mogelege utbyggingsalternativ på SOS. I utgreiingsarbeidet vart følgjande alternativ vurderte:

1. Ein ekstra etasje i Skulevegen 7C

- Bygningen er fundamentert for ein 3. etasje, og gjeldande reguleringsplan tillet 3 etasjar. Ein ekstra etasje vil gje 16 nye einingar fordelt på 2 avdelingar.

2 Ombygging av sjukeheim i Skulevegen 7 A

- Sjukeheimen kan byggjast om i samsvar med arealkrava til Husbanken. Løysinga kan gje ein avdelingsstruktur med 3 avdelingar og 8 einingar i kvar avdeling. Løysinga vil gje 9 færre rom enn i dag. Ombygginga er så omfattande at prismessig ligg det opp til det å byggja nytt.
- Ved tidlegare utbygging har det vore ”snakka om” eit kontorbygg i bakkant /opp mot Prestastien. Det er gjort ei vurdering av om området kan nyttast til omsorgsbustader. Vurderinga er at arealet er for smalt til å få ei god organisering.

ⁱⁱ)Butilbodet for personar med demens er omsorgsbustadane i Skulevegen 7 C, som vart opna i 2003. Her er det plass til 32 bebuarar, fordelt på 4 avdelingar, kvar avdeling har eige kjøkken, stove og aktivtetsrom. I dag er det i hovudsak 2 avdelingar som er nytta til demente.

3. Tilbygg til omsorgsbustadane i Skulevegen 7 B

- Løysinga føreset at ein riv fløyen mot aust som inneheld 3 rom. Tilbygget kan gje 2 avdelingar fordelt på 8 einingar i kvar etasje. Løysinga vil auka tilbodet med 13 einingar.

Summen av alternativa 1-3 betyr at vi kan auka tilbodet med 20 einingar.

4. Tilbod utafor Sogndal omsorgssenter

- Prognosar viser ein sterke auke i tal eldre rundt 2020 - 2025, og for å møta behovet er det nødvendig å planleggja for ein situasjon som gir rom for å auka tilbodet utover 20 einingar. Situasjonsplanen viste ei løysing som berører Trudvangområdet, og som kan gje inntil 40 einingar.

I tillegg til å auka tilbodet om sjukeheims plassar/omsorgsbustader er det i dette utgreiingsarbeidet peika på behov for areal til ei rekkje fellesfunksjonar, kontor, garderoabar, personalrom m.m. Utbyggingalternativa 1-3 løyser i liten grad desse behova. Alternativet til å byggja ut på omsorgssenteret er å prioritera eit nybygg, alternativ 4, samtidig som ein utviklar arealet i Skulevegen 7 A på ein måte som krev ei mindre omfattande ombygging, t.d. ulike typar fellesareal og skjerma tilbod for mindre grupper.

Denne oppsummeringa vart lagt fram for formannskapet i november i tilknytning til budsjettarbeidet. Under investering og utviklingstiltak i ØP 2009 – 2013 er vidare oppfølging omtala slik:

I kommunen sin eldreplan, som vart vedteken av kommunestyret i april 2008, er det prioritert å setje i gang eit planarbeid med tanke på å oppgradere sjukeheimen, samtidig som det er peika på behovet for å avklare om ein kan utvide bygningsmassen innafor tomtegrensene til omsorgssenteret. Rådmannen har gitt ei arbeidsgruppe i oppdrag å vurdere korleis tilbodet kan styrkast, og arbeidsgruppa sitt arbeid vart ferdig i november 2008. Rådmannen vil kome tilbake til kommunestyret med ei eiga sak om korleis resultatet av planprosessen bør følgjast opp.

Når det gjeld helsesenteret er det omtala slik:

I 2008 vart ambulansetenesta til Helse Førde og Sogn barnevern lokalisert i helsesenteret. Arealane er no svært godt utnytta. Det er eit aukande arealbehov knytt til tenester til barn og unge og til legetenesta. Det vil i 2009 verta vurdert utvidingar, ombyggingar eller endringar i leigetilhøva for å dekkja det framtidige arealbehovet for dei kommunale tenestene i helsesenteret. Dersom det vert trong for tilleggsløyvingar knytt til ombygginga vil rådmannen leggja fram sak om dette.

