



MULIGHETSSTUDIE

FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER



Halden
kommune

AUGUST 2026

TITTEL	MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER
OPPDRAAGSGIVER	HALDEN KOMMUNE
RAPPORTTYPE	MULIGHETSSTUDIE
VERSJON	2.0
UTARBEIDET AV	MARGRETHE LILLEBØ
SIDEMANNSKONTROLL	HEIDI C. GILJE
GODKJENT AV	CECILIE P. ØYEN
FORSIDEFOTO	KVIKK / WIKIMEDIA COMMONS – CC BY-SA 4.0

HRP AS
 DRONNING EUFEMIAS GATE 16
 0191 OSLO

DATO	VERSJON	UTFØRT AV	SIDEMANNSKONTROLL	GODKJENT AV
01.09.26	1.0	MARGRETHE LILLEBØ	HEIDI C. GILJE	CECLIE P. ØYEN
23.09.26	2.0	MARGRETHE LILLEBØ	HEIDI C. GILJE	CECILIE P. ØYEN

SAMMENDRAG

Halden kommune står foran et strategisk veivalg. Veksten i antall eldre, flere innbyggere med sammensatte behov og knappere tilgang på arbeidskraft gjør at dagens omsorgsstruktur ikke kan videreføres uendret. Kommunen må velge en retning som sikrer tilstrekkelig kapasitet, bedre pasientflyt og mer bærekraftig bruk av personell og økonomiske ressurser.

Den framtidige helse- og omsorgsstrukturen må ses i sammenheng med kommunens folkehelse- og levekårsutfordringer. En høy andel innbyggere utenfor arbeid og utdanning kan bidra til svakere helse, tidligere funksjonsfall og større tjenestebehov. Halden må derfor styrke det helsefremmende arbeidet gjennom hele livsløpet og legge til rette for at flere kan mestre eget liv og bo trygt hjemme lenger. Samtidig må det tydeliggjøres at innbyggerne har et ansvar for egen helse og livssituasjon. Dette innebærer blant annet å planlegge egen aldring gjennom valg av egnet bolig, ivaretagelse av sosiale nettverk og et aktivitetsnivå som fremmer helse og selvstendighet.

Mulighetsstudien gir et strategisk beslutningsgrunnlag for den videre utviklingen av kommunens sykehjems- og omsorgsstruktur. Alle alternativene bygger på samme tjenstemessige hovedretning: mer forebygging, mestring og rehabilitering, styrkede hjemmebaserte tjenester, egnede boliger og bedre bruk av teknologi. Det politiske valget handler først og fremst om hvordan framtidig institusjonskapasitet skal organiseres og lokaliseres.

For å belyse framtidig struktur og lokalisering av sykehjemstilbudet er det utredet fire alternativer med ulik bruk av eksisterende bygg, nybygg og grad av samling på færre lokasjoner. Alternativet A0 viderefører i hovedsak dagens situasjon og vurderes ikke som bærekraftig. A1 modernisert desentralt modell har det laveste investeringsbehovet, men opprettholder en desentralisert struktur og flere av dagens utfordringer. Hovedvalget står mellom A2, som samler sykehjemsdriften ved Bergheim, og A3, som kombinerer videre utvikling av Bergheim med en ny hovedlokasjon.

HRP anbefaler A3 som strategisk hovedretning. Alternativet legger til rette for større og mer robuste fagmiljøer og reduserer sårbarheten ved å fordele kapasiteten på to hovedlokasjoner. En ny lokasjon kan også gi muligheter for samarbeid med andre aktører, samlokalisering av tjenester og større fleksibilitet i den videre utviklingen. Anbefalingen innebærer ikke et endelig tomtevalg eller en investeringsbeslutning. Neste fase må blant annet avklare lokalisering, tilgjengelighet, rekrutteringsgrunnlag, beredskap, funksjonsdeling, økonomi og gjennomføringsmodell.

Mulighetsstudien viser samtidig at Halden kommune allerede har satt i gang mye godt og relevant utviklingsarbeid. Flere av anbefalingene inngår i etablerte planer, prosesser og tiltak. Innsatsen framstår imidlertid som fragmentert og er ikke alltid tilstrekkelig kjent, forankret eller gjennomført som felles praksis. Pågående og nye tiltak må derfor samordnes, prioriteres og kobles tydeligere til den valgte hovedretningen. Gevinstene kan først realiseres når institusjonsstruktur, hjemmetjenester, boligtilbud, forebygging, rehabilitering, teknologi og styring utvikles i sammenheng.

På kort sikt må kommunen skape handlingsrom gjennom en tidsavgrenset overgangsstrategi for å håndtere dagens situasjon. Karrestad bør vurderes som første midlertidige kapasitetsgrep, med Iddebo som mulig supplement. HRP vurderer det som urealistisk å bruke en dekningsgrad for langtidsplasser på 8 prosent, tilsvarende 10 prosent samlet når korttidsplasser inkluderes, som et kortsiktig styringsmål. Dette forutsetter at tilbudene utenfor institusjon og lengre ned i innsatstrappen styrkes, og at dagens kapasitets- og pasientflytutfordringer håndteres bedre. En dekningsgrad på 8 prosent for langtidsplasser bør derfor forstås som en langsiktig planleggingsforutsetning, ikke som et fast måltall. Oppnåelig dekningsgrad vil blant annet

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

avhenge av befolknings- og helseutviklingen, boligtilbudet, forebyggende innsats, kapasiteten i hjemmebaserte tjenester, bruk av teknologi og kommunens gjennomføringsevne.

.

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	7
1.1 MANDAT OG FORMÅL	7
1.2 BAKGRUNN FOR OPPDRAGET	7
1.3 GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET	7
2 METODE	8
2.1 METODISK TILNÆRMING	8
2.2 DATAGRUNNLAG, KILDEBRUK OG KUNNSKAPSINNHEMTING	8
2.3 ANALYSEMODELL	8
2.4 ALTERNATIVUTVIKLING OG VURDERING	9
2.5 AVGRENSNINGER OG FORUTSETNINGER	9
3 SITUASJONSBILDE OG PREMISER	10
3.1 DEMOGRAFISKE TRENDER OG UTVIKLING	10
3.2 ARBEIDSKRAFT SOM STRUKTURELL RAMME	13
3.3 FRAMTIDIG BEHOV FOR HELDØGNS OMSORG	13
3.4 SAMLET VURDERING	14
4 KUNNSKAPSGRUNNLAG OG STRATEGISKE FØRINGER	15
4.1 OVERORDNEDE MÅL OG STRATEGISKE FØRINGER	15
4.2 DAGENS TJENESTESTRUKTUR	15
4.3 BYGNINGSMASSEN SOM STRUKTURELL RAMME	19
4.4 TJENESTEFORLØP OG SAMHANDLING	20
4.5 SAMLET GAP-ANALYSE	20
4.6 TOMT OG BELIGGENHET	21
5 STRATEGISKE MÅL	22
5.1 OVERORDNEDE MÅL FOR MULIGHETSSTUDIEN	22
5.1.1 <i>Utgangspunkt i kommunens egne mål</i>	22
5.1.2 <i>Hvordan målene brukes i mulighetsstudien</i>	22
5.1.3 <i>Samfunnsmål</i>	22
5.1.4 <i>Effekt mål for framtidig omsorgsstruktur</i>	22
5.1.5 <i>Vurderingskriterier for alternativanalysen</i>	22
6 DIMENSJONERING OG KONSEPTUELLE LØSNINGSALTERNATIVER	24
6.1 STRATEGISKE FØRINGER FOR FREMTIDIG OMSORGSSTRUKTUR	24
6.2 DATAGRUNNLAG OG METODE	24
6.3 PRINSIPPER FOR DIMENSJONERING	24
6.4 SENTRALE PREMISER FOR ALLE ALTERNATIVER	24
6.4.1 <i>HDO som omstillingspremiss</i>	25
6.4.2 <i>Helsehuset som korttids-, rehabiliterings- og avklaringsarena</i>	25
6.4.3 <i>Lavere nivå i mestringstrappen som forutsetning</i>	25
6.4.4 <i>Forvaltning, ledelse og styringsdata som felles premiss</i>	25
6.5 SCENARIER FOR FREMTIDIG KAPASITET	25
6.6 FELLES FORUTSETNINGER FOR ALTERNATIVENE	26
6.6.1 <i>Kostnadsforutsetninger for bygg, drift og investeringer</i>	26
6.6.2 <i>Felles tjenestemessige forutsetninger</i>	27
6.7 ALTERNATIV A1 – MODERNISERT DESENTRALISERT DRIFTSMODELL	27
6.7.1 <i>Kapasitets- og utbyggingsløp</i>	28
6.7.2 <i>Oppsummering og tjenestemessige konsekvenser</i>	28
6.8 ALTERNATIV A2 – SAMLET OMSORGSSENTER VED BERGHEIM	29
6.8.1 <i>Kapasitets- og utbyggingsløp</i>	29
6.8.2 <i>Oppsummering og tjenestemessige konsekvenser</i>	30
6.9 ALTERNATIV A3 – KOMBINASJONSMODELL	30

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

6.9.1 Kapasitets- og utbyggingsløp.....	32
6.9.2 Oppsummering og tjenestemessige konsekvenser	32
6.10 SAMLET VURDERING AV DIMENSJONERING OG KONSEPTER	33
6.10.1 Sammenligning av beregnede driftskostnader	34
6.10.2 Beslutningsmessige konsekvenser for alternativanalysen	34
7 RAMMEVILKÅR FOR KONSEPTVALG	35
7.1 FORMÅL OG BRUK AV RAMMEVILKÅR	35
7.2 PROSJEKTSPEISIFIKKE RAMMEVILKÅR	35
7.3 GENERELLE JURIDISKE OG FAGLIGE RAMMEVILKÅR	35
7.4 RAMMEVILKÅR SOM SKILLER ALTERNATIVENE	35
7.5 SAMLET VURDERING	36
8 ALTERNATIVANALYSE	37
8.1 ANALYSEMODELL OG VURDERINGSGRUNNLAG	37
8.1.1 Felles styrende prinsipper – ikke konseptforskjeller	37
8.1.2 Vurderingsdimensjoner	37
8.2 VURDERING AV A0 – NULLALTERNATIVET	37
8.3 VURDERING AV A1 – MODERNISERT DESENTRALISERT MODELL	38
8.4 VURDERING AV A2 – SAMLET OMSORGSSENTER VED BERGHEIM	38
8.5 VURDERING AV A3 – KOMBINASJONSMODELL	39
8.6 SAMLET SAMMENLIGNING AV ALTERNATIVENE	39
8.7 ANBEFALT STRATEGISK RETNING	40
9 ANBEFALT LØSNING OG GJENNOMFØRINGSPLAN	41
9.1 ANBEFALT HOVEDRETNING	41
9.2 MÅLBILDET FOR FREMTIDIG TJENESTESTRUKTUR	41
9.3 OVERGANGSSTRATEGI – SKAPE HANDLINGSROM FOR OMSTILLING	41
9.4 BESLUTNINGSPUNKTER FOR VIDERE PLANLEGGING	42
9.5 STYRING, ORGANISERING OG GJENNOMFØRINGSMODELL	43
9.6 FELLES STYRINGSGREP FOR ALLE TJENESTER	43
9.7 GJENNOMFØRINGSMODELL – SJU PARALLELLE SPOR	44
9.8 ORGANISERING OG LEDELSE I TJENESTENE	44
9.8.1 Enhetslederrollen.....	45
9.8.2 Avdelingslederrollen.....	46
9.9 FORVALTNINGSENHETEN, MOTTA OG MESTRING	46
9.10 HJEMMEBASERTE TJENESTER	48
9.10.1 Organisering og ledelse i hjemmebaserte tjenester.....	48
9.10.2 Datagrunnlag og funn fra hjemmetjenesteprosjektet	50
9.10.3 Ressurseeffektivisering i hjemmetjenesten.....	51
9.10.4 Lokalisering av hjemmebaserte tjenester	52
9.11 INSTITUSJON(LANGTIDSPLASSE)	52
9.12 BOLIGTRAPP, HDO, SENIORPLUSS OG TILRETTELAGTE BOLIGER	54
9.13 HELSEHUSET	55
9.14 DAGSENTER, DEMENS OG PÅRØRENDESTØTTE	56
9.15 HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE TILTAK	57
9.16 VELFERDSTEKNOLOGI OG DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING	58
9.16.1 Anbefalt retning og beslutningsbehov	58
9.16.2 Prioriterte teknologier og tjenesteområder.....	59
9.16.3 Forutsetninger for skalering.....	59
9.16.4 Gevinstoppfølging og risikokontroll	59
9.16.5 Prioriterte anbefalinger	60
9.17 ARBEIDSKRAFT, INKLUDERING OG ALTERNATIVE RESSURSLØP	60
9.18 TILTAK SOM KREVER POLITISK BESLUTNING ELLER INVESTERING	61
9.19 GEVINSTREALISERING, ØKONOMI OG KAPASITETSSTYRING	61
9.20 IMPLEMENTERING OG VEIEN VIDERE	62
9.20.1 Fase 1 – beslutte retning og mobilisere.....	62

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

<i>9.20.2 Fase 2 – utrede, pilotere og beslutte</i>	<i>62</i>
<i>9.20.3 Fase 3 – gjennomføre og skalere.....</i>	<i>62</i>
9.21 RISIKO OG FORUTSETNINGER FOR GJENNOMFØRING	62
REFERANSER OG KILDEGRUNNLAG	64
PUBLISERTE OG OFFENTLIGE KILDER	64
LOKALT OG PROSJEKTINTERNT KUNNSKAPSGRUNNLAG	64
VEDLEGG:	66
<i>Digitale vedlegg.....</i>	<i>66</i>
<i>Vedlegg 1. Basiskalkyle Halden kommune Sykehjemsutbygging august 2026</i>	<i>67</i>
<i>Vedlegg 2 Beregningsforutsetninger for investering og drift, Metodiske og økonomiske forutsetninger for alternativanalysen – Halden kommune.....</i>	<i>68</i>
<i>Vedlegg 3 Basiskalkyler for 10% dekningsgrad, hvorav 8 % langtidsplasser.....</i>	<i>72</i>
<i>Vedlegg 4 Basiskalkyler for 11,2 % dekningsgrad, hvorav 9,1 % langtidsplasser</i>	<i>73</i>

1 INNLEDNING

Kapittelet rammer inn mandat, formål og bakgrunn for oppdraget, og viser hvorfor Halden kommune trenger et samlet beslutningsgrunnlag for framtidig sykehjems- og omsorgsstruktur.

1.1 MANDAT OG FORMÅL

HRP har fått i oppdrag å gjennomføre en mulighetsstudie for framtidige sykehjemsløsninger i Halden kommune. Formålet er å gi kommunen et tydelig beslutningsgrunnlag for prioriteringer knyttet til sykehjemsstruktur, heldøgns omsorg og tjenester som påvirker behovet for institusjonskapasitet.

Rapporten skal støtte valg av strategisk hovedretning. Den erstatter ikke senere beslutninger om tomt, investering, detaljprosjektering eller endelig organisering, men avklarer hvilke prinsipielle løsningsretninger kommunen bør arbeide videre med.

Alternativene vurderer hvordan kapasitet, organisering, bemanning, bygg, teknologi og økonomisk handlingsrom samlet kan understøtte en bærekraftig helse- og omsorgsstruktur. Sykehjemsplasser vurderes derfor i sammenheng med korttid, rehabilitering, hjemmebaserte tjenester, tilrettelagte boliger, forebygging og teknologi.

Rapporten følger en KVVU-inspirert logikk der behov, mål, rammevilkår, alternativer, vurdering og anbefalt retning ses i sammenheng.

1.2 BAKGRUNN FOR OPPDRAGET

Norge står overfor store demografiske endringer. Flere eldre, økende levealder og færre yrkesaktive per pensjonist utfordrer kommunenes bæreevne og gjør det nødvendig å vurdere hvordan helse- og omsorgstjenestene skal organiseres framover.

For Halden viser kunnskapsgrunnlaget et sammensatt utfordringsbilde. Befolkningen blir eldre, tjenestebehovet øker, og kommunen har samtidig knappere tilgang på arbeidskraft og stramme økonomiske rammer. Utviklingen krever en tydelig omstilling. Kommunen må styrke forebygging, tidlig innsats, mestring, egnede boligtilbud og samhandling mellom tjenester. Valgene gjelder derfor både kapasitet, tjenestemodell, bygg, bemanning, økonomi og gjennomføringsevne.

Halden kommunes *Fremtidsplan for helse- og omsorgstjenester 2025–2045* beskriver dagens situasjon og framtidige behov. Mulighetsstudien bygger videre på dette kunnskapsgrunnlaget og konkretiserer de strukturelle valgene kommunen står overfor.

HALDEN KOMMUNE

Halden kommune ligger i Østfold og har om lag 32 000 innbyggere. Kommunen har både bymessige og spredtbygde områder, et sammensatt befolknings- og levekårsbilde og tydelige folkehelseutfordringer.

Rapporten bruker 2038 som sentralt planleggings- og gjennomføringspunkt, 2045 som kommunens langsiktige strategiske planhorisont og 2050 som utvidet robusthets- og dimensjoneringshorisont.

1.3 GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET

Oppdraget er gjennomført som en tidligfaseutredning i dialog med Halden kommune. Arbeidet har hatt som mål å beskrive utfordringsbildet, utvikle prinsipielle løsningsretninger og peke på spørsmål som må avklares i videre planlegging. Den metodiske tilnærmingen er beskrevet i kapittel 2.

Arbeidet bygger på kommunens egne planer og kunnskapsgrunnlag, supplert med analyser og innspill som belyser dagens situasjon og framtidige utviklingsbehov.

Rapporten tar ikke stilling til detaljprosjektering, endelig tomtevalg, reguleringsmessige avklaringer eller investeringsbeslutning. Den peker på strategiske retninger og forutsetninger kommunen bør utrede videre.

2 METODE

Kapittelet beskriver metode, datagrunnlag, analysemodell og avgrensninger for mulighetsstudien.

2.1 METODISK TILNÆRMING

Mulighetsstudien er gjennomført som en faseinndelt tidligfaseutredning etter prinsipper fra KVVU-metodikk. Arbeidet har omfattet kunnskapsinnhenting, behovsanalyse, utvikling av alternativer og vurdering etter felles kriterier.

Metoden skal gi en sporbar sammenheng mellom datagrunnlag, analyse, alternativutvikling og anbefaling. Vurderingene er gjort på strategisk nivå, tilpasset en mulighetsstudie i tidlig fase.

Arbeidet kombinerer kvantitative data, dokumentgjennomgang, befaringer og faglige vurderinger for å belyse kapasitet, tjenestestruktur, bygg, organisering, arbeidskraft, økonomi og gjennomførbarhet.

2.2 DATAGRUNNLAG, KILDEBRUK OG KUNNSKAPSINNHEENTING

Kunnskapsgrunnlaget bygger på kommunale planer, konkurransegrunnlag, kapasitetsoversikter, demografiske framskrivinger, folkehelse- og levekårsdata, KOSTRA-data, nasjonale føringer, forskning, erfaringer fra andre kommuner, befaringer og dialog med ledere og fagpersoner i Halden kommune.

Kommunale data og lokale observasjoner er brukt for å beskrive Haldens situasjon. Nasjonale føringer, forskning og erfaringer fra andre kommuner er brukt som sammenlignings- og kvalitetssikringsgrunnlag.

Fremtidsplan for helse- og omsorgstjenester i Halden kommune 2025–2045 er brukt som sentralt lokalt kunnskapsgrunnlag, supplert med statistikk, analyser, faglige vurderinger og prosjektinterne innspill der dette har vært nødvendig.

Datagrunnlaget er brukt analytisk, ikke mekanisk. Beregninger, dekningsgrader og scenarier er brukt som planleggings- og beslutningsstøtte, mens sentrale forutsetninger dokumenteres nærmere i kapittel 6 og relevante vedlegg.

2.3 ANALYSEMODELL

Analysemodellen er bygget opp rundt seks hoveddimensjoner: behov og demografi, kapasitet og dekningsgrad, tjenestestruktur og pasientforløp, organisering og arbeidskraft, bygg og teknologi, samt økonomi og gjennomførbarhet.

Dimensjonene er først vurdert hver for seg og deretter samlet. Dette gjør det mulig å se hvordan kapasitet, tjenester, bygg, bemanning og økonomi påvirker hverandre, og hvordan ulike alternativer svarer på samme utfordringsbilde.

Behovs- og kapasitetsanalysen bygger på demografiske framskrivinger, utvikling i de eldste aldersgruppene, sykdomsbilde, demensutvikling, folkehelse og dagens kapasitet. Dekningsgrad for langtidsplasser i sykehjem brukes som analytisk referansepunkt, mens korttidsplasser og HDO behandles som egne funksjoner.

Tjeneste-, organisasjons-, bygg- og økonomivurderingene er brukt til å belyse pasientflyt, samhandling, ledelse, rekruttering, fagmiljø, logistikk, teknologisk infrastruktur, investeringsbehov, driftskonsekvenser og gjennomføringsrisiko på overordnet nivå.

Analysemodellen brukes som felles ramme for dimensjoneringen i kapittel 6 og alternativanalysen i kapittel 8.

2.4 ALTERNATIVUTVIKLING OG VURDERING

Alternativene (A1 – A3) er utviklet med utgangspunkt i behovsanalysen, gap-analysen, vurderinger av bygg og lokalisering, kapasitetsberegninger og kommunens strategiske mål. A0 beskriver dagens situasjon.

Alternativene skiller seg primært i hvordan institusjonskapasiteten organiseres, lokaliseres, bygges og driftes. Vurderingen omfatter blant annet grad av samling, antall lokasjoner, bruk av eksisterende bygg eller nybygg, tomtekapasitet, tilgjengelighet, rekrutterbarhet, beredskap, utbyggingsfleksibilitet, økonomi og gjennomføringsrisiko.

For A1–A3 legges samme overordnede tjenestestilling til grunn. Alternativanalysen vurderer derfor hvor godt ulike institusjonsstrukturer understøtter felles premisser om forebygging, mestring, rehabilitering, hjemmebaserte tjenester, boligtilbud, Helsehusets rolle og velferdsteknologi.

2.5 AVGRENSNINGER OG FORUTSETNINGER

Avgrensningene gjelder først og fremst metode og presisjonsnivå. Mulighetsstudien er gjennomført på strategisk nivå og omfatter ikke detaljprosjektering, reguleringsavklaring, endelig tomtevalg eller investeringsbeslutning.

Bygningsfaglige vurderinger er avgrenset til bygg og lokasjoner som er mest relevante for mulighetsstudien. Øvrige bygg og tjenester omtales bare der de har betydning for samlet tjenestestruktur, kapasitet, pasientflyt eller behovet for institusjon og heldøgns omsorg.

Analysene bygger på forutsetninger om demografisk utvikling, sykdomsforekomst, arbeidskraft, økonomisk handlingsrom, teknologiutvikling og kommunens evne til å gjennomføre omstilling. Forutsetningene må oppdateres og kvalitetssikres i senere faser.

Beregninger og scenarier i rapporten skal forstås som beslutningsstøtte, ikke som bindende kapasitets- eller investeringsvedtak.

3 SITUASJONSBILDE OG PREMISSE

Kapittelet oppsummerer sentrale premisser for framtidig omsorgsstruktur i Halden, med vekt på demografi, arbeidskraft og kapasitetsbehov.

3.1 DEMOGRAFISKE TRENDER OG UTVIKLING

Befolkningsutviklingen er et sentralt premiss for planleggingen av framtidig helse- og omsorgsstruktur i Halden. Kommunen får en tydelig vekst i de eldste aldersgruppene, samtidig som veksten i den yrkesaktive befolkningen er svak. Dette påvirker både kapasitetsbehov, tjenestemodell og tilgang på personell.

Framskrivningene viser at behovet ikke kan vurderes ut fra antall eldre alene. Sykdomsbilde, demensforekomst, funksjonsnivå, levekår og arbeidskraftsituasjon må ses i sammenheng med utviklingen i befolkningen. Dette er særlig viktig fordi økt levealder både kan gi flere friske leveår og flere år med sammensatte tjenestebehov.

ENDRINGER I ALDERSSAMMENSETNINGEN

Tabellene nedenfor viser at Halden får moderat samlet befolkningsvekst, men sterk vekst i aldersgruppen 67 år og eldre – og særlig blant innbyggere over 80 og 82 år. Dette er aldersgrupper der behovet for helse- og omsorgstjenester normalt øker betydelig. Utviklingen gir derfor et tydelig press på hjemmetjenester, boliger med tjenester, korttid, rehabilitering og heldøgns omsorg.

Tabell 1: Befolkningsutvikling i Halden 2025–2050. Kilde: SSB (2025) og Halden kommune (2025). Bearbeiding: HRP.

Beskrivelse	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Sum innbyggere	32 005	32 512	33 194	33 805	34 311	34 707
0–19 år	6 667	6 312	6 169	6 216	6 340	6 378
20–66 år	18 997	19 187	19 232	19 072	19 002	19 007
67 år og eldre	6 341	7 013	7 793	8 517	8 969	9 322

Hovedbildet er at kapasitetsplanleggingen må ta høyde for en kraftig økning i de eldste aldersgruppene, men uten å dimensjonere institusjon isolert. Dersom kommunen skal møte utviklingen innenfor realistiske bemannings- og økonomirammer, må veksten i behov i større grad møtes gjennom tidlig innsats, rehabilitering, hjemmebaserte tjenester, egnede boligtilbud og tydeligere prioritering av langtidsplasser til de mest omfattende behovene.

Tabell 2: Utvikling i de eldste aldersgruppene i Halden 2025–2050. Kilde: SSB (2025) og Halden kommune (2025). Bearbeiding: HRP.

Aldersgruppe	2025	2030	2035	2040	2045	2050
80 år og eldre	1 773	2 404	2 787	3 114	3 416	3 914
Endring fra 2025	0	631	1 014	1 341	1 643	2 141
Vekstfaktor	1,00	1,36	1,57	1,76	1,93	2,21
82 år og eldre	1 320	1 832	2 190	2 495	2 751	3 139

Aldersgruppe	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Endring fra 2025	0	512	870	1 175	1 431	1 819
Vekstfaktor	1,00	1,39	1,66	1,89	2,08	2,38
85 år og eldre	840	1 006	1 465	1 675	1 869	2 090
Endring fra 2025	0	166	625	835	1 029	1 250
Vekstfaktor	1,00	1,20	1,74	1,99	2,23	2,49
90 år og eldre	329	341	449	691	771	884
Endring fra 2025	0	12	120	362	442	555
Vekstfaktor	1,00	1,04	1,36	2,10	2,34	2,69

Tabellen viser at antall innbyggere over 80 år øker fra 1 773 i 2025 til 3 416 i 2045 og 3 914 i 2050. Samtidig er veksten i aldersgruppen 20–66 år langt svakere. Dette gjør utviklingen særlig relevant for planlegging av demensomsorg, tjenester til skrøpelige eldre og kapasitet i heldøgns omsorg (SSB, 2025; Halden kommune, 2025).

Den eldste delen av befolkningen blir også mer sammensatt. Noen vil kunne bo hjemme lenge med begrenset hjelp, mens andre vil ha omfattende behov knyttet til somatisk sykdom, kognitiv svikt eller kombinasjoner av flere tilstander. Dette forsterker behovet for fleksible tjenester og differensierte bo- og omsorgsløsninger.

LEVEALDER, HELSETILSTAND OG HELSETAP

Folkehelseinstituttet peker på at levealderen i Norge øker, men at antallet friske leveår ikke nødvendigvis øker i samme tempo som samlet levealder. Befolkningen kan dermed leve flere år med helsetap, kronisk sykdom, redusert funksjonsevne eller behov for oppfølging (Folkehelseinstituttet, 2026).

For Halden betyr dette at planleggingen må legge vekt på tjenester som støtter funksjon, mestring, rehabilitering og trygg oppfølging i egen bolig, samtidig som kommunen dimensjonerer for brukere med mer omfattende og sammensatte behov.

SKRØPELIGHET OG TIDLIGERE FUNKSJONSFALL

Et særskilt premiss for Halden er at kommunen ser ut til å ha en høyere andel skrøpelige eldre enn flere sammenlignbare kommuner. Skrøpelighet innebærer redusert reservekapasitet og økt sårbarhet for funksjonsfall ved sykdom, skade, infeksjon eller endringer i livssituasjon. Små endringer i helsetilstand kan derfor gi raskt økende behov for kommunale tjenester.

Kommunens innsikt peker også på at skrøpelighet kan inntreffe tidligere i Halden enn aldersframskrivingene alene fanger opp. Dersom flere blir skrøpelige allerede fra midten av 70-årene, må kommunen planlegge for tidligere forebygging, rehabilitering og støtte til egenmestring.

Dette forsterker behovet for virkemidler lavere i omsorgstrappen, som forebyggende hjemmebesøk, friskliv, hverdagsrehabilitering, dagtilbud, boligtilpasning, hjelpemidler og velferdsteknologi.

Folkehelse- og levekårsutfordringer kan samtidig gjøre at sykdomsbyrden slår sterkere ut enn aldersutviklingen alene tilsier. Høy forekomst av kroniske sykdommer, psykiske helseutfordringer, rusrelaterte utfordringer og sammensatte levekårsproblemer kan bidra til tidligere funksjonsfall, lavere egenmestring og mer kompleks tjenesteoppfølging.

TO DRIVKREFTER: DEMENS OG YNGRE MED OMFATTENDE BEHOV

Demens er en av de viktigste driverne for framtidig behov for helse- og omsorgstjenester. Framskrivingene viser at antallet personer med demens i Halden øker betydelig fram mot 2050. Dette får betydning for dagtilbud, pårørendestøtte, tilrettelagte boliger og institusjonsplasser med demenskompetanse (Halden kommune, 2025).

Tabell 3: Utvikling i antall personer med demens fram mot 2050. Kilde: Basert på HUNT-data ((GjØra et al., 2021) og SSBs befolkningsframskrivninger sammenstilt av HRP

Aldersgruppe	2025	2030	2035	2040	2045	2050
65–69 år	173	180	207	203	190	193
70–74 år	83	89	93	108	106	100
75–79 år	150	140	150	159	185	183
80–84 år	168	252	238	259	279	329
85–89 år	177	230	351	340	380	417
90 år og eldre	168	174	229	352	393	450
Antall personer med demens (65 år og eldre)	919	1 064	1 269	1 421	1 532	1 671
Andel av kommunens innbyggere	2,87 %	3,27 %	3,82 %	4,20 %	4,47 %	4,81 %

Demensutviklingen gjør det nødvendig å planlegge for et bredere tjenestespekter enn institusjonsplasser alene. Dagtilbud, pårørendestøtte, tilrettelagte boliger, velferdsteknologi og institusjonsplasser med demenskompetanse må ses som deler av samme omsorgskjede.

KOMPLEKSITET I BEHOVSBILDET

Halden står ikke bare overfor en aldrende befolkning, men et sammensatt behovsbilde der flere innbyggere vil ha langvarige og komplekse tjenestebehov. Dette gjelder både eldre med somatiske og kognitive utfordringer og andre brukergrupper som trenger omfattende kommunale tjenester og tilrettelagte boformer over tid.

REINNLEGGELSER SOM INDIKATOR PÅ SÅRBARE FORLØP

Reinnleggelser er en viktig indikator på sårbare overganger mellom sykehus, kommune og hjemmetjenester. Halden har over tid hatt et høyt nivå av reinnleggelser sammenlignet med flere andre kommuner, og i 2025 er det registrert en markant økning. Utviklingen må vurderes i sammenheng med kapasitet, pasientflyt, utskrivingsrutiner og kommunens evne til å følge opp skrøpelige eldre etter utskrivning.

Flere forhold kan bidra til reinnleggelser, blant annet raske utskrivinger fra sykehus, større hjelpebehov ved hjemkomst, forsinkede epikriser, uklare medisinalister, kompetanse og kapasitet hos hjemmetjenesten og få

samarbeidsmøter før utskriving. For skrøpelige eldre kan slike svakheter gi rask forverring og nytt behov for akutt helsehjelp.

Økningen bør også ses i sammenheng med endringer i kommunens tjenestetilbud og kapasitet, blant annet reduksjon i korttidsplasser og endringer knyttet til Iddebo og Karrestad. Det kan ikke konkluderes sikkert om årsakssammenheng uten nærmere analyse, men utviklingen viser at korttid, rehabilitering, pasientkoordinering og oppfølging hjemme er kritiske premisser for framtidig omsorgsstruktur.

3.2 ARBEIDSKRAFT SOM STRUKTURELL RAMME

Tilgangen på arbeidskraft er en av de viktigste rammene for framtidig utvikling av helse- og omsorgstjenestene i Halden kommune. Kommunen møter økende knapphet på helsepersonell, sterkere konkurranse om kompetanse og et voksende gap mellom forventede behov og tilgjengelige ressurser.

Kommunen kan derfor ikke planlegge for at økte behov løses gjennom mer bemanning alene. Framtidig omsorgsstruktur må utformes slik at organisering, bygg, logistikk, teknologi og tjenestestruktur samlet gir bedre ressursutnyttelse, sterkere fagmiljøer og mer bærekraftig drift.

Arbeidskraft er dermed et grunnleggende premiss for hvilke løsninger som er realistiske. Alternativene må vurderes ut fra hvor robuste de er ved knapphet på personell, hvordan de legger til rette for oppgavedeling, og hvor sårbare de er i daglig drift.

3.3 FRAMTIDIG BEHOV FOR HELDØGNS OMSORG

Behovet for heldøgns omsorg i Halden må vurderes i sammenheng med demografi, sykdomsforekomst, tjenestestruktur, arbeidskraft og kommunens mål om mestring og bærekraftig ressursbruk. Framtidig behov påvirkes ikke bare av antall eldre, men også av hvor godt kommunen lykkes med forebygging, rehabilitering, hjemmebaserte tjenester og egnede boligtilbud.

Korttid, rehabilitering og gode overgangsforløp er sentrale deler av den samlede heldøgnsstrukturen. Dersom korttidsplasser brukes som ventekapasitet for langtidsplass, svekkes evnen til å avklare funksjonsnivå, forebygge reinnleggelser og legge til rette for trygg hjemreise. Framtidig kapasitet må derfor vurderes som en helhet, der langtidsplasser, korttid, rehabilitering, avlastning, dagtilbud og oppfølging etter utskriving virker sammen.

DEKNINGSGRAD SOM PLANLEGGINGSGRUNNLAG

I denne mulighetsstudien brukes dekningsgrad for langtidsplasser i sykehjem som analytisk referansepunkt for dimensjonering av framtidig langtidskapasitet. Dekningsgraden beskriver forholdet mellom antall langtidsplasser i sykehjem og antall innbyggere 80 år og eldre. Korttidsplasser og HDO inngår ikke i denne dekningsgraden, men behandles som egne deler av den samlede omsorgsstrukturen.

Dekningsgrad er et planleggingsverktøy, ikke en fast norm kommunen skal følge ukritisk. Det finnes ingen lovfestet nasjonal norm for hvor stor dekningsgraden for langtidsplasser skal være. Kapasitetsbehovet må vurderes ut fra lokale forhold, befolkningssammensetning, sykdomsforekomst, tjenestestruktur og kommunens evne til å utvikle tilbud på lavere nivå i mestringstrappen (Helsedirektoratet, 2016; Agenda Kaupang, 2016).

For Halden tilsier lokale forhold et mer krevende behovsbilde enn aldersutviklingen alene viser. Framtidig institusjonskapasitet må derfor ses i sammenheng med forebygging, mestring, rehabilitering, boligtilbud, hjemmebaserte tjenester og organisering.

Dagens dekningsgrad for langtidsplasser i sykehjem er om lag 9,1 prosent av befolkningen 80 år og eldre. Halden kommunes framtidsplan legger til grunn en samlet dekningsgrad på 10 prosent, fordelt på 8 prosent langtidsplasser og 2 prosent korttidsplasser. Fordi mulighetsstudien først og fremst vurderer framtidig struktur og kapasitet for langtidsplasser, brukes 8 prosent som langsiktig strategisk styringsmål. Korttidsplasser inngår ikke i de videre dekningsgradsberegningene.

PLANLEGGING FOR FRAMTIDIG BEHOV

Framtidig kapasitetsbehov må vurderes i lys av befolkningsvekst, sykdoms- og funksjonsutvikling, pasientflyt og hvilke løsninger kommunen kan bemanne og drifte over tid.

Pasienter med kols, kognitiv svikt, ernæringsutfordringer og sammensatte kroniske sykdommer har ofte høy risiko for funksjonsfall og reinnleggelse. God oppfølging etter utskriving forutsetter rask tilgang til rehabilitering, legemiddelgjennomgang, systematisk observasjon i hjemmet og tett samhandling mellom Helsehuset, hjemmetjenesten, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Korttidskapasiteten er i denne mulighetsstudien analysert med et funksjonelt planleggingsforhold på om lag én korttidsplass per tre langtidsplasser. Forholdstallet er en HRP-forutsetning brukt i scenario- og kapasitetsanalysen, og er ikke en lovfestet eller nasjonal norm. Det må kvalitetssikres mot lokal pasientflyt, oppholdstid, rehabiliteringsbehov, utskrivingsmønster og faktisk bruk av korttidsplassene før det legges til grunn for investeringsbeslutninger (HRP, dimensjoneringsgrunnlag 2026).

Retningen for framtidig omsorgsstruktur bør være en modell der institusjon brukes mer målrettet, samtidig som tjenester lavere i omsorgstrappen styrkes. Dette innebærer at langtidsplasser reserveres for de mest omfattende og varige behovene, mens flere innbyggere får støtte gjennom forebygging, rehabilitering, dagtilbud, tilrettelagte boliger, teknologi og hjemmebaserte tjenester.

3.4 SAMLET VURDERING

Situasjonsbildet viser at Halden kommune står overfor en omfattende omstilling i helse- og omsorgstjenestene. Demografisk utvikling, sykdoms- og funksjonsutvikling, arbeidskrafttilgang og økonomiske rammer peker samlet mot behovet for en mer robust, differensiert og forebyggende omsorgsstruktur.

Framtidige løsninger må derfor vurderes som en samlet tjenestemodell, der kapasitet, bemanning, bygg, organisering, teknologi og pasientflyt ses i sammenheng. Reinnleggelser, skrøpelighet og overgangene mellom tjenestenivåene bør inngå som sentrale indikatorer for om kommunen har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i tjenestene.

Hovedpremisset for den videre analysen er at framtidig behov ikke kan møtes gjennom en isolert økning i sykehjems plasser. Kommunen må samtidig utvikle boligtilbud, hjemmebaserte tjenester, rehabilitering, forebygging, teknologi og styring som ett sammenhengende system.

4 KUNNSKAPSGRUNNLAG OG STRATEGISKE FØRINGER

Kapittelet samler kunnskapsgrunnlag og strategiske føringer for vurdering av tjenestestruktur, bygg, samhandling og lokalisering.

4.1 OVERORDNEDE MÅL OG STRATEGISKE FØRINGER

Halden kommunes strategiske rammeverk bygger særlig på kommunedelplanen for helse, omsorg og mestring 2022–2034 og *Fremtidsplan for helse- og omsorgstjenester i Halden kommune 2025–2045* (Halden kommune, 2025). Planene peker mot en mer forebyggende, mestringsorientert og helhetlig omsorgsstruktur.

I dette kapittelet brukes føringene som analysepremisser. Tjenestene vurderes ut fra om kapasitet, forløp, bygg, lokalisering, teknologi, bemanning og gjennomføringsevne støtter ønsket dreining i tjenestene.

Fire føringer er særlig relevante for analysen: flere skal kunne bo trygt hjemme eller i egnet bolig lenger, tilbudene under institusjonsnivå må styrkes, teknologi må inngå som del av tjenestemodellen, og bolig, tjenester og institusjonskapasitet må ses mer samlet.

Frivillighet, nærmiljø og pårørende kan støtte mestring, aktivitet og sosial deltakelse, men skal supplere kommunens lovpålagte tjenester. Dette brukes som en avgrensning i vurderingen av hva som kan forventes løst utenfor kommunal tjenesteproduksjon.

Kunnskapsgrunnlaget viser at kommunen har flere planer og utviklingsprosjekter som trekker i samme retning, men at koblingen mellom strategi, ansvar, prioritering og praksis må styrkes. Gjennomføringsevne blir derfor et sentralt vurderingstema i videre analyse.

Samlet gir føringene fire analysepremisser: institusjonskapasitet må vurderes opp mot nivåene under institusjon, kapasitet må ses i sammenheng med forløp og bemanning, bygg og lokalisering må støtte ønsket tjenestemodell, og gjennomføringsevne må inngå i vurderingen.

4.2 DAGENS TJENESTESTRUKTUR

Halden kommune har et bredt tjenestetilbud innen helse, omsorg og mestring. I denne mulighetsstudien vurderes tjenestestrukturen ut fra hvordan den påvirker institusjonsbehov, pasientflyt, ressursbruk og muligheten til å møte fremtidige behov på riktig nivå i omsorgstrappen.

Gjennomgangen er derfor ikke en fullstendig beskrivelse av alle tjenester, men en analyse av hvilke deler av dagens struktur som fungerer som bærebjelker, hvilke deler som skaper sårbarhet, og hvor det er gap mellom kapasitet, funksjon og fremtidig behov.

OVERSIKT OVER VIRKSOMHETER OG INSTITUSJONER

Tabellen under gir en kort oversikt over sentrale virksomheter, institusjoner og tjenestelokasjoner. Oversikten brukes som inngang til vurderingen av kapasitet, bygg, organisering og fremtidig tjenestestruktur, og bygger på kommunale kapasitetsoversikter, befaringer og dialog med Halden kommune.