I 2009 vart det laga enkle skisser for utbyggingsalternativ knytt til SOS som kunne gje auka utbyggingsvolum. Følgjande alternativ vart vurderte:

- Prestegarden
- 4-6 bustadeigedomar i i tilknytning til SOS
- Mot Ulvahaugen

Prestegarden

Det har vore kontakt med Opplysningsvesenets fond når det gjeld prestegarden, og det er lagt fram ønske om å kjøpa eigdommen. Tilbakemeldinga frå Opplysningsvesenets fond er at dei

treng eigedommen til tenestetilbod framover, og at dei kjem til å behalda han så langt fram dei kan sjå. Om det på eit seinare tidspunkt skulle bli vurdert annleis, vil eit ev. sal skje i marknaden m.a fordi dette er ein eigedom med stor verdi som bustadeigedom. I tillegg er prestegardsbygningen freda av Riskantikvaren, og dette er nedfelt i reguleringsplanen. Det er ein krevande prosess å få gjort om eit fredningsvedtak. Denne løysinga vart vurdert som ikkje realistisk å få gjennomført.

4-6 bustadeigedomar

Det har vore gjort vurderingar knytt til 4-6 eigedomar for å få utvidingsareal. Innløysing av eigedomane og riving av bustadane vil ha ein høg kostnad og vera konfliktfylt. Dette alternativet vart såleis lagt til sides.

Trudvangsområdet

Når det gjeld Trudvangområdet, har vi lagt til grunn det vedtaket som kommunestyret gjorde i 1998. Strukturgrepet den gongen var å flytta mellomtrinnet til ny skule på Kvåle, dvs at området som Trudvang ligg på, framleis skal nyttast til skuleføremål.

I etterkant har vi gjort ei grov kostnadsvurdering av ei løysing der skuleområdet på Trudvang vert nytta til utbygging av SOS, og ny skule vert etablert ein annan stad. Bygningsarealet på Trudvang etter riving av brakke er 4642 m², fordelt med 3132 m² på den nye delen og 1510 m² på murbygningen. Ved å nytte Byggfakta sin totalkostnad, inkl. verknader av nye byggeforskrifter, er kvm pris for nybygg i Sogn og Fjordane i 2011-priser vurdert til

kr 30 868,-, jf Skisseprosjektet for SOS. Dette gjev eit grov kostnadsoverslag for ny skule på 143 mill. kroner. I tillegg kjem tomtekostnader for 10 – 15 dekar på rundt 5 mill. kroner.

Vi har ikkje vurdert om delar av bygningsmassen ved Trudvang skule ev. kan byggjast om og nyttast til helse- og omsorgstenester.

Sjølv grunnarbeidet vil vera rimelegare på Trudvang-området enn på Stitoppen. Sjølv om vi og tek omsyn til rivingskostnadene, så vil denne skilnaden grovt vurderast til 12 -15 mill kroner.

Samla meirkostnad ved å flytta skulen kan svært grovt vurderast til rundt 130 mill. kroner, noko som gjev årlege finanskostnader på om lag 10 mill. kroner. Kommunen har ikkje økonomi til å bere bygging av ny barneskule, riving av Trudvang skule (ev. ombygging av delar av bygningsmassen) og utbygging av SOS.

Mot Ulvahaugen

Det området som ligg i nærleiken av SOS, og som ikkje er teke i bruk til utbyggingsføremål, er opp mot Ulvahaugen- Stitoppen. Å nytta dette området er såleis mindre konfliktfylt enn utbygging i andre retningar. Området har ein krevande topografi og krevande tilkomst. Det er vidare uvisse knytt til dei geologiske tilhøva. Formannskapet vurderte dette området som så aktuelt for dette utbyggingsføremålet at kommunen løyste inn festearalet rundt Stitoppen, samtidig som som vi fekk kjøpt Stitoppen, eit areal på vel 6 da i 2010.

4. Samhandlingsreforma – nytt plangrunnlag for SOS-utbygginga

19.juni la regjeringa fram *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Innhaldet i samhandlingreforma gjorde at planleggingsgrunnlaget vart endra frå ny og utvida sjukeheim til også å omfatta lokaliserings- og bygningsmessige utfordringane knytt til samhandlingsreforma.