Tabell 4: Oversikt over sentrale virksomheter og tjenestelokasjoner i Halden kommune. Kilde: Halden kommune, kapasitetsoversikt (2026) og HRP, befaringer/dialogmøter (2026).

Enhet/lokasjon	Hovedfunksjon i dagens struktur	Relevans for mulighetsstudien
Helsehuset	Korttid, rehabilitering, KAD, legevakt, lindrende tilbud, pasientkoordinering og spesialiserte funksjoner.	Strategisk nav for pasientflyt, vurdering, rehabilitering og overgangsforløp. Særlig viktig for å redusere reinnleggelser og støtte trygg overgang fra sykehus til hjem.

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

Enhet/lokasjon	Hovedfunksjon i dagens struktur	Relevans for mulighetsstudien
Solheim	Sykehjem og dagsenter.	Del av institusjonskapasiteten og relevant for vurdering av framtidig sykehjemsstruktur, fagmiljø, drift og bygningsmessig egnethet.
Bergheim	Sykehjem og dagsenter.	Relevant for vurdering av langsiktig bygningsstruktur, lokalisering, fagmiljø og samordning med øvrige institusjons- og omsorgstilbud.
Iddebo	Ingen ordinær drift i dag. Tidligere brukt som del av kommunens omsorgs- og institusjonsrelaterte kapasitet.	Relevant som mulig midlertidig eller fremtidig kapasitetsressurs, men egnethet, kostnader og driftskonsekvenser må vurderes nærmere før eventuell bruk.
Karrestad	Ikke i ordinær drift som heldøgns omsorg i dag. Vurderes som mulig bygg- og kapasitetsressurs i en overgangsfase.	Relevant som mulig midlertidig kapasitetsgrep, men teknisk tilstand, funksjonell egnethet, bemanning og investeringsbehov må vurderes før eventuell bruk.
Bergheimveien 6	Avlastningstilbud med 7 plasser. Omtales særskilt fordi tilbudet påvirker samlet avlastningskapasitet og sammenhengen mellom bolig, hjemmetjenester og heldøgns omsorg.	Relevant for boligstruktur, differensierte tilbud, «bolig pluss»-konsepter og sammenheng mellom bolig, hjemmetjenester og heldøgns omsorg.
Hjemmebaserte tjenester	Hjemmetjenester, hjemmesykepleie og oppfølging av innbyggere i egen eller tilrettelagt bolig.	Relevant for vurderingen av institusjonsbehov, hjemmeboing og sammenhengen mellom hjemmetjenester og lavere nivå i mestringstrappen.
Aktivitet og mestring	Ergoterapi, fysioterapi, friskliv, hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk, hjelpemidler, velferdsteknologi og mestringsorienterte funksjoner.	Relevant for vurderingen av forebygging, rehabilitering, tidlig innsats og lavere trinn i mestringstrappen.
Dagsenter, demens- og avlastningstilbud	Aktivitet, struktur, avlastning og støtte til personer med demens og pårørende.	Relevant som mellomnivå for hjemmeboende, pårørendestøtte og avlastning av hjemmetjenester.
Søsterheimen	Bemannede omsorgsboliger for innbyggere med behov for tilrettelagt bolig og stedlig oppfølging.	Del av heldøgns- og boligstrukturen, og relevant for vurdering av botilbud, teknologi, bemanning og differensierte boligkonsepter.
Vaterland	Bemannede omsorgsboliger for innbyggere med behov for tilrettelagt bolig og stedlig oppfølging.	Del av dagens boligbaserte omsorgsstruktur og relevant for vurdering av forholdet mellom bolig, tjenester og institusjonsbehov.

OVERSIKT OVER DAGENS KAPASITET

Tabell 5: Dagens langtidsplasser i sykehjem. Kilde: Halden kommune, kapasitetsoversikt (2026).

Sykehjem	Langtidsplasser	Kommentar
Bergheim	100	Langtidsplasser, inkludert 17 forsterkede plasser.
Solheim	46	Ordinære langtidsplasser.
Helsehuset	16	Somatiske langtidsplasser. Må vurderes opp mot Helsehusets rolle som arena for korttid, rehabilitering og avklaring.
Sum	162	

Tabell 5 viser samlet registrert langtidskapasitet i sykehjem. I den videre analysen er det ikke bare antall plasser som er relevant, men også hvordan plassene brukes, hvilke brukergrupper de er egnet for, og hvordan langtidskapasiteten påvirker korttid, rehabilitering og pasientflyt.

BEMANNED E OMSORGSBOLIGER

Tabell 6: Bemannede omsorgsboliger. Kilde: Halden kommune, kapasitetsoversikt (2026).

Omsorgsbolig	Antall boliger	Kommentar
Vaterland	61	Bemannede omsorgsboliger.

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

Omsorgsbolig	Antall boliger	Kommentar
Søsterheimen	43	Bemannede omsorgsboliger.
Sum	104	

Tabell 7: Øvrige omsorgsboliger, eksklusiv rus, psykisk helse, bo og miljø. Kilde: Halden kommune, kapasitetsoversikt (2026).

Omsorgsbolig	Antall boliger i borettslag	Antall boliger som kommunen eier	Kommentar
Hagegata	59	5	
Os allé 3	36	1	
Brygga Tollbugata 4–6	19	19	
Busterudgata Vest BRL	22	22	
Furutoppen BRL	44	21	Bergheimveien 6 er omtalt særskilt som avlastningstilbud med 7 plasser og bør ikke tolkes som del av Furutoppen-kapasiteten uten nærmere avklaring.
Niels Stubs gate BRL	4	4	
Sum	184	72	Kommunen eier 72 av 184 boliger

Tabell 8: Korttid, avlastning og spesialiserte plasser. Kilde: Halden kommune, kapasitetsoversikt (2026).

Korttid, avlastning og spesialiserte plasser	Lokasjon	Antall plasser	Kommentar
Korttidsplasser, midlertidig	Helsehuset	10	Midlertidig kapasitetsgrep knyttet til korttid/avlastning. Plassene må ses som del av samlet overgangs- og avlastningskapasitet, ikke som varig økning i ordinær korttidsstruktur.
Avlastningsplasser	Bergheimveien 6	7	
Avlastningsplasser	Helsehuset	2	
Korttidsplasser	Helsehuset	22	
Lindrende plasser	Helsehuset	5	
Rehabiliteringsplasser	Helsehuset	5	
KAD-plasser	Helsehuset	4	Kommunale akutte døgnplasser.
Sum korttid og avlastning		55	

Tabell 9: Dagtilbud. Kilde: Halden kommune, kapasitetsoversikt (2026).

Dagtilbud	Antall plasser	Kommentar
Solheim	12	Dagtilbud for somatiske brukergrupper. Tilbudet gis tre dager per uke og må vurderes som et forebyggende og avlastende mellomnivå, ikke som døgnkapasitet.
Bergheim	24	Dagtilbud tilpasset personer med demens. Tilbudet er viktig for aktivitet, struktur og pårørendestøtte, men utgjør ikke døgnbasert omsorgskapasitet.
Sum	36	

Kapasitetsoversikten viser at Halden har tilbud på flere nivåer i omsorgstrappen. Hovedspørsmålet er om kapasiteten har riktig funksjon, plassering og bemanning til å støtte pasientflyt og lavest effektive omsorgsnivå.

Fordelingen på mange lokasjoner og tilbud gjør funksjonsdeling særlig viktig. Uklare roller mellom korttid, avlastning, dagaktivitet, bemannede boliger og institusjonsplasser kan svekke gjennomstrømming, binde opp personell og gjøre det vanskeligere å styre brukerne til riktig nivå.

KAPASITET, DIFFERENSIERING OG UTVIKLINGSBEHOV

Halden har flere sterke fagmiljøer, men ressursene er spredt og ikke fullt ut koblet sammen som ett system for mestring, rehabilitering, bolig, hjemmetjenester og heldøgns omsorg.

Aktivitet og mestring har en viktig funksjon på nivåene under institusjon. Samtidig peker kunnskapsgrunnlaget på kapasitetspress, mer komplekse saker og sårbarhet ved fravær. Dette begrenser hvor systematisk forebyggende og rehabiliterende arbeid kan brukes som alternativ til mer omfattende tjenester.

HJEMMETJENESTEPROSJEKTET SOM GRUNNLAG FOR VURDERING AV ORGANISERING

Hjemmetjenesteprojektet brukes som kunnskapsgrunnlag for vurdering av organisering og ressursbruk. Prosjektet viser at fagkompetanse, oppgavefordeling, teknologi, logistikk og praktiske rammevilkår har betydning for hvor godt hjemmetjenestene kan avlaste institusjon og heldøgns omsorg.

Medarbeiderundersøkelsen i prosjektet hadde lav svarprosent og brukes derfor ikke som selvstendig grunnlag for konklusjoner. Den peker likevel på relevante temaer for videre analyse, blant annet bruk av fagkompetanse, tid til pasientrettet arbeid og behovet for arbeidsformer som fungerer i den faktiske arbeidshverdagen.

For KVV-analysen er hovedpoenget at hjemmetjenestene må vurderes i sammenheng med boligtrapp, forvaltning, rehabilitering og overgangsforløp. Dette er et premiss for dimensjonering og alternativutvikling, ikke en detaljert tiltaksbeskrivelse.

MELLOMNIVÅ, MOTTAK OG MESTRINGSTRAPP

Innsiktsarbeidet peker på behov for mer samordnet bruk av mestringstrappen. Variasjon i inngang, vurderingspraksis og lavterskeltilbud kan gi risiko for at tjenester tildeles på et høyere nivå enn nødvendig.

Forventningsavklaring med innbyggere og pårørende er derfor en del av strukturvurderingen. Kommunen må legge til rette for egenmestring, boligtilpasning, hjelpemidler, teknologi og lavterskeltilbud der dette er mulig, samtidig som ansvaret for faglig forsvarlige tjenester ligger fast.

ANSVARLIGGJØRING OG FORVENTNINGSAVKLARING

Forventningsavklaring handler også om innbyggernes ansvar for å planlegge egen bosituasjon og helse. Flere vil måtte bo hjemme lenger enn tidligere generasjoner, og kommunen kan ikke møte den demografiske utviklingen gjennom institusjonskapasitet alene. Tidlig boligtilpasning, egnede boliger, hjelpemidler, velferdsteknologi og aktiv innsats for å opprettholde funksjon og mestring blir derfor viktige forutsetninger. Dette flytter ikke ansvaret for nødvendige tjenester fra kommunen, men forutsetter tydeligere samspill mellom egenmestring, forebygging, boligvalg og kommunale tjenester.

TILPASSEDE BOLIGER, REHABILITERING OG DIFFERENSIERTE TILBUD

Kommunedelplanen for helse, omsorg og mestring 2022–2034 og *Fremtidsplan for helse- og omsorgstjenester i Halden kommune 2025–2045* peker på behov for mer differensierte bolig- og tjenestetilbud for eldre, personer med demens og andre brukergrupper med langvarige behov (Halden kommune, 2025). Det sentrale vurderingstemaet er om dagens struktur gir riktig nivå på oppfølging, god ressursbruk og tilstrekkelig fleksibilitet mellom hjemmetjenester, bemannede boliger, korttid og institusjon.

LITE DIFFERENSIERTE TJENESTER FOR BRUKERE MED SAMMENSATTE BEHOV

Dagens struktur legger ikke fullt ut til rette for slik differensiering. Når boliger og tjenester ikke er godt nok tilpasset brukergruppenes funksjonsnivå, kan tjenestene bli mer personellintensive enn nødvendig. Dette gir svakere samsvar mellom behov, bolig og tjeneste, og kan øke presset på både hjemmetjenester og institusjonsplasser.

SAMLET VURDERING

Samlet viser 4.2 at Halden har mange relevante tilbud, men at strukturen ikke fullt ut fungerer som en sammenhengende omsorgstrapp. Utfordringen ligger særlig i samspillet mellom kapasitet, funksjon, bemanning, bolig og pasientflyt. Fremtidig bærekraft forutsetter at flere behov møtes tidligere gjennom forebygging, mestring, boligtilpasning og egeninnsats, slik at institusjon brukes mer målrettet.

4.3 BYGNINGSMASSEN SOM STRUKTURELL RAMME

Bygg og lokalisering påvirker kapasitet, pasientflyt, arbeidsprosesser, teknologi, bemanning og hvilke brukergrupper kommunen kan ivareta. I tråd med avgrensningen i kapittel 2 er den bygningsfaglige vurderingen særlig konsentrert om Iddebo og Karrestad, mens øvrige bygg omtales der de har betydning for samlet tjenestestruktur og fremtidig drift.

TEKNISK BEFARING OG BYGNINGSFAGLIGE HOVEDFUNN

Det er gjennomført teknisk befaring og vurdering av Iddebo og Karrestad. Begge byggene har bygningsmessige og funksjonelle begrensninger som får betydning for eventuell fremtidig bruk til helse- og omsorgsformål. Vurderingene er gjort på overordnet nivå og utdypes i teknisk vedlegg (HRP, teknisk befaring, 2026).

DAGENS BYGG SOM DEL AV FREMTIDIG STRUKTUR

Eksisterende bygg må vurderes ut fra både teknisk tilstand og funksjonell egnethet. Planløsning, logistikk, utearealer, teknologi, støttefunksjoner og mulighet for tverrfaglig samhandling påvirker hvor godt byggene kan understøtte fremtidige tjenestemodeller.

Dersom byggene ikke støtter oversikt, teknologi, gode arbeidsprosesser og samhandling, kan de bidra til høyere ressursbruk, lavere fleksibilitet og mer sårbar drift. Bygningsmassen vurderes derfor som en aktiv del av tjenestestrukturen, ikke bare som fysiske lokaler.

BEHOV FOR SAMLOKALISERING OG FUNKSJONELL SAMMENHENG

Samlokalisering kan gi sterkere fagmiljøer, bedre utnyttelse av støttefunksjoner og mindre sårbarhet i drift. Samtidig må større konsentrasjon av kapasitet vurderes opp mot tilgjengelighet, beredskap, tomtekapasitet og risiko ved driftsbrudd. Disse avveiningene tas videre i alternativanalysen.

PLANLØSNINGER, BRUKERGRUPPER OG FUNKSJONELL EGNETHET

Helsehuset framstår som et funksjonelt bygg for flere sentrale tjenester, blant annet legevakt, KAD, korttid, rehabilitering, lindrende plasser, pasientkoordinering og tverrfaglige funksjoner. Bygget har kvaliteter som støtter fleksibel drift, vurdering, behandling og samhandling.

Samtidig er ikke Helsehuset like godt egnet for alle brukergrupper og oppholdstyper. Langtidsopphold, demens og brukere med kognitiv svikt stiller andre krav til miljø, skjerming, kontinuitet og hverdagsliv enn korttid, rehabilitering og avklaring.

Det strategiske spørsmålet er derfor hvordan Helsehuset best kan brukes som del av pasientflyten mellom sykehus, hjem, korttid, rehabilitering og videre omsorgsnivå. Dersom langtidsplasser eller rullerende opphold binder opp kapasitet, kan dette svekke byggets rolle som avklarings- og rehabiliteringsarena.

Bemannede boliger og omsorgsboliger må vurderes ut fra samsvar mellom beboergruppe, fysisk utforming og tjenestemodell. Når boliger i praksis brukes til svært omfattende tjenestebehov uten å være tilpasset dette, kan resultatet bli høy ressursbruk, utydelig tjenestemodell og svakere kvalitet for brukerne.

TEKNOLOGISK INFRASTRUKTUR OG DIGITAL MODENHET

Teknologi og digital infrastruktur er en del av byggenes funksjonelle egnethet. Dialog med e-helseprogrammet viser at Halden arbeider med digital hjemmeoppfølging, velferdsteknologi og hendelsesbasert oppfølging. Gevinstene avhenger av teknisk infrastruktur, kompetanse, ledelsesforankring og tillit til nye arbeidsformer (Halden kommune, dialogmøter med e-helseprogrammet, 2026).

Flere bygg har begrensninger som kan hemme teknologistøttet drift. Manglende trådløst nett, varslingsanlegg eller annen digital infrastruktur gjør det krevende å ta i bruk løsninger for digitalt tilsyn, trygghetsteknologi, sensorer og hendelsesbasert oppfølging på en ensartet måte.

Dette innebærer at teknologisk modenhet må vurderes sammen med bygg, tjenestemodell og organisering. Uten en mer enhetlig teknisk plattform kan gevinster knyttet til trygghet, effektivitet, responstid og digital samhandling bli vanskeligere å realisere.

SAMLET VURDERING AV BYGNINGSMASSEN

Samlet viser vurderingene at bygg og lokalisering har stor betydning for Haldens handlingsrom i videre konseptutvikling. Helsehuset framstår som en viktig ressurs for korttid, rehabilitering, vurdering og spesialiserte forløp, mens øvrige bygg og boliger har varierende teknisk og funksjonell egnethet. Funnene brukes som premisser i alternativanalysen, ikke som endelige konklusjoner om fremtidig bruk av enkeltbygg.

Bygningsmassen må derfor vurderes sammen med tjenesteforløpene. Særlig i overgangene mellom sykehus, hjem, Helsehuset, korttid, rehabilitering og institusjon blir sammenhengen mellom kapasitet, bygg, organisering og pasientflyt tydelig.

4.4 TJENESTEFORLØP OG SAMHANDLING

Forløpsperspektivet viser om dagens kapasitet, bygg og organisering støtter riktig tjeneste på riktig nivå. Vurderingen konsentreres om overgangene mellom sykehus, Helsehuset, hjemmetjenester, korttid, rehabilitering, dagtilbud, tilrettelagte boliger og institusjon.

Dialogmøter og kommunens egne vurderinger viser at pasientkoordinatorene har vært viktige for håndtering av utskrivningsklare pasienter. Samtidig peker økningen i reinnleggelser i 2025 på sårbarheter i overgangsforløp, informasjonsflyt og ansvarsavklaring etter utskriving. Dette må vurderes i sammenheng med skrøpelighet, mer komplekse pasienter, kapasitet i korttid og rehabilitering og oppfølging hjemme.

Kunnskapsgrunnlaget peker på behov for sterkere mellomnivåer mellom hjemmet og heldøgns omsorg. Dagaktivitet, hverdagsrehabilitering, korttidsopphold, vurderingsopphold og avlastning kan bidra til bedre pasientflyt og redusere presset på de mest ressurskrevende tjenestene.

Helsehuset framstår som en sentral arena for kortvarige, intensive og tverrfaglige forløp. Funksjonen bør forstås i sammenheng med medisinsk avklaring, rehabilitering, vurdering av videre tjenestenivå og trygg overgang til hjemmet.

Når korttidsplasser brukes av pasienter som venter på fast sykehjemsplass, reduseres gjennomstrømmingen og kapasiteten til målrettet avklaring, rehabilitering og overgang til hjemmet.

UTVIKLINGSBEHOV I TVERRFAGLIG SAMARBEID

Tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å håndtere mer komplekse behov og knappere tilgang på arbeidskraft. Særlig viktig er samspillet mellom forvaltning, hjemmetjenester, aktivitet og mestring, fastleger, Helsehuset, dagsenter, demenskoordinator, avlastning og institusjon.

Samhandlingen framstår flere steder som personavhengig og lite systematisert. Det gir risiko for variasjon i praksis, forsinkelser i oppfølging og svakere kompetansedeling, særlig i samspillet mellom forvaltning og tjenester.

Dette viser behov for tydeligere forløp og faste tverrfaglige vurderingspunkter. I kapittel 4 omtales dette som et strukturelt gap, mens mål, rammevilkår, alternativanalyse og gjennomføring behandles i senere kapitler.

Samlet viser 4.4 at tjenesteforløp og samhandling er avgjørende for om dagens struktur kan møte fremtidige behov. Hovedspørsmålet er om kapasitet, organisering og bygg gir tilstrekkelig sammenheng, fleksibilitet og gjennomstrømming. Dette oppsummeres i gap-analysen nedenfor.

4.5 SAMLET GAP-ANALYSE

Gap-analysen oppsummerer forskjellen mellom fremtidig behovsbilde, kommunens strategiske føringer og dagens tjeneste-, bygg- og organisasjonsstruktur. Den samler hovedfunnene fra kapittel 4 og brukes som premiss for målstruktur, dimensjonering og alternativutvikling i de neste kapitlene.

Hovedgapet er at kapasitet, organisering, bygg, teknologi, arbeidskraft og gjennomføringsevne ikke i tilstrekkelig grad virker som ett samlet system. Konsekvensen er risiko for at kommunen bruker høye og personellintensive omsorgsnivåer tidligere eller mer omfattende enn nødvendig.



Figur 1. Fra dagens situasjon til fremtidens behov. Figuren illustrerer gapet mellom dagens helse- og omsorgstjenester og den tjenestemodellen Halden kommune må utvikle for å møte framtidige behov.

Samlet viser gap-analysen behov for en mer helhetlig og fleksibel omsorgsmodell, der kapasitet, bygg, tjenester, bolig, teknologi, arbeidskraft og styring ses i sammenheng. Videre arbeid må særlig avklare hvilke funksjoner som skal styrkes under institusjonsnivå, hvilken rolle Helsehuset skal ha i pasientflyten, hvordan bolig- og tjenestetilbudene skal differensieres, og hvilke bygningsmessige løsninger som best støtter ønsket tjenestemodell. Gap-analysen gir dermed grunnlag for målstruktur, dimensjonering og alternativanalyse i de neste kapitlene.