I Økonomiplan 2010-2013 var oppfølging av samhandlingsreforma eit av 10 på toppunkta:

vi skal følgje opp samhandlingsreforma ved å lage ein plan for det førebyggjande helsearbeidet og planlegge og gjennomføre utvidingar av helse- og omsorgstenestene i kommunen, slik at kommunen sjølv kan levere tenester som førstelinetenesta skal ta over frå spesialisthelsetenesta.

Hausten 2010 sett rådmannen ned ei tverrfagleg prosjektgruppe som med utgangspunkt i 10 på topp punktet skulle laga eit romprogram for utbygginga. Romprogrammet vart lagt fram for formannskapet i møtet den 27.januar i år. Formannskapet hadde ingen merknader til programmet, som gjekk inn som dokumentgrunnlag for å laga skisseprosjektet.

I ØP 2011 – 2014 under 10 på topp står det:

vi skal følgje opp samhandlingsreforma ved å planlegge utbygging av helse- og omsorgstenestene i kommunen, slik at kommunen sjølv kan levere tenester som vi skal ta over frå spesialisthelsetenesta, ma. ved å styrkje det førebyggjande helsearbeidet og auke kompetansen innan helse- og omsorgstenestene

Rapporten, som er utarbeidd av Arkitektkontoret 4 B, vart presentert for kommunestyret i møtet i juni. Konklusjonen i rapporten er at det i hovudsak er mogeleg å organisera funksjonane i romprogrammet på ein tilfredsstillande måte innafor den skisserte løysinga. Det ligg til rette for fleksibel bruk av areal og mulegheit for samhandling mellom ulike tenester. Det kan vera ein ulempe å fordela dei 4 avdelingane på 4 plan fordi det reduserer mulegheitene for fellesrom for to og to avdelingar. For bebuarane vil ein kunna oppnå gode bukvalitetar, ulempen kan vera at det ikkje er direkte utgang til terrenget. Legesenteret, lærings- og meistringstilbod, rehabiliteringsfunksjonar og personalbase for heimetenesten er samla på eitt plan, nivå 2.

Den skisserte løysingane er utfordrande i høve til landskapet og prestebustaden. Den største usikkerheita er knytt til grunnen. Det vil bli betydelege utgifter til grunnarbeid og betydeleg risiko knytt til seinking av grunnvatnivået. I rapporten er det sagt at det bør gjerast flere grunnundersøkingar for å sjå om det er mogeleg å redusera risikoen.

Kostnadsoverslaget som ligg i skisseprosjektet er på 175 mill kroner eks. mva. Tek vi omsyn til den statlege tilskotsordningaⁱⁱⁱ, vil kravet til kapital vera på 140 mill kroner. Dette

ⁱⁱⁱ Dei maksimale tilskotssatsane etter Stortinget sitt vedtak 5.april 2011 er følgjande: Omsorgsbustader 666.666 kroner, sjukeheimsplassar 888.800 kroner., innafor ein maksimal anleggskostnad på 2,222mill. kroner. Omsynet til miljø, universell utforming og tilrettelegging for menneske med demens og kognitiv svikt skal følgjast opp i samband med tildeling av tilskot.

inkluderer nybygg, ombygging av sjukeheimen, nybygg parkeringshus og parkering på taket til parkeringshuset.

I orienteringa si til kommunestyret peika også rådmannen på høge kostnader, manglande tilkomst til bakkeplanet frå bueiningane og utforminga av bygningskroppen som utfordrande. Det blei peika på at desse problemstillingane ville bli vurderte i det vidare planarbeidet.

5. Økonomiske verkemiddel knytt til samhandlingsreforma - Statsbudsjettet 2012

Midlane som skal gå til kommunale medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar, vert fordelte til kommunane gjennom inntektssystemet etter alderssamansettinga i befolkninga. Sogndal kommune får 8,114 mill. kroner til kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasientar i 2012.