4.6 TOMT OG BELIGGENHET

Tomt og beliggenhet er et viktig premiss for fremtidig omsorgsstruktur, men kapittel 4 tar ikke stilling til konkrete tomter, reguleringsmessige avklaringer eller endelig lokalisering. Formålet er å tydeliggjøre hvilke lokaliseringsforhold som må inngå i videre vurdering, og hvordan disse kan påvirke tilgjengelighet, drift, samhandling, rekruttering og sammenheng i tjenestene.

Videre tomte- og lokaliseringsvurdering bør ta utgangspunkt i tjenestemodell og kapasitetsbehov, ikke i ledige arealer alene. Aktuelle lokasjoner må vurderes opp mot tomtekapasitet, tilgjengelighet, kollektivtilgang, transportbehov, tekniske forhold, drift, beredskap, rekrutterbarhet og funksjonell egnethet.

I kapittel 4 brukes tomt og beliggenhet som vurderingspremiss. Sammenligning av lokaliseringsvalg, konsentrasjonsrisiko og gjennomførbarhet skjer i alternativanalyse og i anbefalt videre prosess.

5 STRATEGISKE MÅL

Dette kapittelet oversetter situasjonsbildet og gap-analysen i kapittel 3 og 4 til mål og vurderingskriterier for mulighetsstudien. Målene beskriver ønsket virkning av en fremtidig omsorgsstruktur, mens kriteriene brukes til å vurdere hvordan ulike alternativer understøtter tjenestemessig dreining, institusjonsstruktur, bygg, lokalisering, arbeidskraft, økonomi, risiko og gjennomføringsevne.

5.1 OVERORDNEDE MÅL FOR MULIGHETSSTUDIEN

5.1.1 UTGANGSPUNKT I KOMMUNENS EGNE MÅL

Halden kommunes mål og planer brukes her som grunnlag for samfunns mål, effektmål og vurderingskriterier for fremtidig sykehjems- og omsorgsstruktur.

Målstrukturen binder sammen kunnskapsgrunnlag, dimensjonering og alternativanalyse, og tydeliggjør hvilke virkninger kommunen ønsker å oppnå.

5.1.2 HVORDAN MÅLENE BRUKES I MULIGHETSSTUDIEN

Målene brukes til å vurdere konseptuelle forskjeller mellom alternativene. Siden alle alternativer bygger på samme tjenestemessige dreining, rettes vurderingen mot forhold som faktisk skiller dem: struktur, lokalisering, bygg, drift, arbeidskraft, økonomi og risiko.

Alternativene vurderes derfor etter hvor godt de legger fysisk, geografisk, organisatorisk og økonomisk til rette for forebygging, mestring, rehabilitering og teknologi som del av ordinær tjenesteutvikling.

5.1.3 SAMFUNNSMÅL

Halden kommune skal utvikle en helhetlig, bærekraftig og fremtidsrettet omsorgsstruktur som gjør at flere kan mestre eget liv lengst mulig, og som samtidig sikrer forsvarlige og robuste tjenester til innbyggere med omfattende behov.

5.1.4 EFFEKTMÅL FOR FRAMTIDIG OMSORGSSTRUKTUR

- Flere innbyggere skal kunne bo trygt hjemme eller i egnet bolig lenger.
- Pasientflyt og overgangene mellom tjenestenivåene skal bli mer forutsigbare og mindre sårbare.
- Helsehuset skal brukes målrettet til avklaring, korttid, rehabilitering og overgangsforløp.
- Bygg, boliger og lokalisering skal gi bedre samsvar mellom brukerbehov, tjenestemodell, teknologi og bemanning.
- Framtidig struktur skal støtte robuste fagmiljøer og mer målrettet bruk av arbeidskraft.
- Digital infrastruktur og velferdsteknologi skal inngå som del av ordinær tjenesteutvikling og styring.
- Omstillingen skal være gjennomførbar, styrbar og koblet til ansvar, økonomi, risiko og gevinstrealisering.

5.1.5 VURDERINGSKRITERIER FOR ALTERNATIVANALYSEN

1. UNDERSTØTTELSE AV MESTRING, FOREBYGGING OG TJENESTESAMMENHENG

Alternativene vurderes etter hvor godt strukturen understøtter sammenhengende tjenester, god pasientflyt og lavest effektive omsorgsnivå.

- sammenheng mellom institusjon, Helsehuset, bolig, hjemmetjenester, rehabilitering og dagtilbud
- effektiv pasientflyt og tverrfaglig samhandling
- overganger som støtter rehabilitering, mestring og trygg tilbakeføring til hjem eller egnet bolig

2. ARBEIDSKRAFT, REKRUTTERING OG DRIFT

Alternativene vurderes etter hvor realistiske de er å bemanne og drifte over tid, og hvordan struktur og lokalisering påvirker fagmiljø, oppgavedeling, logistikk, rekruttering og ressursutnyttelse.

- robusthet i fagmiljøene

- kollektivtilgjengelighet og rekrutterbarhet
- stordriftsfordeler og fleksibel bruk av personell
- logistikk, nattdrift, vikarbruk og støttefunksjoner

3. BYGG, TOMT, LOKALISERING OG UTVIKLINGSFLEKSIBILITET

Alternativene vurderes etter om bygg, tomter og lokalisering gir funksjonell kvalitet, tilgjengelighet og utviklingsfleksibilitet gjennom planperioden.

- tomtens kapasitet og mulighet for gode utearealer, logistikk og parkering
- mulighet for trinnvis utbygging og senere kapasitetsøkning
- geografisk tilgjengelighet
- mulighet for fremtidig samlokalisering med andre relevante funksjoner

4. ROBUSTHET, BEREDSKAP OG RISIKO

Alternativene vurderes etter hvor sårbare de er for driftsbrudd, tekniske hendelser, smitte, infrastrukturfeil og andre hendelser som kan påvirke kapasitet, pasientsikkerhet eller kontinuitet.

- konsentrasjonsrisiko ved én lokasjon
- mulighet for gjensidig støtte og redundans
- overgangsrisiko og avhengigheter i utbyggingsperioden
- tomte- og reguleringsrisiko

5. ØKONOMI, GJENNOMFØRING OG STRATEGISK HANDLINGSROM

Alternativene vurderes etter samlet investerings- og driftsøkonomi, gjennomførbarhet, finansieringsbehov og hvilket strategisk handlingsrom kommunen beholder i senere faser.

- samlet investerings- og driftsbelastning
- mulighet for trinnvis gjennomføring
- eiendoms- og finansieringsmodeller, herunder OPS der dette er relevant
- evne til å justere kurs ved endret behov eller økonomisk handlingsrom

6 DIMENSJONERING OG KONSEPTUELLE LØSNINGSALTERNATIVER

Dette kapittelet utvikler tre konseptuelle alternativer for fremtidig omsorgsstruktur i Halden kommune, basert på dimensjoneringsgrunnlag, felles premisser og ulike modeller for institusjonskapasitet, Helsehuset, boliger, teknologi, arbeidskraft og investeringer.

6.1 STRATEGISKE FØRINGER FOR FREMTIDIG OMSORGSSTRUKTUR

Dimensjonering av fremtidig kapasitet må bygge på mer enn demografisk framskriving. Behovet for institusjonsplasser påvirkes av pasientflyt, rehabilitering, boliger, teknologi, hjemmetjenester og nivåene under institusjon.

For Halden betyr dette at institusjonsbehovet må forstås som et resultat av strategiske valg, ikke som en fast størrelse. Kapittelet beregner kapasitetsbehov under ulike forutsetninger og viser konsekvenser for bygg, arbeidskraft, økonomi og gjennomføring.

6.2 DATAGRUNNLAG OG METODE

Dimensjoneringen bygger på demografi, sykdoms- og folkehelseprofil, dagens tjeneste- og bygningsstruktur, institusjons- og hjemmetjenestekapasitet, lokalisering, intervjuer og befaringer. Fremtidsplan for helse- og omsorgstjenester i Halden kommune 2025–2045 er brukt sammen med funnene i kapittel 3 og 4 (Halden kommune, 2025; SSB, 2025).

Metoden kombinerer dekningsgrad som analytisk referansepunkt med faglige, økonomiske og organisatoriske vurderinger. Beregningene viser mulig kapasitetsbehov under ulike forutsetninger, men er ikke norm eller vedtak om fremtidig kapasitet.

6.3 PRINSIPPER FOR DIMENSJONERING

Dimensjoneringen bygger på fem prinsipper. For det første er behovet for institusjonsplasser påvirkbart gjennom forebygging, rehabilitering, boligtilpasning, teknologi og organisering. For det andre skal behov møtes på lavest effektive omsorgsnivå når dette er faglig forsvarlig. For det tredje må korttid, rehabilitering og oppfølging etter utskrivning støtte god pasientflyt og hindre at korttidsplasser brukes som ventekapasitet. For det fjerde er arbeidskraft en begrensende ramme for valg av struktur. For det femte bør Helsehuset brukes som spesialisert ressurs for avklaring, korttid, rehabilitering og overgangsforløp, ikke som generell langtidsarena.

Prinsippene brukes som grunnlag for scenarioene i kapittel 6.5 og for vurderingen av alternativene i kapittel 6.7–6.10.

6.4 SENTRALE PREMISSE FOR ALLE ALTERNATIVER

A1, A2 og A3 bygger på samme tjenestemessige dreining: HDO omstilles, Helsehuset rendyrkes som korttids- og rehabiliteringsarena, nivåene under institusjon styrkes, og styring, forvaltning og ledelse må forbedres. Alternativene skal derfor vurderes etter strukturelle forskjeller, ikke etter om de støtter mestringsstrappen som prinsipp.

6.4.1 HDO SOM OMSTILLINGSPREMISS

Et sentralt premiss er at HDO-boligene ikke videreføres som egen bo- og tjenestemodell i samme omfang som i dag. Dagens modell rommer svært ulike brukerbehov, fra beboere som i hovedsak bruker boligen som ordinær bolig, til beboere med behov nært institusjonsnivå. Dette gjør det krevende å dimensjonere bemanning, faglig innhold og ressursbruk treffsikkert.

I alternativanalysen legges HDO derfor til grunn som et omstillingspremiss, ikke som en egen videreført kapasitetskategori i dagens form. Kapasitet og tjenestenivå må vurderes ut fra faktisk behov hos den enkelte bruker og i sammenheng med institusjonsplasser, tilrettelagte boliger og hjemmetjenester.

6.4.2 HELSEHUSET SOM KORTTIDS-, REHABILITERINGS- OG AVKLARINGSARENA

Alle alternativene bygger på at Helsehuset ikke skal være varig lokasjon for langtidsplasser. Helsehuset bør rendyrkes for avklaring, rehabilitering, korttid og overgangsforløp, slik at kapasiteten brukes til gjennomstrømming og tilbakeføring framfor varig opphold.

6.4.3 LAVERE NIVÅ I MESTRINGSTRAPPEN SOM FORUTSETNING

Lavere institusjonsdekning forutsetter at nivåene under institusjon fungerer bedre samlet. Dette gjelder særlig hjemmetjenester, rehabilitering, dagtilbud, avlastning, tilrettelagte boliger, pårørendestøtte og teknologi. I alternativanalysen brukes dette som felles premiss, uten at enkeltfunksjoner beregnes som direkte erstatning for sykehjemsplasser.

6.4.4 FORVALTNING, LEDELSE OG STYRINGSDATA SOM FELLES PREMISS

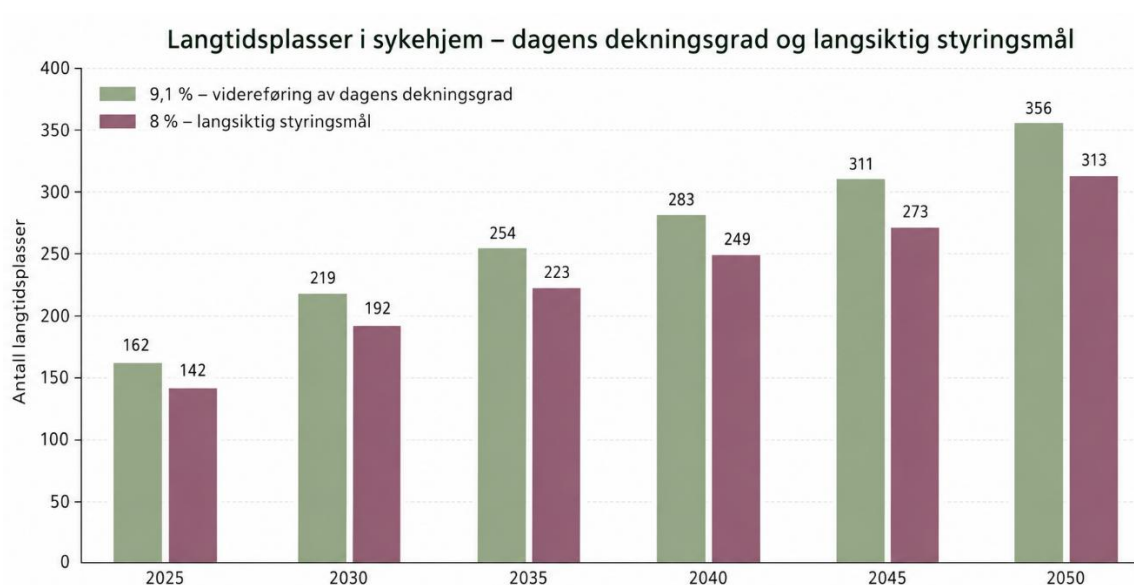
En mer differensiert omsorgsstruktur krever tydelig portvokterfunksjon, likere vurderingspraksis og systematisk bruk av rehabiliterings- og mestringperspektivet før omfattende vedtak. Kommunen trenger også bedre styringsdata om ventelister, oppholdslengde, reinnleggelser, tjenestenivå og ressursbruk. Uten dette kan ny kapasitet videreføre dagens tjenestelogikk i stedet for å understøtte omstilling.

6.5 SCENARIER FOR FREMTIDIG KAPASITET

Dimensjoneringsarbeidet bygger på to nivåer for langtidsplasser i sykehjem. Nivåene er analytiske referansepunkter, ikke egne konseptalternativer eller kapasitetsvedtak.

Dagens dekningsgrad for langtidsplasser er om lag 9,1 prosent av befolkningen 80 år og eldre. I tråd med Halden kommunes fremtidsplan brukes 8 prosent som langsiktig strategisk styringsmål. Fremtidsplanens samlede mål på 10 prosent består av 8 prosent langtidsplasser og 2 prosent korttidsplasser. Korttidsplasser og HDO inngår ikke i de videre dekningsgradsberegningene.

8-prosentscenarioet er hovedscenario for videre dimensjonering. 9,1 prosent brukes som sensitivitets- og robusthetsscenario for å synliggjøre kapasitets- og kostnadsrisiko dersom dagens dekningsgrad videreføres, eller omstillingen på lavere nivå går langsommere enn forutsatt..



Figur 2: Utvikling i langtidskapasitet og dekningsgrad. Figuren viser 9,1 prosent som dagens dekningsgrad for langtidsplasser i sykehjem og 8 prosent som langsiktig strategisk styringsmål. Korttidsplasser og HDO er ikke inkludert i dekningsgraden som brukes i kapittel 6.

6.6 FELLES FORUTSETNINGER FOR ALTERNATIVENE

Scenarioene i 6.5 er konkretisert som alternative utviklingsløp for sykehjemsstrukturen. Alternativene bygger på felles forutsetninger for areal, investering, finansiering, FDVU og personellkostnader. Her presenteres hovedtall og sammenlignbare konsekvenser; detaljerte beregninger framgår av vedlegg.

6.6.1 KOSTNADSFORUTSETNINGER FOR BYGG, DRIFT OG INVESTERINGER

AREALBRUK

Det er lagt til grunn et kalkulert arealbehov på 90 m² per sykehjemsplass. Til sammenligning er Bergheim omsorgssenter på 10 650 m² og har 100 omsorgsplasser, tilsvarende 106,5 m² per beboer. Forutsetningen er nøktern og egnet for tidligfase, men må kvalitetssikres videre.

INVESTERINGSKOSTNADER

Investeringsnivået er beregnet med utgangspunkt i Norsk Prisbok 2026 for sykehjem. Med forventet tillegg på 10 prosent og usikkerhetsavsetning på 15 prosent gir dette en kalkulert kvadratmeterpris på 81 619 kroner. Det er ikke beregnet prisregulering, og alle kostnader er oppgitt i 2026-kroner.

FINANSIERINGSMODELL

Halden kommune har signalisert behov for å skyve større investeringer fram i tid, samtidig som kapasitetsanalysen viser at behovet oppstår relativt raskt. Hovedkapittelet viser derfor sammenlignbare økonomiske konsekvenser, mens detaljerte kalkyler dokumenteres i vedlegg.

OPS vurderes som mulig gjennomføringsmodell ved utvikling av nye bygg. En eventuell OPS-modell må vurderes opp mot lånefinansiering, fleksibilitet, kontroll over eiendommen, risikofordeling og samlede kostnader over tid, og behandles ikke som en sikker økonomisk gevinst.

HUSBANKTILSKUDD

Sykehjemsplasser kan kvalifisere for investeringstilskudd fra Husbanken. Det er lagt til grunn en konservativ forutsetning om grunnsats på 2 350 000 kroner per plass. Eventuelt høyere tilskudd må avklares i senere faser.

FINANSKOSTNADER

Finansieringen er beregnet med 4,5 prosent rente som sammenlignbar forutsetning, uavhengig av om investeringene finansieres med fondsmidler eller lån. Forutsetningen må kvalitetssikres videre.

PERSONALKOSTNADER

Personalkostnader for utbyggingsalternativene er tidligfaseestimer for 2030 og 2050. Beregningene bygger på årskostnader fra Halden 2026, inkludert sosiale og øvrige lønnsrelaterte kostnader.

ÅRSKOSTNAD STILLING HALDEN	
STILLING	ÅRSKOSTNAD
 Lokasjonsleder	1 362 126 kroner
 Avdelingsleder	1 093 574 kroner
 Sykepleier	953 986 kroner
 Helsefagarbeider	828 276 kroner
 Assistent	725 140 kroner

Tabell 10: Beregninger av lønn som bygger på årskostnader fra Halden 2026, inkludert sosiale og øvrige lønnsrelaterte kostnader.

Det er lagt til grunn 34 prosent høyskoleutdannede og 66 prosent ansatte med videregående fagutdanning eller tilsvarende. Pleiefaktor er satt til 0,75, basert på opplysninger fra Halden kommune.

Stordriftsfordel er beregnet etter antall lokasjoner: 0 prosent ved fire lokasjoner, 5 prosent ved to lokasjoner og 10 prosent ved én lokasjon. Forutsetningen er usikker, men synliggjør mulige effekter for ledelse, vikarbruk, nattbemanning og støttefunksjoner som kan gi gode økonomiske effekter for kommunen.

6.6.2 FELLES TJENESTEMESSIGE FORUTSETNINGER

A1, A2 og A3 bygger på samme tjenestemessige dreining. Forskjellene ligger i institusjons- og eiendomsstruktur og hvilke konsekvenser dette får for drift, arbeidskraft, tilgjengelighet, økonomi og gjennomføringsrisiko.

Område	Felles forutsetning
Helsehuset	Langtidsfunksjon avvikles. Korttid, rehabilitering, avklaring, lindring og overgangsforløp styrkes. Bør være fleksible korttidsplasser som rommer ulike behov
HDO/bolig	Dagens HDO-logikk reduseres. Beboere og boligportefølje differensieres etter faktisk behov.
Forvaltning	Systematisk portvokterfunksjon og sterkere mestrings-/rehabiliteringsperspektiv før omfattende vedtak.
Hjemmetjenester	Arbeidsprosesser, logistikk og ressursbruk effektiviseres; teknologi og oppgavedeling inngår.
Forebygging/dagtilbud	Dagaktivitet, demensoppfølging, pårørendestøtte, friskliv og rehabilitering styrkes målrettet.
Teknologi	Få modne løsninger skaleres som del av arbeidsprosessen, med gevinstmåling og styringsdata.
Ledelse	Tydelig ansvar, endringsledelse, gevinstoppfølging og trinnvis gjennomføring.

Tabell 11: Oversikt over felles tjenestemessige forutsetninger.

6.7 ALTERNATIV A1 – MODERNISERT DESENTRALISERT DRIFTSMODELL

Alternativ A1 beskriver en modernisert, desentralisert modell der eksisterende lokasjoner tas i bruk og oppgraderes for å dekke framtidig kapasitetsbehov. Modellen innebærer videre drift ved Bergheim, Solheim og Helsehuset i en overgangsfase, kombinert med rehabilitering av Karrestad og senere Iddebo. Nye plasser etableres trinnvis etter hvert som behovet øker.