Kommunane skal betala 20 prosent av sjukehusrekninga frå 01.januar 2012. Dette skal gjelda medisinske opphald for alle aldersgrupper. Det skal vera eit tak på 30 000 kroner for kvart sjukehusopphald. Det er utarbeidd forslag til forskrift om nye samarbeidsavtalar mellom helseføretaka og kommunane. Frå 01.januar 2012 skal det og vera ein døgnset på 4 000 kroner dersom ein utskrivingsklar pasient vert liggjande på sjukehus fordi kommunen ikkje kan sikra vidare oppfølging. Det skal inngåast avtale mellom helseføretaka og kommunane som regulerer korleis utskrivingsklare pasientar skal handsamast.

Døgntilbod for strakshjelp i kommunane

Frå 01.januar 2016 skal alle kommunar ha eit øyeblikkeleg døgntilbod. Dette skal finansierast ved 50 prosent bidrag frå helseføretaka og 50 prosent frå staten. For å få utbetalt dei statlege midlane må kvar kommune dokumentera at han har sett i verk tiltak, eller har konkrete og forpliktande planar for slik etablering. Dersom kommunen ikkje kan behandla dei aktuelle pasientane, vil dei i staden få tilbod i spesialisthelsetenesta. Dei økonomiske midlane vil då bli tilbakeførde til helseføretaket på slutten av året. Dersom kommunane kan tilby tenester i større omfang enn det som er estimert, kan det vera moegeleg å auka summen som vert overført frå det regionale helseføretaket.

6. Finst det eit null-alternativ?

Vi må for alle investeringstiltak vurdere om dei strengt teke må gjennomførast. Det gjeld ikkje minst for investeringar i den storleiken som SOS-utbygginga representerer, og som har store verkander på kommuneøkonomien. Følgjande tilhøve gjer ei utbygging nødvendig:

- eksisterande institusjonsdel tilfredsstillar ikkje dagens krav til standard. Dersom det ikkje vert bygd ny institusjonsdel, må denne gjennom ei omfattande og kostbar oppgradering
- kommunen må leggja til rette for auka kapasitet, fleire institusjonsplassar. Det krev tilgang til nytt areal.

- samlokalisering av tenester gjer det lettare å byggja opp døgnplassar i kommunen til observasjon, etterbehandling, lindrande behandling og habilitering og rehabilitering
- kommunen kan tilby innbyggjarane tenester der dei bur, noko som er i samsvar med nærleiksprinsippet i samhandlingsreforma.
- samlokalisering av tenester gir større fagmiljø, og vil dermed gjera det lettare (mindre vanskeleg) å rekruttera fagfolk.
- all erfaring tilseier at det er langt dyrare for kommunen å kjøpa desse tenesten frå andre enn å løysa dei sjølve.

7. Oppsummering og vidare arbeid

Vi har arbeidd med utbygging av SOS sidan juni 2008 på bakgrunn av vår eigen omsorgsplan, *St.melding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* og *St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

Samhandlingsreforma utvidar ansvarsområdet for kommunane, og stiller store krav til samhandling både internt, mellom kommunar og mellom kommune- og spesialisthelsetenesta.

Samtidig har kommunane fått auka ansvar for folkehelse og førebyggjande helsearbeid.

Kommunestyret har lagt rammene for planleggingsarbeidet gjennom prioriteringar i økonomiplanarbeidet. Fleire utbyggingalternativ har vore vurderte og seinare lagde til sides, både på grunn av kostnadsomsyn, men og på grunn av at dei er konfliktfylte.

Tidleg i haust vart det inngått avtale om nødvendige geotekniske undersøkingar i området for å kunna starta prosjektering og seinare bygging. Rapporten frå dette arbeidet vil liggja føre i løpet av oktober.

Så langt er det brukt i underkant av 1 mill. kroner til planlegginga, fordelt på arkitektfagleg og geoteknisk konsulenttenester.

Det vidare arbeidet med prosjektet inneheld følgjande:

- Arbeidet med å leggja til rette for ein sterkare investeringsøkonomi må ha høg prioritet i ØP-arbeidet, jf. eige notat.
- Det må setjast i verk reguleringsplanarbeid knytt til området.
- På bakgrunn av reguleringsplan kan prosjekteringa starta og dei konkrete løysinga utformast. Oppstart i 2013.

Jostein Aanestad

rådmann