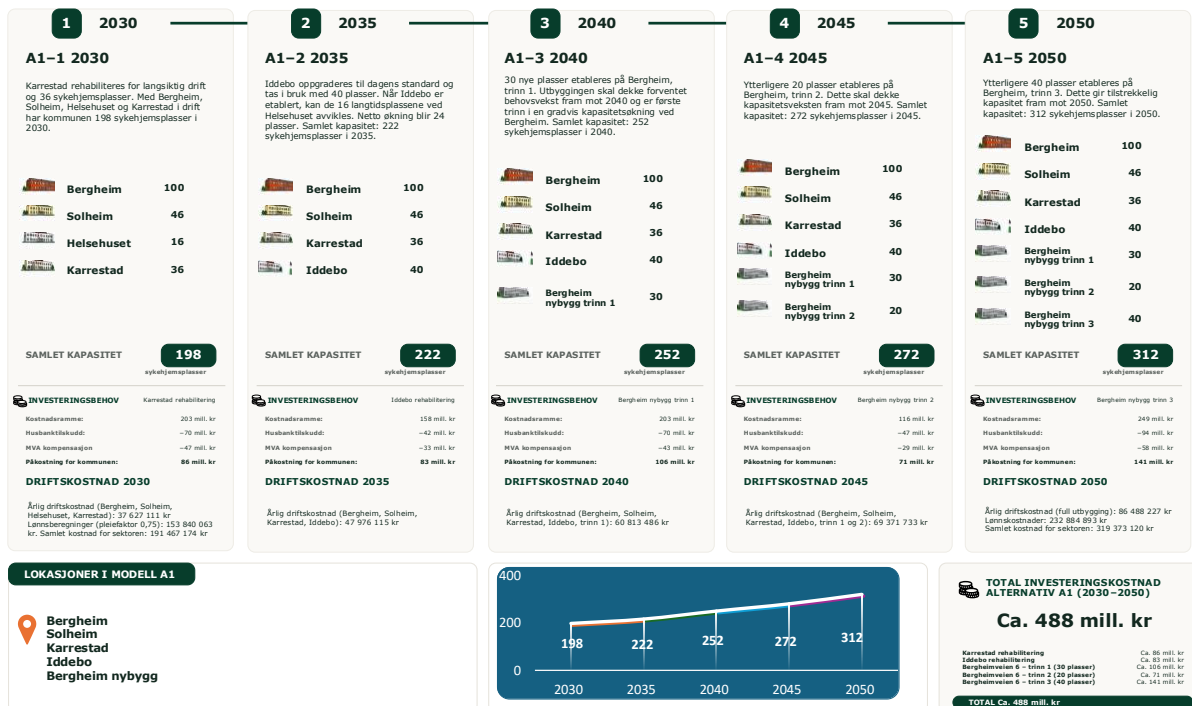
6.7.1 KAPASITETS- OG UTBYGGINGSLØP

Alternativ A1 – modernisert desentralisert driftsmodell

En modernisert, desentralisert modell der eksisterende lokasjoner tas i bruk og oppgraderes for å dekke framtidig kapasitetsbehov. Nye plasser etableres trinnvis etter hvert som behovet øker.

HOVEDPRINSIPP

Videre drift ved Bergheim, Solheim og Helsehuset i en overgangsfasen, kombinert med rehabilitering av Karrestad og senere Iddebo. Nye plasser etableres trinnvis etter hvert som behovet øker.



Figur 3: Figuren illustrerer A1 modernisert desentraliser driftsmodell gjennom perioden 2030-2050

6.7.2 OPPSUMMERING OG TJENESTEMESSIGE KONSEKVENSER

A1 – HOVEDSCENARIO: 8 PROSENT LANGTIDSDEKNING

A1 viderefører en modernisert, desentralisert sykehjemsstruktur. Eksisterende lokasjoner oppgraderes og tas i bruk for langsiktig drift, supplert med trinnvis nybygging ved Bergheimveien etter hvert som behovet øker. Modellen gir nødvendig langtidskapasitet ved et styringsmål på 8 prosent, men bygger fortsatt på drift ved flere lokasjoner.

Tyngdepunktet vil over tid ligge ved Bergheim, mens Solheim, Karrestad og Iddebo videreføres som mindre enheter. Dette gir fleksibilitet og utnytter eksisterende bygningsmasse, men begrenser samtidig muligheten for stordriftsfordeler, robuste fagmiljøer og effektiv bemanning på tvers av enhetene. Deler av bygningsmassen vil være mellom 60 og 90 år gammel i 2050, med risiko for økte vedlikeholdsbehov og funksjonelle begrensninger.

Beregnet samlet årlig kostnad, inkludert drift, finanskostnader og lønn, er 319 373 120 kroner i 2050. Samlet investeringskostnad er beregnet til 488 627 581 kroner. A1 gir lavere tidlig investeringsbehov enn A2 og A3, men framstår som mindre framtidsrettet fordi det viderefører en fragmentert driftsstruktur med flere lokasjoner og eldre bygningsmasse.

A1 – SENSITIVITETSANALYSE: 9,1 PROSENT LANGTIDSDEKNING

Ved en videreføring av dagens dekningsgrad på 9,1 prosent for langtidsplasser kommer behovet for Iddebo tidligere i prosessen, og det blir nødvendig med ytterligere ett byggetrinn ved Bergheim. Modellen beholder de samme strukturelle styrkene og svakhetene som ved 8 prosent, men krever høyere investeringer og gir høyere årlige kostnader.

Beregnet samlet årlig kostnad, inkludert drift, finanskostnader og lønn, er 337 046 543 kroner i 2050. Samlet investeringskostnad er beregnet til 665 826 956 kroner.

6.8 ALTERNATIV A2 – SAMLET OMSORGSSENTER VED BERGHEIM

Alternativ A2 beskriver en samlet framtidig sykehjemsstruktur ved Bergheim. Modellen bygger på gradvis overgang fra dagens lokasjoner til ett samlet omsorgssenter, der ny kapasitet etableres trinnvis før eldre og mindre hensiktsmessige lokasjoner avvikles. Utgangspunktet er dagens kapasitet ved Bergheim, Solheim og Helsehuset, samlet 162 plasser. Karrestad brukes som midlertidig kapasitet i første del av perioden, før nybygg ved Bergheim gradvis overtar kapasiteten.

A2 gir de sterkeste isolerte forutsetningene for samling av fagmiljø, bemanningsfleksibilitet og stordrift. Samtidig innebærer alternativet høy tomte- og konsentrasjonsavhengighet ved Bergheim. Tomtens kapasitet og utforming kan bli premissgivende for bygningsvolum, logistikk, utearealer, parkering og senere utvidelsesmuligheter. Kollektivtilgjengeligheten er også et relevant vurderingstema for rekruttering og stabilisering av ansatte.

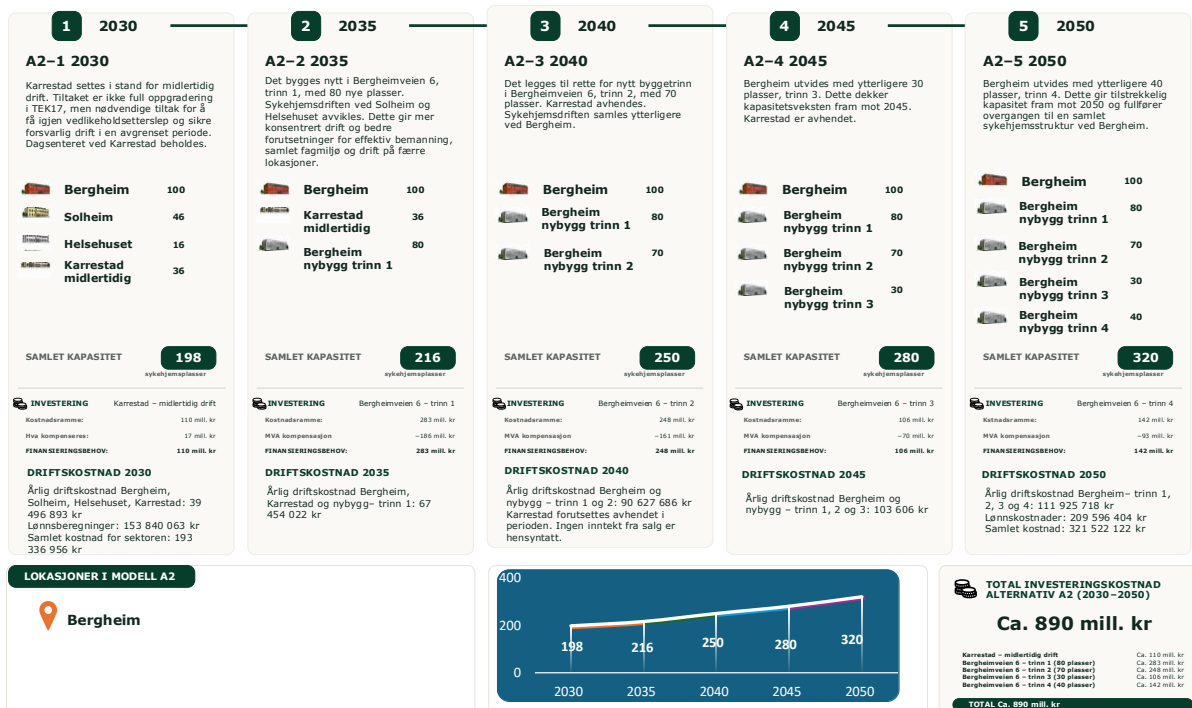
6.8.1 KAPASITETS- OG UTBYGGINGSLØP

Alternativ A2 – konsolidert omsorgssenter

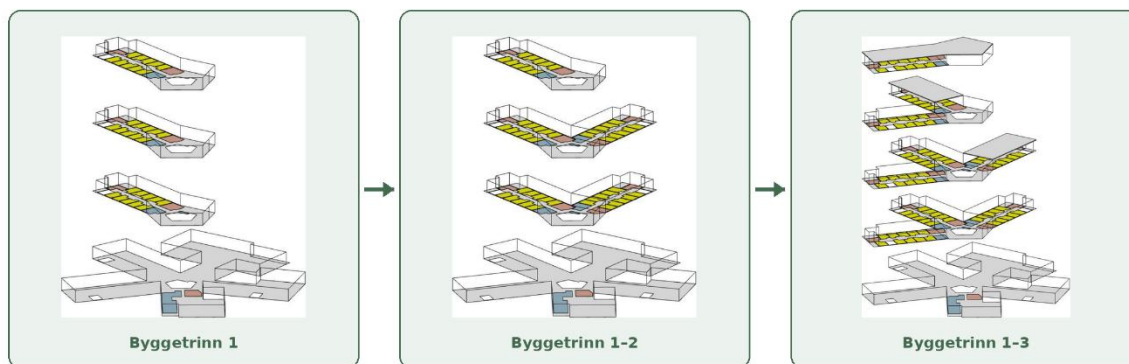
En konsolidert modell der sykehjemsdriften samles ved Bergheim gjennom trinnvis utbygging. Solheim og Helsehuset avvikles som sykehjem i 2035. Karrestad benyttes midlertidig og avhendes i 2040.

HOVEDPRINSIPP

Samle sykehjemsdriften ved Bergheim for å sikre robuste fagmiljøer, effektiv bemanning og drift på færre lokasjoner. Trinnvis utbygging ved Bergheim dekker behovet fram mot 2050.



Figur 4: Figuren illustrerer A2 konsolidert omsorgssenter på Bergheim gjennom perioden 2030-2050



Figur 5 viser trinnvise muligheter for utvidelse av Bergheim (vedlegg for A10 og A20 byggetrinn)

6.8.2 OPPSUMMERING OG TJENESTEMESSIGE KONSEKVENSER

A2 – HOVEDSCENARIO: 8 PROSENT LANGTIDSDEKNING

A2 innebærer at sykehjemsdriften på sikt samles ved Bergheim. Modellen gir nødvendig langtidskapasitet ved et styringsmål på 8 prosent og etablerer en mer konsentrert struktur enn A1. Dette gir bedre forutsetninger for stordriftsfordeler, samlet fagmiljø, effektiv bemanning og helhetlig drift.

Samtidig innebærer A2 sterk geografisk konsentrasjon. Tilgjengelighet for ansatte, pårørende og besøkende må vurderes nærmere, særlig kollektivtransport, parkering, gangforbindelser og framtidige mobilitetsløsninger. Full konsentrasjon på én hovedlokasjon gir også konsentrasjonsrisiko ved tekniske driftsbrudd, infrastrukturhendelser, smitte eller andre større avvik.

Beregnet samlet årlig kostnad, inkludert drift, finanskostnader og lønn, er 321 522 122 kroner i 2050. Samlet investeringskostnad er beregnet til 890 177 250 kroner. A2 krever større investeringer enn A1, men gir de sterkeste isolerte driftsmessige stordriftsfordelene.

A2 – SENSITIVITETSANALYSE: 9,1 PROSENT LANGTIDSDEKNING

Ved en videreføring av dagens dekningsgrad på 9,1 prosent for langtidsplasser blir det nødvendig med umiddelbar midlertidig bruk av Iddebo i tillegg til Karrestad. Iddebo er forutsatt brukt fram til 2040, mens Karrestad må inngå i overgangsløpet over en lengre periode. Dette øker den midlertidige investeringen i bygg som senere tas ut av sykehjemsstrukturen, og forsterker behovet for å vurdere avhendingsverdi og tidspunkt for nye byggetrinn.

Beregnet samlet årlig kostnad, inkludert drift, finanskostnader og lønn, er 332 910 020 kroner i 2050. Samlet investeringskostnad er beregnet til 1 114 975 012 kroner.

6.9 ALTERNATIV A3 – KOMBINASJONSMODEL

Alternativ A3 beskriver en kombinasjonsmodell der sykehjemsdriften på sikt samles ved Bergheim og én hovedlokasjon. Modellen innebærer en gradvis overgang fra dagens struktur, der eldre og mindre hensiktsmessige lokasjoner avvikles etter hvert som ny kapasitet etableres. Utgangspunktet er dagens kapasitet ved Bergheim, Solheim og Helsehuset, samlet 146 plasser. Fordi kommunen allerede har et oppdemmet behov, må første tiltak igangsettes raskt.

A3 skiller seg fra A2 ved at framtidig kapasitet ikke samles i ett omsorgssenter. Ny lokasjon etableres først, og utbygging ved Bergheim vurderes i trinn 4 eller 5. Det er ikke pekt ut ett bestemt tomtealternativ for den nye lokasjonen. Lokalisering må derfor vurderes opp mot tilgjengelighet, kollektivtransport, rekruttering, nærhet til øvrige tjenester, investeringskostnader og muligheter for sambruk eller eiendomsutvikling.

To hovedlokasjoner reduserer avhengigheten av én tomt og én driftslokasjon, og kan gi større fleksibilitet i utbyggingsfaser og kapasitetsutvikling. En ny, mer sentral og kollektivtilgjengelig lokasjon kan styrke rekrutterbarheten. Ny lokasjon kan også gi mulighet for framtidig samlokalisering med hjemmebaserte

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

tjenester eller andre helse- og omsorgsfunksjoner dersom dette senere dokumenteres som hensiktsmessig. OPS eller andre gjennomføringsmodeller kan være relevante, men behandles som strategiske muligheter og ikke som sikre gevinster.

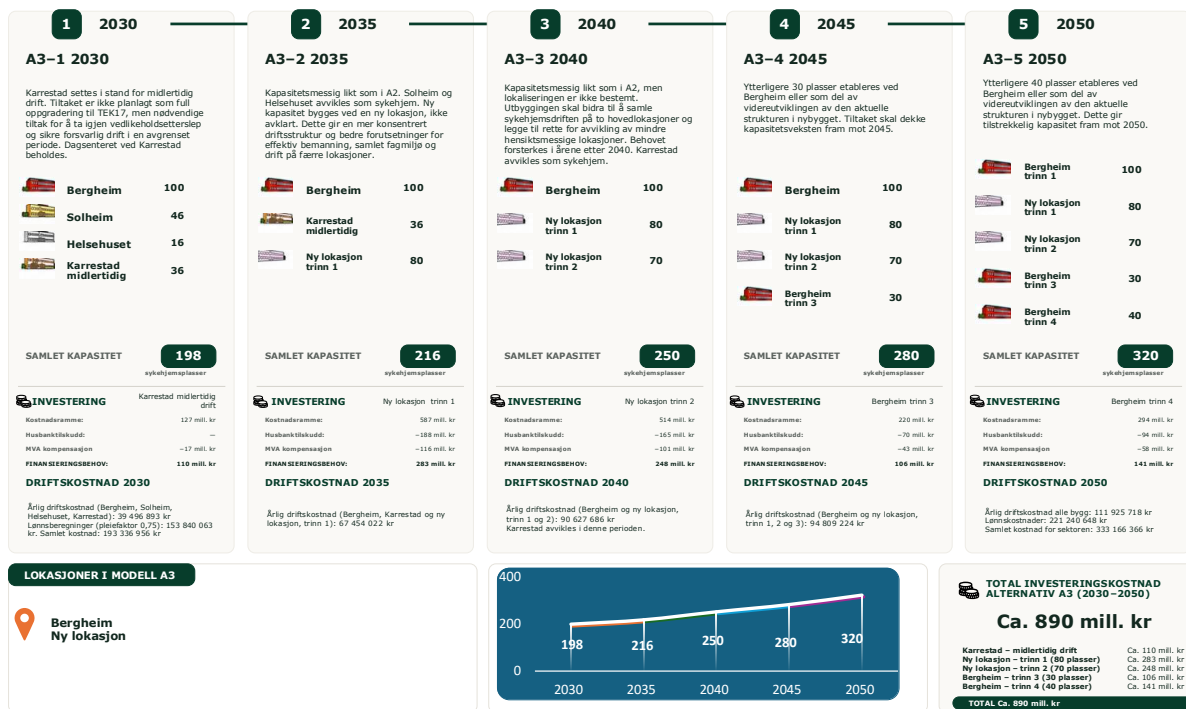
6.9.1 KAPASITETS- OG UTBYGGINGSLØP

Alternativ A3 – kombinasjonsmodell

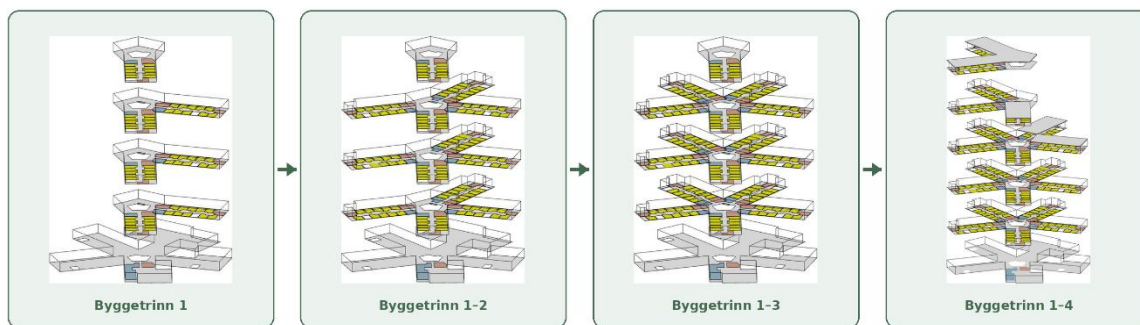
En kombinasjonsmodell der sykehjemdriften samles på to hovedlokasjoner gjennom trinnvis utbygging. Mindre hensiktsmessige lokasjoner avvikles etter hvert som ny kapasitet etableres.

HOVEDPRINSIPP

Sykehjemdriften utvikles trinnvis og samles på to hovedlokasjoner. Bergheim og en ny lokasjon. Ny kapasitet bygges etter behov, og mindre hensiktsmessige lokasjoner avvikles fortløpende.



Figur 6: Figuren illustrerer A3 kombinasjonsmodell gjennom perioden 2030-2050



Figur 7 viser trinnvis muligheter for bygging av nytt omsorgssenter (vedlegg for A10 og A20 byggetrinn)

6.9.2 OPPSUMMERING OG TJENESTEMESSIGE KONSEKVENSER

A3 – HOVEDSCENARIO: 8 PROSENT LANGTIDSDEKNING

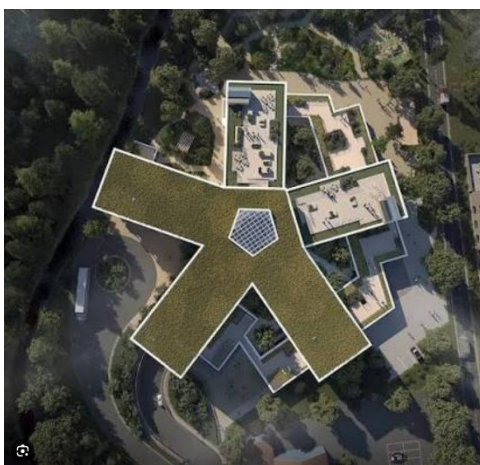
A3 utvikler en todelt sykehjemsstruktur med Bergheim og én ny lokasjon som hovedbærere av framtidig kapasitet. Modellen gir nødvendig kapasitetsvekst gjennom perioden, med 320 plasser i 2050. Ved å fordele driften på to hovedlokasjoner kan kommunen oppnå en mer samlet struktur enn i A1, samtidig som løsningen gir større geografisk og utbyggingsmessig fleksibilitet enn A2.

Alternativet forutsetter at Bergheim videreutvikles og vedlikeholdes som langsiktig hovedlokasjon, og at den nye lokasjonen planlegges slik at den supplerer Bergheim funksjonelt, geografisk og driftsmessig. Dersom dette lykkes, vil hoveddelen av sykehjemskapasiteten i 2050 være samlet i nyere eller oppgradert bygningsmasse.

Beregnet samlet årlig kostnad, inkludert drift, finanskostnader og lønn, er 333 166 366 kroner i 2050. Samlet investeringskostnad er beregnet til 890 177 250 kroner. A3 har noe høyere driftskostnad enn A2, men reduserer avhengigheten av én tomt og én driftslokasjon og gir større fleksibilitet i lokalisering, beredskap og framtidige utbyggingsfaser.

A3 – SENSITIVITETSANALYSE: 9,1 PROSENT LANGTIDSDEKNING

I sensitivitetsanalysen med 9,1 prosent langtidsdekning øker kapasitets- og kostnadspresset gjennom perioden. Den todelte strukturen videreføres, men høyere behov innebærer større krav til utbyggingstakt, tomtekapasitet, finansiering og koordinering mellom Bergheim og den nye hovedlokasjonen. Beregnet samlet årlig kostnad, inkludert drift, finanskostnader og lønn, er 360 524 173 kroner i 2050. Detaljert investerings- og kapasitetsløp må leses sammen med beregningsunderlaget for sensitivitetsanalysen. Muligheten for OPS-løsning påvirker investeringsbehovet. En slik løsning vil begrense kommunens investeringsbehov til midlertidig opprusting av Karrestad og Iddebo samt fra 2045 nye investeringer på Bergheim.



Bildet er hentet som inspirasjon fra Helsehuset i Lyngdal og illustrerer hvordan et omsorgsbygg kan utformes etter de foreslåtte prinsippene. Foto: Lyngdal kommune

6.10 SAMLET VURDERING AV DIMENSJONERING OG KONSEPTER

Dimensjoneringen viser at alle tre alternativer kan møte behovet for langtidsplasser ved et styringsmål på 8 prosent, men med ulike konsekvenser for drift, investeringer, fagmiljø, lokalisering, risiko og langsiktig robusthet.

A1 har lavest tidlig investeringsbehov og utnytter eksisterende bygningsmasse, men viderefører en mer fragmentert struktur med flere lokasjoner, eldre bygg og begrensede stordriftsfordeler.

A2 gir sterkest konsolidering og best isolert grunnlag for stordrift, faglig konsentrasjon og effektiv bemanning, men øker avhengigheten av Bergheim som tomt og driftslokasjon.

A3 reduserer antall lokasjoner vesentlig og fordeler fremtidig kapasitet mellom Bergheim og én ny lokasjon. Alternativet gir større fleksibilitet i lokalisering, beredskap og utbyggingsfaser enn A2, men er mer avhengig av tomteavklaring, regulering, finansiering og prosjektstyring.

Valget bør derfor ikke avgjøres av kapasitet alene. A2 er sterkest på stordrift og bemanningsmessig konsentrasjon, mens A3 gir bredere strukturell robusthet når tilgjengelighet, beredskap, tomteavhengighet og utbyggingsfleksibilitet vektlegges. A1 framstår som mest begrenset som langsiktig struktur.

Et styringsmål på 8 prosent forutsetter samtidig at nivåene under institusjon styrkes. Hvis dette ikke lykkes, øker presset på langtidsplassene uavhengig av valgt alternativ.

6.10.1 SAMMENLIGNING AV BEREGNED E DRIFTSKOSTNADER

Kostnadssammenligningen viser at A1 har lavest beregnet årlig kostnad, mens A2 har en driftsøkonomisk fordel sammenlignet med A3 som følge av større stordriftsgevinst ved én hovedlokasjon. Denne fordelingen må veies mot A3s merverdi knyttet til tilgjengelighet, beredskap, redusert tomteavhengighet og utbyggingsfleksibilitet.

Dekningsgrad	Alt.	Drift 2030	Drift 2035	Drift 2040	Drift 2045	Drift 2050	Drift og lønn 2050
8 %	A1	37 627 111	47 976 115	60 813 486	69 371 733	86 488 227	319 373 120
8 %	A2	39 496 893	67 454 022	90 627 686	94 809 224	111 925 718	321 522 122
8 %	A3	39 496 893	67 454 022	90 627 686	94 809 224	111 925 718	333 166 366
9,1 %	A1	47 976 115	56 304 486	73 650 857	90 767 351	101 871 845	337 046 543
9,1 %	A2	49 845 897	73 791 686	91 312 386	104 149 757	122 946 712	332 910 020
9,1 %	A3	49 845 897	79 887 186	110 245 257	123 082 628	129 042 212	360 524 173

Tabell 12: Tabellen viser beregnede årlige driftskostnader i de to dimensjoneringsløpene. Kolonnen «Drift og lønn 2050» viser samlet årlig kostnad i 2050 etter de forutsetningene som er lagt til grunn i beregningsmodellen. Det er lagt til grunn hhv 5% effektivisering av lønnsbudsjett i alternativ 3 og 10% i alternativ 2.

6.10.2 BESLUTNINGSMESSIGE KONSEKVENSER FOR ALTERNATIVANALYSEN

Alternativanalysen i kapittel 8 bør derfor skille tydelig mellom felles premisser og reelle konseptforskjeller. Særlig viktig blir vurderingen av institusjonsstruktur, antall og lokalisering av driftssteder, arbeidskraft og fagmiljø, tilgjengelighet, beredskap, økonomi, tomtekapasitet, utbyggingsfleksibilitet og gjennomføringsrisiko.

7 RAMMEVILKÅR FOR KONSEPTVALG

Kapittelet beskriver rammevilkår som må ligge til grunn for valg av konsept. Rammevilkårene gjelder for alle alternativer, men får ulik betydning avhengig av fysisk struktur, lokalisering, antall hovedlokasjoner, bruk av eksisterende bygg, tomtekapasitet, tilgjengelighet, driftsrobusthet, økonomi og gjennomføringsrisiko.

7.1 FORMÅL OG BRUK AV RAMMEVILKÅR

Formålet med rammevilkårene er å tydeliggjøre hvilke løsninger som kan vurderes som forsvarlige, realistiske og gjennomførbare. Alternativene må vurderes både etter ønsket måloppnåelse og etter om de kan realiseres innenfor kommunens juridiske, faglige, økonomiske, organisatoriske og gjennomføringsmessige rammer.

7.2 PROSJEKTSPEKIFIKKE RAMMEVILKÅR

- arbeidskraft, fagmiljø og rekrutterbarhet
- økonomisk handlingsrom og investeringsevne
- felles tjenestemessige premisser, inkludert styrking av nivåene under institusjon
- teknisk og funksjonell egnethet i eksisterende bygg
- pasientflyt og sårbare overganger
- trinnvis gjennomføring og risikostyring
- tilgjengelighet, kollektivtransport og rekrutterbarhet ved hovedlokasjoner
- beredskap og konsentrasjonsrisiko
- tomtekapasitet og fleksibel utbygging over tid

7.3 GENERELLE JURIDISKE OG FAGLIGE RAMMEVILKÅR

Alle alternativer må sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, ivareta pasient- og brukerrettigheter, arbeidsmiljø, universell utforming, brann- og beredskapskrav, personvern og informasjonssikkerhet. Teknologi kan støtte trygghet, mestring og mer effektiv oppfølging, men forutsetter bygg, infrastruktur, kompetanse, ledelse og arbeidsprosesser som gjør gevinstene realistiske.

7.4 RAMMEVILKÅR SOM SKILLER ALTERNATIVENE

ANTALL LOKASJONER OG DRIFTSSTRUKTUR

Antall lokasjoner påvirker fagmiljø, ledelse, bemanning, logistikk, nattdrift, vikarbruk, kompetansedeling og stordriftsfordeler. Mange lokasjoner kan gi geografisk fleksibilitet og utnyttelse av eksisterende bygg, men også høyere driftssårbarhet. Færre lokasjoner kan gi mer robuste fagmiljøer og bedre ressursutnyttelse, men stiller større krav til tilgjengelighet, transport og lokalisering.

EKSISTERENDE BYGG VERSUS NYBYGG

Videre bruk av eksisterende bygningsmasse kan redusere investeringer tidlig i perioden, men kan gi vedlikeholdsrisiko, funksjonelle begrensninger og mindre fleksibilitet over tid. Nybygg gir større investeringsbehov, men også bedre mulighet til å utvikle bygg som støtter fremtidige krav til drift, teknologi, brukergrupper, logistikk og fagmiljø.

BERGHEIM-TOMTENS KAPASITET OG UTVIKLINGSROM

Dersom mye kapasitet samles ved Bergheim, må det dokumenteres at tomten kan romme ønsket utbygging uten uheldige konsekvenser for bygningsutforming, utearealer, parkering, logistikk, beredskap eller senere utvidelser.

TILGJENGELIGHET, KOLLEKTIVTRANSPORT OG REKRUTTERING

Lokalisering må vurderes som et arbeidskraft- og rekrutteringsspørsmål, ikke bare som et geografisk spørsmål. Kollektivtilgjengelighet og sentralitet bør derfor inngå som ett av flere kriterier i videre lokaliseringsanalyse (Halden kommune, prosjektinnspill 2026).

KONSENTRASJONSRISIKO OG BEREDSKAP

Stor samling av institusjonskapasitet på én lokasjon kan gi driftsmessige fordeler, men øker også konsekvensene av tekniske driftsbrudd, svikt i kritisk infrastruktur, smitte eller andre beredskapshendelser. En todelt struktur kan gi større redundans, men krever god samordning mellom lokasjonene.

UTBYGGINGSFASER OG LANGSIKTIG FLEKSIBILITET

To hovedlokasjoner kan gi større handlingsrom for trinnvis utbygging, tilpasning av investeringstakt og fordeling av kapasitet over tid. Én hovedlokasjon kan være enklere å drifte når strukturen er ferdig utbygget, men gir større avhengighet av én tomt og ett samlet utbyggingsløp.

SAMLOKALISERING MED ANDRE TJENESTER

En ny lokasjon i A3 kan, avhengig av tomt og senere organisatoriske vurderinger, gi mulighet for samlokalisering med eksempelvis en fremtidig hovedbase for hjemmebaserte tjenester eller andre helse- og omsorgsfunksjoner. Dette er en strategisk opsjon, ikke en forutsetning. Gevinster må dokumenteres gjennom egne drifts-, logistikk- og lokaliseringsanalyser.

FINANSIERING OG OPS

OPS kan være aktuelt ved utvikling av nye bygg, særlig dersom sykehjem inngår i bredere eiendomsutvikling. En slik modell må vurderes opp mot lånefinansiering, kontroll, fleksibilitet, risikofordeling og samlede kostnader over tid.

7.5 SAMLET VURDERING

A1, A2 og A3 må vurderes innenfor samme tjenestemessige premisser, men har ulike strukturelle styrker og svakheter. A1 har lavere tidlig investeringsbehov, men større avhengighet av eldre og fragmentert bygningsmasse. A2 gir sterkest samling og stordrift, men også størst tomte- og konsentrasjonsavhengighet. A3 kan balansere faglig robusthet med tilgjengelighet, beredskap og utbyggingsfleksibilitet, men forutsetter ny tomt, regulering og høy gjennomføringsevne.

8 ALTERNATIVANALYSE

Dette kapitlet vurderer A0–A3 opp mot målstruktur, dimensjoneringsgrunnlag og rammevilkår. Formålet er å synliggjøre hvilket alternativ som samlet gir best grunnlag for en bærekraftig og gjennomførbar omsorgsstruktur i Halden kommune.

8.1 ANALYSEMODELL OG VURDERINGSGRUNNLAG

Alternativanalysen skiller mellom felles premisser og reelle konseptforskjeller. A0 brukes som referanse, mens A1–A3 vurderes etter institusjonsstruktur, lokalisering, bygg, arbeidskraft, tilgjengelighet, økonomi, fleksibilitet, risiko og gjennomføringsevne.

8.1.1 FELLES STYRENDE PRINSIPPER – IKKE KONSEPTFORSKJELLER

A1, A2 og A3 bygger på samme tjenestemessige dreining: forebygging, mestring, rehabilitering, hjemmebaserte tjenester, bolig, teknologi, Helsehuset som korttids- og rehabiliteringsarena og bedre sammenheng i omsorgstrappen. Disse forholdene behandles som felles forutsetninger, ikke som selvstendige konseptforskjeller.

8.1.2 VURDERINGSDIMENSJONER

Vurderingen konsentreres om seks dimensjoner som skiller alternativene:

- understøttelse av felles styrende prinsipper
- Institusjonsstruktur, fagmiljø og arbeidskraft: Antall lokasjoner, faglig robusthet, bemanningsfleksibilitet, natt, vikarbruk, ledelse og mulighet for målrettet kompetansebruk.
- Pasientflyt, tilgjengelighet og geografisk struktur: Samspill med Helsehuset og øvrige tjenester, nærhet og tilgjengelighet for innbyggere, ansatte og pårørende.
- bygg, teknologi og langsiktig fleksibilitet
- Økonomi og drift: Investering, finansiering, FDVU, personellkostnader og mulige stordriftsfordeler.
- Gjennomførbarhet og risiko: Investeringstakt, overgangskapasitet, tomt/regulering, avhengigheter og risiko for at omstillingen svekker kapasitet eller pasientflyt i overgangsperioden.

8.2 VURDERING AV A0 – NULLALTERNATIVET

A0 innebærer at Halden i hovedsak viderefører dagens struktur, kapasitetslogikk og tjenestemodell. Alternativet er referansen for analysen og viser konsekvensene av å ikke gjennomføre de strukturelle grepene som er utviklet i A1–A3.

STYRKER

A0 har lav gjennomføringsrisiko på helt kort sikt fordi alternativet ikke krever store strukturelle beslutninger eller omfattende investeringer umiddelbart. Det reduserer behovet for omstilling i en allerede presset driftssituasjon.

SVAKHETER OG RISIKO

A0 svarer i liten grad på gapene som er identifisert i kapittel 3 og 4. Dagens struktur har utilstrekkelige mellomnivåer, press på korttid og rehabilitering, fragmentering og høy personellavhengighet. Videreføring innebærer risiko for at økende behov i større grad må møtes med mer personellintensive tjenester og økt institusjonskapasitet.

SAMLET VURDERING

A0 vurderes ikke som en bærekraftig langsiktig retning. Alternativet gir ikke et tilstrekkelig strukturelt grunnlag for den omstillingen kommunen selv har definert som nødvendig.

8.3 VURDERING AV A1 – MODERNISERT DESENTRALISERT MODELL

A1 viderefører en modernisert, desentralisert sykehjemsstruktur. Eksisterende lokasjoner oppgraderes og tas i bruk for langsiktig drift, supplert med trinnvis nybygging ved Bergheimveien.

STYRKER

A1 kan gi en trinnvis overgang og utnytter eksisterende bygningsmasse. Flere lokasjoner gir geografisk spredning og kan redusere avstanden til institusjon for enkelte innbyggere og pårørende. Alternativet krever ikke ett stort samlet nybygg tidlig i perioden og kan derfor gi noe større fleksibilitet i investeringstakten.

SVAKHETER OG RISIKO

Den viktigste svakheten er at A1 viderefører drift på flere lokasjoner og dermed en mer fragmentert institusjonsstruktur. Dette begrenser potensialet for robuste fagmiljøer, fleksibel bemanning, felles natt- og vikarressurser og stordrift. Flere mindre enheter kan også gjøre det mer krevende å standardisere arbeidsprosesser og integrere teknologi på tvers.

A1 innebærer videre avhengighet av eldre bygningsmasse. Deler av bygningsmassen vil være mellom 60 og 90 år gammel i 2050. Det gir risiko for vedlikeholdsbehov, funksjonelle begrensninger og mindre fleksibilitet ved endrede brukerbehov.

UNDERSTØTTELSE AV FELLES PRINSIPPER

A1 kan følge samme tjenestemessige dreining som A2 og A3, men flere institusjonslokasjoner kan binde mer ledelses- og personellkapasitet til drift.

SAMLET VURDERING

A1 er gjennomførbart som kapasitetsløsning, men vurderes som svakere enn A2 og A3 når langsiktig drift, faglig robusthet, bygg og ressursutnyttelse ses samlet.

8.4 VURDERING AV A2 – SAMLET OMSORGSSENTER VED BERGHEIM

A2 innebærer at sykehjemsdriften på sikt samles ved Bergheim.

STYRKER

A2 gir sterke forutsetninger for robuste institusjonsfagmiljøer, samlet ledelse, fleksibel bemanning og stordrift. En større samlet enhet kan gi bedre mulighet for spesialisering, oppgavedeling, felles nattressurser, vikarbruk og støttefunksjoner. Alternativet gir også en mer fremtidsrettet eiendomsstruktur med nyere bygg som kan planlegges samlet for moderne arbeidsprosesser og teknologi.

SVAKHETER OG RISIKO

Hovedulempen er sterk geografisk konsentrasjon. Bergheim har svak kollektivtilgjengelighet, og tomtens kapasitet må vurderes kritisk dersom en stor del av fremtidig institusjonskapasitet samles der. Full konsentrasjon på én lokasjon kan også gi beredskapsmessig sårbarhet ved tekniske driftsbrudd, svikt i kritisk infrastruktur, smittehendelser eller andre hendelser som påvirker drift.

UNDERSTØTTELSE AV FELLES PRINSIPPER

A2 kan fullt ut kombineres med den felles tjenesteomstillingen. Samlingen av institusjonsdriften kan frigjøre organisatorisk kapasitet og styrke fagmiljøene, men gevinstene avhenger av at kommunen samtidig gjennomfører felles grep i Helsehuset, hjemmetjenestene, boligstrukturen og de forebyggende tjenestene.

SAMLET VURDERING

A2 er et sterkt institusjonsalternativ med klare kvaliteter knyttet til fagmiljø, bemanning, stordrift og samlet eiendomsstruktur. Alternativet svekkes likevel av tomteavhengighet, svak kollektivtilgjengelighet, konsentrasjonsrisiko og mindre fleksibilitet i senere utbyggingsfaser. A2 vurderes derfor ikke som entydig best når tilgjengelighet, beredskap og utviklingsfleksibilitet inngår i vurderingen.

8.5 VURDERING AV A3 – KOMBINASJONSMODELL

A3 innebærer en todelt sykehjemsstruktur med Bergheim og én ny lokasjon som hovedbærere av fremtidig kapasitet. Alternativet reduserer antall lokasjoner vesentlig sammenlignet med A1, men beholder større geografisk fleksibilitet enn A2.

STYRKER

A3 kombinerer større og mer robuste enheter med en todelt geografisk struktur. Dette gir grunnlag for sterke fagmiljøer og fleksibel bemanning, samtidig som kommunen unngår å samle hele institusjonskapasiteten på én tomt. En ny, mer sentral lokasjon kan styrke tilgjengelighet og rekruttering, men må kvalitetssikres i neste lokaliseringsfase. To hovedlokasjoner reduserer også konsentrasjonsrisiko og kan gi større mulighet for gjensidig støtte ved driftsavvik.

A3 gir i tillegg større utviklingsfleksibilitet. Kapasitet kan fordeles og bygges ut i flere faser, og kommunen blir mindre låst til de fysiske begrensningene på Bergheim-tomten. En ny lokasjon kan også gi mulighet for samlokalisering med andre helse- og omsorgsfunksjoner dersom senere analyser viser at dette er hensiktsmessig.

SVAKHETER OG RISIKO

A3 har større avklarings- og gjennomføringsrisiko enn A2 fordi ny lokasjon ikke er bestemt. Tomt, regulering, tilgjengelighet, kollektivtransport, rekruttering, sambruk og finansieringsmodell må avklares. To lokasjoner gir noe mindre stordriftsgevinst enn én samlet lokasjon og krever tydelig funksjonsdeling for å unngå unødvendig duplisering. Mulighet for OPS eller annen eiendomsutvikling kan være relevant, men må utredes nærmere og skal ikke behandles som en sikker gevinst.

UNDERSTØTTELSE AV FELLES PRINSIPPER

A3s fortrinn ligger i rammen rundt den felles tjenestestillingen: bedre lokaliseringmuligheter, redusert konsentrasjonsrisiko, større utbyggingsfleksibilitet og mulig samlokalisering med andre tjenester. Dette gir større langsiktig handlingsrom enn full samling ved Bergheim, samtidig som antall institusjonslokasjoner reduseres betydelig sammenlignet med A1.

KAPASITET

A3 er dimensjonert til samlet 320 institusjonsplasser i 2050. Kapasitetsangivelsen brukes konsekvent som langsiktig dimensjoneringsgrunnlag i alternativanalysen.

SAMLET VURDERING

A3 vurderes samlet som det mest robuste og utviklingsdyktige konseptet når institusjonsdrift, tilgjengelighet, beredskap og langsiktig fleksibilitet sees i sammenheng. A2 har sterkere isolerte stordriftsfordeler, men A3 reduserer sårbarheten ved én lokasjon og gir større handlingsrom for trinnvis utbygging og fremtidig funksjonsutvikling. OPS og annen eiendomsutvikling kan styrke A3 som strategisk opsjon, men må kvalitetssikres i neste fase.

8.6 SAMLET SAMMENLIGNING AV ALTERNATIVENE

Sammenligningen skiller mellom felles tjenestestilling og de strukturelle egenskapene ved alternativene. Tabellen vurderer derfor primært hvordan institusjonsstruktur, drift, bygg, tilgjengelighet, økonomi og risiko påvirker måloppnåelse og gjennomførbarhet.

VURDERINGSDIMENSJON	A0	A1	A2	A3
Felles helsefremmende og forebyggende dreining	Ikke tilstrekkelig innebygget i nullalternativet.	Felles forutsetning.	Felles forutsetning.	Felles forutsetning.
Understøttelse av felles styrende prinsipper	Svak. Dagens struktur opprettholder identifiserte gap.	Mulig, men fragmentert drift kan redusere handlingsrom og samordning.	God, særlig gjennom robuste fagmiljøer og samlet drift; full konsentrasjon kan samtidig svekke tilgjengelighet og fleksibilitet.	God. Todelt struktur kan styrke tilgjengelighet, robusthet og utviklingsfleksibilitet rundt de felles tjenestegrepene.
Institusjonsstruktur og fagmiljø	Fragmentert og sårbar.	Flere lokasjoner; begrenset stordrift.	Sterkest konsentrasjon og mest robuste fagmiljøer.	To hovedlokasjoner; god robusthet, men mindre stordrift enn A2.
Tilgjengelighet og geografi	Dagens spredning opprettholdes.	God geografisk spredning, men flere driftssteder.	Full konsentrasjon ved Bergheim; svak kollektivtilgjengelighet er en viktig rekrutterings- og tilgjengelighetsrisiko.	Mulighet for ny sentral og kollektivtilgjengelig lokasjon; bedre geografisk balanse og rekrutteringsgrunnlag.
Bygg og teknologi	Lav framtidsrobusthet.	Blanding av eldre bygg og nybygg; høyere vedlikeholdsrisiko.	Samlet moderne struktur, men tomtebegrensninger ved Bergheim kan påvirke utforming og senere utvidelsesmuligheter.	To utviklingsområder gir større trinnvis fleksibilitet; ny tomt kan også åpne for samlokalisering med andre tjenester.
Arbeidskraft og drift	Lite bærekraftig over tid.	Spredte fagmiljøer og mindre bemanningsfleksibilitet.	Sterkest stordrift og bemanningsfleksibilitet, men større konsekvens ved driftsbrudd på én hovedlokasjon.	Gode fagmiljøer og bemanningsmuligheter; todelt struktur reduserer konsentrasjonsrisiko, men krever koordinering.
Økonomi og investering	Lavt kortsiktig investeringsnivå, høy langsiktig drifts- og kapasitetsrisiko.	Lavere tidlig investeringsbehov, men eldre bygg og flere lokasjoner.	Høyt investeringsbehov og stor binding til Bergheim; begrenset opsjon for alternativ eiendomsutvikling.	Høyt investeringsbehov, men større fleksibilitet i faser og mulig OPS/alternativ eiendomsutvikling ved ny lokasjon.
Gjennomførbarhet og risiko	Lav kortsiktig endringsrisiko, høy langsiktig bærekraftsrisiko.	Trinnvis og relativt gjennomførbart, men risiko knyttet til eldre bygg.	Tydelig sluttstruktur, men tomtekapasitet, kollektivtilgjengelighet og konsentrasjonsrisiko må håndteres.	Større tomte- og reguleringsavklaring, men bedre beredskapsmessig og utbyggingsmessig fleksibilitet når lokasjon er avklart.
Samlet strukturell vurdering	Anbefales ikke som langsiktig retning.	Gjennomførbart, men svakere langsiktig robusthet.	Svært sterk institusjonsmodell, men svakere samlet på tilgjengelighet, konsentrasjonsrisiko og utviklingsfleksibilitet.	Anbefalt. Beste samlede balanse mellom fagmiljø, tilgjengelighet, robusthet, fleksibilitet og strategiske utviklingsmuligheter.

■ Grønn = sterk/god vurdering
■ Gul = mellomposisjon eller forbehold
■ Rød = svak/risikoutsatt vurdering
■ Grå = felles eller nøytral forutsetning

Tabell 13: Alternativanalyse

8.7 ANBEFALT STRATEGISK RETNING

Alternativanalysen viser at A0 ikke er en bærekraftig langsiktig retning, og at A1 gir svakere robusthet gjennom flere lokasjoner og eldre bygningsmasse. Den strategiske avveiningen står derfor mellom A2 og A3.

A2 gir sterkest institusjonell samling, stordrift, faglig konsentrasjon og fleksibel bemanning. Samtidig gir full samling ved Bergheim høy tomteavhengighet, svakere kollektivtilgjengelighet, større konsentrasjonsrisiko og mindre fleksibilitet i senere utbyggingsfaser.

A3 anbefales som strategisk hovedretning fordi alternativet kombinerer robuste fagmiljøer med todelt struktur, bedre tilgjengelighet, lavere konsentrasjonsrisiko og mer fleksibel utbygging over tid. Eventuell samlokalisering med andre helse- og omsorgsfunksjoner bør vurderes i neste fase.

Neste fase må dokumentere merverdien ved A3 gjennom tomtevalg, funksjonsprogram, kostnadsberegninger, risikovurdering og avklaring av gjennomførings- og finansieringsmodell. A2 bør brukes som referanse for å synliggjøre forskjellen mellom størst mulig stordrift og bredere strukturell robusthet.

Uavhengig av valgt institusjonsstruktur må de felles styrende prinsippene gjennomføres parallelt. Kapittel 9 konkretiserer derfor forebygging, Helsehuset, bolig, hjemmetjenester, rehabilitering, dagtilbud, teknologi, organisering og gevinstrealisering som gjennomgående tiltak for den samlede omsorgsomstillingen, ikke som særtrekk ved A3.

9 ANBEFALT LØSNING OG GJENNOMFØRINGSPLAN

Dette kapittelet konkretiserer anbefalt løsning og videre gjennomføring for en mer bærekraftig tjenestestruktur i Halden kommune.

Flere av tiltakene og anbefalingene i kapittelet vil være gjenkjennelige for kommunen. HRP er kjent med at Halden allerede har igangsatt arbeid på flere av områdene, og at flere av tiltakene inngår i etablerte planer, prosesser eller pågående utviklingsarbeid. Samtidig viser gjennomgangen at innsatsen i dag framstår som fragmentert, og at tiltakene ikke alltid er tilstrekkelig kjent, forankret eller gjennomført som felles praksis på tvers av kommunalområdet.

HRPs anbefalinger må derfor forstås som en tydeliggjøring og samlet strukturering av hva kommunen bør prioritere, videreutvikle og gjennomføre med større kraft. Gevinstene kommer først når tiltakene ikke blir enkeltstående initiativer, men inngår i en felles strategi med tydelig styring, ansvar, prioritering og oppfølging. Kapittelet legger derfor vekt på hvordan allerede igangsatt arbeid kan samordnes, forsterkes og kobles tettere til valgt hovedretning for framtidig omsorgsstruktur.

9.1 ANBEFALT HOVEDRETNING

Halden bør gå videre med A3 – kombinasjonsmodellen – som strategisk hovedretning. Dette kapittelet konkretiserer hva anbefalingen innebærer for overgangs- og endringskapasitet, tjenesteutvikling, organisering, investeringer og gjennomføring.

A3 må forstås som en samlet omstilling av tjenestemodellen, ikke som et byggalternativ alene. Institusjonsstruktur, Helsehuset, hjemmebaserte tjenester, boligtrapp, forebygging, rehabilitering, dagtilbud, velferdsteknologi, ledelse og gevinstrealisering må derfor utvikles og ses i sammenheng.

9.2 MÅLBILDET FOR FREMTIDIG TJENESTESTRUKTUR

Målbildet for A3 er at innbyggerne møter én sammenhengende tjenestestruktur der behov vurderes tidlig, veiledning og bistand gis på lavest effektive omsorgsnivå, og kommunen samtidig har robuste tilbud for personer med omfattende og varige behov. Mestringstrappen og boligtrappen skal brukes som felles styringslogikk på tvers av tjenester, bygg, teknologi og økonomi.

Flere innbyggere skal kunne bo trygt hjemme eller i egnet bolig lenger, mens langtidsplass forbeholdes personer med varige og omfattende behov som ikke kan ivaretas forsvarlig på lavere nivå. Helsehuset skal være kommunens tydelige arena for ulike korttidsopphold, og tilgang til hjelpemidler, pasient- og pårørendeveiledning og informasjon om digitale tilbud og tjenester bør inngå som del av denne funksjonen.

9.3 OVERGANGSSTRATEGI – SKAPE HANDLINGSROM FOR OMSTILLING

Halden har begrenset handlingsrom til å endre tjenestene uten et midlertidig kapasitetsgrep. Når korttidsplasser brukes som ventekapasitet, enkelte HDO-beboere har behov på institusjonsnivå, og kommunen opplever perioder med overliggere på sykehus, må overgangsstrategien først skape rom for endring. Deretter må ny kapasitet brukes målrettet og tidsavgrenset.

1. **Ta i bruk Karrestad som første midlertidige kapasitetsgrep.** På bakgrunn av foreliggende vurderinger fremstår Karrestad som første aktuelle alternativ for midlertidig sykehjemsdrift. Endelig beslutning må

bygge på teknisk, økonomisk, faglig og bemanningsmessig kvalitetssikring. Dersom bruk besluttet, bør alle rom som praktisk og forsvarlig kan brukes som beboerrom vurderes.

2. **Vurder Iddebo som supplerende overgangskapasitet ved behov.** Dersom Karrestad ikke gir tilstrekkelig kapasitet til å redusere ventelister og frigjøre korttidsplasser, kan Iddebo vurderes som supplement. Dette må ses opp mot investeringsbehov, teknisk egnethet og bemanningsmessige konsekvenser.
3. **Knytt kapasitetsøkningen til tydelige forløpskrav.** Midlertidig kapasitet skal ikke bare fylles opp. Kriterier for langtids plass må være tydelige, korttidsforløp beskrives gjennom kriterier for inntak, mål for opphold, forventet varighet, utskrivningsplan og revurdering, slik at plassene brukes til avklaring, rehabilitering og reelle korttidsopphold.
4. **Planlegg avvikling av langtidsavdelingen ved Helsehuset.** Langtidsplassene bør avvikles når forsvarlig erstatningskapasitet er etablert. På denne måten rendyrkes Helsehuset som korttidsarena som understøtter behovet for dreining av tjenester, rehabilitering til hjemmet, mottak av utskrivningsklare pasienter, osv.
5. **Bruk overgangsperioden til HDO-avklaringer.** Dagens HDO-beboere må vurderes individuelt. Personer med behov på sykehjemsnivå eller vedtak om sykehjemsplass overflyttes til institusjon når kapasitet er etablert. Frigjorte boliger må inngå i en boligplan, mens beboere uten HDO-behov, men med behov for tjenester, får ordinær vurdering og vedtak om hjemmetjenester.

9.4 BESLUTNINGSPUNKTER FOR VIDERE PLANLEGGING

Videre arbeid bør deles i tre kategorier, slik at kommunen skiller mellom strategiske beslutninger, tjenesteutvikling som kan starte uavhengig av byggeløsning, og avklaringer som må foreligge før investering.

Beslutninger som bør tas nå:

- legge A3 – kombinasjonsmodellen – til grunn som videre planleggingsretning
- avklare om Karrestad (og Iddebo) skal kvalitetssikres og planlegges som midlertidig kapasitet
- etablere mandat, programeier og styringsmodell for det videre arbeidet
- fastsette hvilke spørsmål som krever politisk behandling, og hvilke som kan følges opp administrativt

Tiltak som kan starte uavhengig av endelig byggeløsning:

- utvikle tydelige korttidsforløp hjem-til-hjem og etablere tverrfaglig ressursteam som har ansvaret for å følge opp
- starte individuell kartlegging av HDO-beboere og videreutvikle boligtrappen
- videreutvikle organisering, oppgavedeling og ressursstyring i hjemmebaserte tjenester
- etablere felles tjenestebeskrivelser, styringsindikatorer og gevinstoppfølging
- kartlegge teknologisk infrastruktur og prioritere få modne teknologier

Avklaringer som må foreligge før investeringsbeslutning:

- ny lokasjon, funksjonsprogram og kapasitetsfordeling mellom Bergheim og ny lokasjon
- tilgjengelighet, rekruttering, beredskap, logistikk og mulighet for trinnvis utbygging
- HDO-porteføljen og fremtidig boligstruktur
- bemanningsmodell, teknologisk infrastruktur, investeringer, driftskonsekvenser, risiko og forventede gevinster

For A3 må Bergheim og ny lokasjon utredes som ett samlet system før endelig løsning låses. Kapasitetsutviklingen må samtidig følges gjennom de indikatorene som er beskrevet i kapittel 9.19.

9.5 STYRING, ORGANISERING OG GJENNOMFØRINGSMODELL

A3 bør organiseres som et **helhetlig** omstillingsprogram. Programmet bør omfatte institusjonsstruktur, Helsehusets funksjon og rolle, hjemmebaserte tjenester, boligtilbud, teknologi, økonomi, bemanning og gevinstrealisering.

Kommunen bør etablere en tydelig styringsmodell med politisk forankring, administrativ programeier, tverrfaglig styringsgruppe og avklarte roller for helse og omsorg, økonomi, eiendom, HR, e-helse, forvaltningsenheten, hjemmetjenester og institusjon.

Styringen må sikre at faglige mål, økonomiske rammer, bemanningskonsekvenser, investeringer og gevinster vurderes samlet. Forventede gevinster bør ikke innarbeides som budsjettmessige reduksjoner før tiltakene er besluttet, finansiert, implementert og dokumentert.

Mestringstrapp og boligtrapp bør brukes som felles styringslogikk i gjennomføringen. Figuren under viser hvordan tjenester, boliger, teknologi og institusjonskapasitet må ses i sammenheng når tiltakene skal prioriteres.



Figur 8: Mestringstrapp og boligtrapp som grunnlag for prioritering av tiltak. Figuren viser sammenhengen mellom tjenester, boliger, teknologi og institusjonskapasitet, og danner premiss for gjennomføringssporene i dette kapittelet.

9.6 FELLES STYRINGSGREP FOR ALLE TJENESTER

Felles styringsgrep skal sikre at gjennomføringen skjer med lik praksis, tydelig ansvar og løpende oppfølging på tvers av tjenestene.

- **Følg opp programmet samlet.** Sikre oversikt over ansvar, fremdrift, avhengigheter og risiko på tvers av tiltakene.
- **Styrk gjennomføringskraften i linjen.** Gi ledere mandat, kapasitet og styringsinformasjon til å omsette tiltakene i drift.
- **Bruk mestringstrappen som felles vurderingsprinsipp.** Sørg for at tjenester, vedtak og revurderinger bygger på lavest effektive omsorgsnivå.
- **Innfør felles tjenestebeskrivelser.** Avklar målgruppe, innhold, ansvar og forventninger for sentrale tjenester.

- **Følg utviklingen med få styringsindikatorer.** Bruk indikatorer for pasientflyt, ventetid, korttidsbruk, hjemmetjenestebelastning, bemanning, teknologi, ressursbruk og kvalitet.
- **Koble økonomi, bemanning og gevinster.** Skill mellom investeringer, omstillingskostnader, driftskonsekvenser, gevinstpotensial og dokumenterte gevinster.
- **Standardiser før skalering.** Nye tiltak og teknologier bør først skaleres når ansvar, arbeidsprosesser, opplæring, responstjeneste og gevinstoppfølging er avklart.

9.7 GJENNOMFØRINGSMODELL – SJU PARALLELLE SPOR

Gjennomføringsmodellen samler tiltakene i sju parallelle spor. Tabellen viser hvordan sporene følges opp i resten av kapittelet.

Spor	Hovedinnhold	Utdypes i
1. Institusjonsstruktur og kapasitet	Overgangskapasitet, langsiktig A3-struktur, Bergheim og ny lokasjon, samt omdisponering eller utfasing av bygg.	9.3, 9.4 og 9.11
2. Helsehuset og pasientflyt	Korttid, avklaring, rehabilitering og sammenhengende hjem-til-hjem-forløp.	9.13
3. Forvaltningsenheten, mottak og mestring	Tydelig førstelinje, tidlig avklaring, rettssikker saksbehandling, riktig tjenestenivå og systematisk revurdering.	9.9
4. Hjemmebaserte tjenester, oppgavedeling og ressursbruk	Ledelse, teamstruktur, ressursstyring, logistikk, kompetanse og lokalisering.	9.10
5. Boligtrapp, HDO og seniorpluss	Individuelle vurderinger, tydelige målgrupper og mer differensierte bo- og tjenesteløsninger.	9.12
6. Helsefremming, forebygging og rehabilitering	Veiledning, dagtilbud, demensoppfølging, pårørendestøtte, hverdagsrehabilitering, aktivitet og frivillighet.	9.13–9.15
7. Velferdsteknologi og digital tjenesteutvikling	Få modne teknologier, endrede arbeidsprosesser, responstjeneste, infrastruktur og gevinstoppfølging.	9.16

Tabell 14: Gjennomføringsmodell

Organisering og ledelse, arbeidskraft og oppgavedeling samt økonomi og gevinstrealisering er tverrgående forutsetninger for alle sporene. Disse temaene utdypes særlig i kapittel 9.5, 9.6, 9.8, 9.10, 9.17 og 9.19.

9.8 ORGANISERING OG LEDELSE I TJENESTENE

Organisering og ledelse er en tverrgående forutsetning for alle de sju gjennomføringssporene. Mulighetsstudien viser behov for tydeligere ansvar, sterkere samhandling og større gjennomføringskraft i helse og omsorg. Modellvalg, lederstruktur og plassering av støttefunksjoner bør derfor avklares i en egen organisasjonsprosess. HRP anbefaler at kommunen vurderer to hovedmodeller:

- **Flat modell med likestilte enhetsledere.** Modellen gir tydelig ansvar for hvert fagområde og nærhet til drift, men består ofte av mange ledere med bred og ulik portefølje som igjen krever sterk felles styring

for å unngå fragmentering og ulik praksis. Dette er nærmest dagens organisering i Halden og ligner på kommuner som Moss og Ringerike

- **Sektor/virksomhetsmodell med større fagområder.** Modellen samler institusjon/langtidsplasser, forebygging og hjemmebaserte tjenester, helsetjenester og bo- og miljøarbeid i større enheter. Den kan gi en mer kompakt ledergruppe, bedre strategisk styring og tydeligere ansvar for sammenheng på tvers. Kommuner som har en slik organisering er Indre Østfold, Hamar og Porsgrunn. I en slik modell kan det være naturlig å åpne for ett ledernivå til (sektor- eller virksomhetsleder).

Uavhengig av modell må leder- og støttefunksjoner beskrives tydelig. Oppgaver som transport, praktisk bistand, renhold, vaskeri, kjøkken, merkantile funksjoner og boligforvaltning må plasseres slik at ansvar, myndighet og grensesnitt er avklart. Boligforvaltning kan for eksempel deles mellom eiendom, NAV og Forvaltningsenheten: eiendom har ansvar for forvaltning av kommunens boliger, NAV behandler søknader om kommunale boliger, mens tildeling av bolig med tjenester bør ligge til Forvaltningsenheten.

Kommunen bør velge en organisering som gir kommunalsjefen strategisk handlingsrom og enhetslederne tydelig ansvar for fag, økonomi, personal og utvikling. Virksomhetsstyring innebærer å sikre at kommunen når sine mål på en effektiv og ansvarlig måte gjennom god ledelse, planlegging og strategisk og operativ styring. Dette må prege hele sektoren og følges opp systematisk i linjen.



Figur 9. illustrerer virksomhetsstyring og hvordan områdene ledelse, planlegging og styring henger sammen

I tillegg krever det et bevisst fokus på åpenhet og kommunikasjon i beslutningsprosesser, samt tydelig vektlegging av læring og kontinuerlig forbedring i oppfølging og prosesser. På denne måten vil Halden kommune kunne sikre mer effektiv drift, bedre tjenestelevering og større gjennomføringskraft i omstillingen.

Kommunen anbefales å vurdere plasseringen av Forvaltningsenheten som en stabsenhet. Enheten skal sikre innbyggernes rettigheter og rettsikker saksbehandling, men er også et viktig virkemiddel for å nå mål, gjennomføre endringer og sikre ressurseffektiv drift. Rollen er sentral i styringen av kommunalsjefområdet, men har en annen karakter enn øvrige enhetslederroller fordi den i større grad er knyttet til myndighetsutøvelse, forvaltning og tildeling.

HRP anbefaler at kommunen viderefører en stabsansvarlig eller assisterende kommunalsjef med ansvar for å koordinere støttefunksjoner, styringsinformasjon, administrativ oppfølging og gjennomføring på tvers. Rollen bør ha tydelig grensesnitt mot forvaltningsenheten og øvrige fellesfunksjoner som skal understøtte omstillingen.

9.8.1 ENHETSLEDERROLLEN

Ved innføring av en eventuelt sektor/virksomhetslederrolle, vil enhetslederrollen nødvendigvis endre seg. HRP har tatt som utgangspunkt dagens organisering og at enhetslederrollen er på nivå 3 og en del av kommunalsjefens ledergruppe.

Enhetslederrollen må ha helhetlig ansvar for fag, økonomi, personal, utvikling og gjennomføring innenfor eget ansvarsområde. Rollen er særlig viktig i en omstillingsperiode, fordi kommunen samtidig skal håndtere daglig

drift, økonomiske rammer, kvalitetskrav og større strukturelle endringer på tvers av kommunalsjefområdet. Enhetslederne skal sikre strategisk retning, prioritere ressursbruk og følge opp at vedtatte mål og tiltak faktisk gjennomføres i tjenestene i tråd med de prioriteringer som er lagt.

Tydelig enhetslederrolle kan redusere silotenkning og styrke sammenhengen mellom tjenester, økonomi, ressursbruk og faglig kvalitet. Hvordan fagområdene organiseres, påvirker muligheten til å bygge robuste fagmiljøer, bruke personell fleksibelt og utvikle lik praksis på tvers av tjenestene.

Enhetsleder må samtidig ha et tydelig ansvar for å gi retning, støtte og oppfølging til avdelingslederne. Dette innebærer å avklare roller og ansvar, sikre felles prioriteringer, følge opp kvalitet, økonomi og personalmessige forhold og legge til rette for at avdelingslederne har nødvendig handlingsrom og lederstøtte i den daglige gjennomføringen.

Kommunen trenger ikke detaljplassere alle støttefunksjoner før ny organisering besluttet, men bør utarbeide et samlet rollekart og korte funksjonsbeskrivelser for sentrale leder-, støtte- og samhandlingsroller. Beskrivelsene bør avklare formål, ansvar, myndighet, grensesnitt og forventede leveranser, slik at støttefunksjonene understøtter fag, kvalitet, økonomistyring, kapasitetsutnyttelse og helhetlige pasientforløp.

Rollekartet bør utvikles i dialog med ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og berørte fagmiljøer. Det bør kunne utarbeides i korte funksjonsbeskrivelser som kan brukes i implementeringen og redusere risikoen for dobbeltarbeid, uklare ansvarslinjer, ulik praksis og personavhengige støttefunksjoner.

9.8.2 AVDELINGSLEDERROLLEN

Avdelingslederne er operative gjennomføringsledere tett på ansatte, drift og innbyggere. De har en nøkkelrolle i å omsette vedtatte strategier, mål og styringssignaler til praksis gjennom daglig ledelse, prioritering av oppgaver, oppfølging av medarbeidere og faglig veiledning. Det er i stor grad gjennom avdelingsledernes arbeid at kommunens ambisjoner blir synlige i møtet mellom tjenestene og innbyggerne.

Et tett og godt samarbeid mellom enhetsleder og avdelingsleder er avgjørende for gjennomføringskraften i organisasjonen. Enhetsleder skal gi retning, rammer og prioriteringer, mens avdelingsleder må ha tilstrekkelig handlingsrom til å lede det daglige arbeidet, følge opp medarbeidere og sikre trygg gjennomføring av endringer. Dette forutsetter tillitsbasert ledelse, tydelig rolle- og ansvarsavklaring og faste arenaer for dialog, læring og felles problemløsning.

For å ivareta denne rollen må avdelingslederne ha tilgang til nødvendig lederstøtte, styringsinformasjon og systematisk kompetanseutvikling. Dette gjelder særlig personalledelse, endringsledelse, økonomiforståelse, kvalitetsarbeid, turnus og ressursstyring. Avdelingslederne bør derfor inngå tydelig i kommunens samlede lederutvikling og medvirkningsstruktur, slik at de kan være trygge gjennomføringsledere i omstillingsarbeidet.

9.9 FORVALTNINGSENHETEN, MOTTAK OG MESTRING

Forvaltningsenheten og en tydelig førstelinje er sentrale virkemidler for å sikre riktig hjelp på riktig nivå. Formålet er å møte innbyggeren tidlig med samtale og veiledning, avklare behov, ressurser og mestringmuligheter, og gi råd om hvordan innbyggeren i størst mulig grad kan mestre egen situasjon. Tiltak på lavest mulig nivå i mestringstrappen skal alltid vurderes før vedtaksbaserte tjenester etableres. Dette skal bidra til bedre egenmestring, mer treffsikker bruk av kommunale tjenester og større likhet i vurderingene.

Forvaltningsenheten har ansvar for å tildele tjenester i samsvar med lovverk, forskrifter, interne prosedyrer og krav til faglig forsvarlighet. Enheten har samtidig en tydelig portvokterrolle som inngang til kommunens vedtaksbaserte tjenester og økonomiske ressursbruk. Rollen innebærer ikke å avvise innbyggere med reelle behov, men å sikre at alle saker vurderes grundig, at innbyggerens egne ressurser og ansvar tydeliggjøres, og at relevante tiltak på lavere nivå i mestringstrappen er vurdert og prøvd ut før vedtak om kommunale tjenester fattes. Saksbehandlerne må ha tydelig mandat, felles praksis og støtte fra ledelsen til å stille krav om egeninnsats, boligtilpasning, hjelpemidler, teknologi, pårørendebidrag, frivillige og private løsninger der dette er faglig forsvarlig.

Førstelinjen bør være innbyggerens første kontaktpunkt i saker der behovet er uavklart. Funksjonen bør ha særlig ansvar for forventningsavklaring, veiledning og motivasjon til egeninnsats. Det innebærer å tydeliggjøre innbyggerens ansvar for egen helse, livssituasjon og bosituasjon, og å avklare hva innbyggeren selv, pårørende, nettverk og frivillige eller private aktører kan bidra med før kommunale tjenester vurderes. Der det er faglig forsvarlig, bør relevante tiltak anbefales og prøves ut før kommunale tjenester innvilges. Dette kan for eksempel være frisklivstilbud, frivillige aktivitetstilbud, sosiale aktiviteter, hjelpemidler, velferdsteknologi eller andre organiserte lavterskeltilbud. Enkel informasjon om hjelpemidler, forbrukerteknologi og digitale løsninger som innbyggeren kan anskaffe selv, er viktig. Det samme gjelder opplæring og veiledning i digitale ferdigheter. Gjennom dialogen vil førstelinjen raskt kunne avklare om det er behov for videre kartlegging, søknadsprosess eller tverrfaglig vurdering.

Digital inngang: Førstelinjen bør støttes av en enkel og oppdatert digital inngang som samler informasjon om kommunale, frivillige, private og forebyggende tilbud. Den digitale inngangen skal gjøre det lettere for innbyggere, pårørende, fastleger og ansatte å finne relevante tiltak tidlig. Løsningen bør suppleres med et tydelig fysisk eller telefonisk kontaktpunkt for innbyggere som ikke kan eller ønsker å bruke digitale løsninger.

Når det er behov for vedtaksbaserte tjenester, skal forvaltningsenheten sikre rettssikker saksbehandling, tydelige tjenestebeskrivelser og systematiske revurderinger. Vedtak bør så langt som mulig knyttes til mål, forventet varighet og kriterier for revurdering, slik at midlertidige behov ikke utvikler seg til varige tjenester uten ny faglig vurdering.

Samhandlingen med hjemmetjenesten, Helsehuset, fysio- og ergoterapitjenesten, fastleger og forebyggende tjenester må sikre at vurderingene bygger på oppdatert kunnskap om funksjon, mestring og faktisk behov. Faste forløpsarenaer bør brukes til å avklare riktig tjenestenivå, vurdere teknologi og hjelpemidler og sikre at innbyggeren får bistand på lavest effektive omsorgsnivå.



Figur 10: Forvaltningsenheten som faglig portvokter

Anbefalte tiltak for forvaltningsenheten, mottak og mestring:

- **Tydeliggjør forvaltningsenhetens portvokterrolle.** Behold forvaltningsenheten som kommunens forvaltnings- og vedtaksfunksjon, og gi enheten tydelig mandat til å sikre at egne ressurser, egeninnsats, boligtilpasning, hjelpemidler, teknologi, pårørendebidrag, frivillige og private løsninger er vurdert og prøvd ut før vedtak om kommunale tjenester fattes. Rollen må utøves innenfor gjeldende lovverk, krav til faglig forsvarlighet og individuell vurdering.

- **Etabler en tydelig førstelinje for mottak og mestring.** Førstelinjen bør ta utgangspunkt i innbyggerens funksjon, ressurser og mestringsmuligheter, og bidra til veiledning, motivasjon og egeninnsats. Kommunale tjenester bør først vurderes når relevante lavterskeltiltak, hjelpemidler, teknologi, aktivitetstilbud, frivillige eller private løsninger er vurdert og eventuelt prøvd ut. Førstelinjen bør ha en digital inngang, supplert med et tydelig fysisk eller telefonisk kontaktpunkt.
- **Koble hverdagsrehabilitering og forebyggende tjenester tettere til mottak og mestring.** Bruk tverrfaglig kompetanse tidlig for å avklare funksjon, bolig, aktivitet, ernæring, fallrisiko, sosial deltakelse, hjelpemidler og egenmestring.
- **Styrk kunnskapen om hele mestringstrappen.** Hold oppdatert oversikt over lavterskeltilbud, rehabilitering, aktivitet, teknologi, frivillighet, private aktører, boligtiltak og pårørendestøtte, slik at veiledningen blir konkret og handlingsrettet.
- **Prioriter digital oversikt og veiledning.** Utvikle lett tilgjengelig informasjon som støtter innbyggere, pårørende, fastleger og ansatte i å finne relevante tiltak tidlig, og som tydeliggjør hva innbyggeren selv, pårørende, frivillige, private aktører og kommunen kan bidra med.
- **Gjennomfør systematiske revurderinger og bruk faste forløpsarenaer.** Prioriter revurdering der behov, funksjon eller mål har endret seg, og bruk faste samarbeidsformer med Helsehuset, hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten og forebyggende tjenester.

9.10 HJEMMEBASERTE TJENESTER

Hjemmebaserte tjenester er et sentralt gjennomføringsgrep i anbefalt løsning. For å redusere presset på institusjon og langtidsplasser, HDO og korttidsplasser må tjenesten få tydeligere rolle, sterkere ledelse, bedre ressursstyring og bedre forutsetninger for forebygging, rehabilitering og fleksibel ressursbruk.

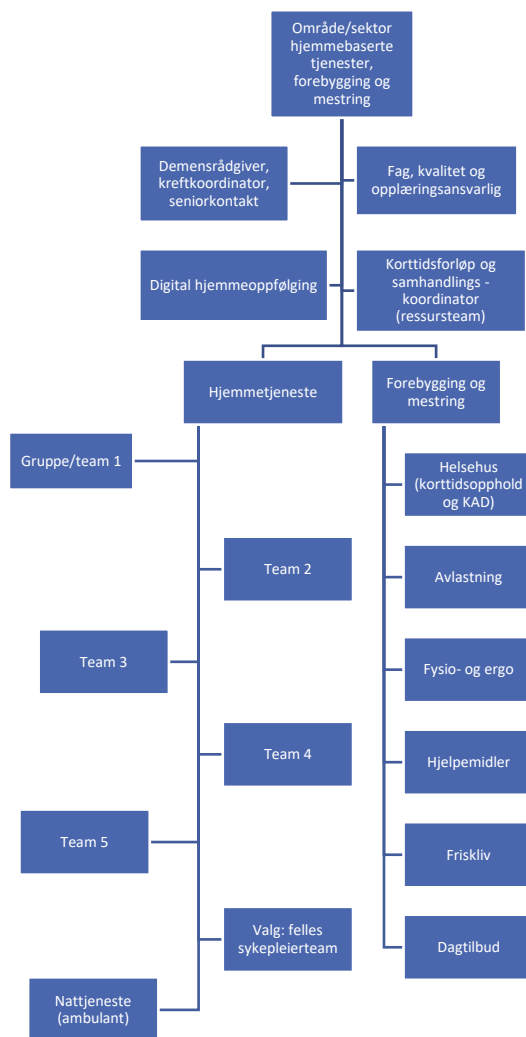
Kommunens begrepsbruk bør ryddes samtidig som tjenestene nederst i mestringstrappen reorganiseres. «Hjemmebaserte tjenester» bør brukes som samlende betegnelse, fordi tjenesten omfatter mer enn hjemmesykepleie og hjemmehjelp (i det videre brukes begrepet «hjemmetjeneste» om sistnevnte). Tydelig begrepsbruk gjør det enklere å avklare ansvar, innhold og forventninger overfor ansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

Med en aldrende befolkning får hjemmetjenesten en nøkkelrolle i å identifisere funksjonsfall tidlig, støtte egenmestring og sikre samhandling med forvaltningsenheten, Helsehuset, fastleger, spesialisthelsetjenesten, fysio- og ergoterapi, frivillighet og pårørende. Videre utvikling bør konsentreres om organisering, ledelse, logistikk, teknologi, kompetanse og oppgavedeling, slik at helsefaglig kompetanse brukes mer treffsikkert og tjenesten blir mer robust for økt behov og rekrutteringsutfordringer.

9.10.1 ORGANISERING OG LEDELSE I HJEMMEBASERTE TJENESTER

Organisering og ledelse må understøtte ressursgrepene som er beskrevet over. HRP anbefaler at hjemmebaserte tjenester videreutvikles som én samlet enhet med enhetlig ledelse. Det innebærer å samle tjenester til hjemmeboende i to hovedakser: hjemmetjenester og forebygging og mestring. HRP har valgt å kalle det akser for ikke å forskutere hvordan ledelse skal organiseres. På neste nivå bør kommunen vurdere grupper/team og/eller fagområder med felles prinsipper for drift, fag, personal, ressursbruk og samhandling. Team er således en ny betegnelse i Halden kommune, men den er mer ment som en måte å samle ressurser på. Målet er å bruke kompetansen mer treffsikkert, redusere sårbarhet og sikre at ressursene kan disponeres effektivt og fleksibelt på tvers av team og geografiske områder. Faglige og administrative fellesfunksjoner kan bidra til samordnet implementering av endringer, effektiv ressursstyring, internkontroll, felles faglige standarder, opplæring på tvers, gevinstoppfølgning, lederstøtte og forvaltning. Under følger forslag til nytt organisasjonskart som utgangspunkt for videre drøftinger om restrukturering av tjenesteområdet.

I det videre omtales hjemmetjenesten spesielt, mens Helsehuset og forebyggende tjenester omtales i kapittel 9.13, 9.14 og 9.15.



Figur 11. Forslag til nytt organisasjonskart over Hjemmebaserte tjenester, forebygging og mestring. Ledernivå er ikke definert, kun organisering av tjenestene.

I **hjemmetjenesten** ser vi for oss en mulig teamstruktur med fem team: sentrum, Hagegata/Vaterland/Søsterhjemmet, distrikt A, distrikt B og et eget sykepleierteam. Endelig inndeling må kvalitetssikres mot geografi, brukergrunnlag, vedtakstimer, kjøreavstand, kompetansebehov og sammenheng med HDO, seniorpluss og fremtidig boligtrapp.

Sykepleierressursen bør brukes målrettet til oppgaver som krever sykepleierkompetanse, som kliniske vurderinger, medisinsk oppfølging, komplekse pasientforløp, veiledning og fagutvikling. Samtidig bør kommunen redusere sykepleiernes tidsbruk på oppgaver som kan løses av andre faggrupper eller støttefunksjoner, for eksempel gjennom apotektekniker eller annen legemiddelfaglig støtte.

Ambulant nattjeneste bør vurderes som del av ny organisering. Nattjenesten kan stasjoneres nær HDO, seniorpluss eller andre boligkonsentrasjoner dersom dette gir bedre responstid og ressursbruk. Behovet for fast nattevakt ved enkeltbygg bør vurderes opp mot trygghetsteknologi, responstjeneste, bemanning og konkret risiko.

Rehabilitering og tilrettelegging hos hjemmeboende bør være en integrert del av hjemmetjenestens arbeidsform gjennom faste ressurser på de ulike teamene. Fysio- og ergoterapitjenesten bør kobles tettere til hjemmetjenesten, forvaltningsenheten og Helsehuset, særlig ved behov for hjelpemidler, boligtilpasning, hverdagsrehabilitering og målrettet opptrening. Teamene bør også ha dedikert demenskontakt og forløps- og mottakskontakt.

Kommunen bør etablere tydelig korttidsflyt med hovedfokus på «hjem til hjem». Forløpet må avklare ansvar, samhandlingsarenaer og overganger mellom sykehus, Helsehuset, forvaltningsenheten og hjemmetjenesten.

Spesialkompetanse innen for eksempel sår, diabetes, demens, rus og psykisk helse, palliasjon og kreftomsorg bør organiseres slik at den styrker hele tjenesten. HRP anbefaler å bygge bred basiskompetanse i ordinære team, kombinert med veiledning, opplæring og fagstøtte fra ansatte med spesialisert kompetanse. Mange små team kan gi bedre faglighet for enkelte grupper, men kan også øke koordineringsbehovet og redusere fleksibiliteten.

Ny organisering bør behandles som ett samlet implementeringsløp. Områdeinndeling, hovedbase, teamstruktur, felles årsturnus, arbeidslister, felles ressursstyring og støttefunksjoner må utvikles samlet, slik at kommunen unngår dobbeltarbeid og sikrer at ny organisering faktisk gir bedre drift, faglig kvalitet og pasientnær tid.

Anbefalte tiltak for hjemmetjenester:

- **Samle ledelsen.** Organiser hjemmetjenesten med én leder, tydelige gruppe/teamledere og felles lederstruktur for drift, fag, personal og ressursbruk.
- **Kvalitetssikre gruppe/teaminndelingen.** Vurder gruppe/teamstruktur ut fra geografi, brukergrunnlag, vedtakstimer, kompetansebehov, kjøreavstand og fremtidig boligtrapp.
- **Bruk sykepleierressursen mer målrettet.** Prioriter sykepleierkompetanse til kliniske vurderinger, komplekse forløp, veiledning og fagutvikling, og vurder legemiddelfaglig støtte for å frigjøre kapasitet.
- **Utred ambulant nattjeneste.** Vurder nattjenesten i sammenheng med HDO, seniorpluss, responstjeneste, trygghetsteknologi og geografiske boligkonsentrasjoner.
- **Integrer fysio-/ergoterapi og hjem-til-hjem-forløp.** Koble fagressursene til hjemmetjenestens daglige arbeid, forvaltningsenhetens vurderinger og overganger fra sykehus og Helsehuset.
- **Bygg bred observasjonskompetanse.** Styrk klinisk observasjonskompetanse i ordinære team, og bruk spesialkompetanse til veiledning, opplæring og fagutvikling på tvers.

9.10.2 DATAGRUNNLAG OG FUNN FRA HJEMMETJENESTEPROSJEKTET

Datagrunnlaget fra kommunens eget hjemmetjenesteprojekt gir et viktig grunnlag for å forstå dagens ressursbruk og vurdere organisatoriske grep i hjemmebaserte tjenester. Prosjektet har kartlagt bemanning og ressursfordeling ved hjelp av Spider og Geric, og hentet ut oversikter over oppgavetyper, tiltak, ansatte, fagkategorier, stillingsstørrelser og relevante videreutdanninger. Det er også gjennomført medarbeiderundersøkelser.

Undersøkelsen ga ikke et entydig bilde av ønsket lokalisering, men peker på flere gjennomgående temaer. Ansatte etterlyser særlig bedre utnyttelse av fagkompetanse, mer tid til pasientrettet arbeid og mindre tid brukt på praktiske oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse. Dette støtter rapportens hovedanbefaling om at organisering, oppgavedeling, teknologi og logistikk må ses i sammenheng dersom hjemmetjenesten skal få større kapasitet uten tilsvarende økning i belastningen på ansatte.

Medarbeiderinnspillene peker særlig på behov for:

- bedre utnyttelse av fagkompetansen i enheten
- mer tid til faglige interesseområder og fagutvikling
- mer tid til pasientrettet arbeid
- mindre tid brukt på praktiske oppgaver som handling, henting på apotek og andre oppgaver som kan løses på andre måter

Mange ansatte vektla også betydningen av ansattparkering, og flere pekte på begrensninger og misnøye med Spider. Dette er praktiske forhold, men de påvirker gjennomføringsevne, ressursutnyttelse og om ny organisering faktisk gjør arbeidshverdagen enklere.

Prosjektet har også sett til erfaringer fra omorganisering i andre kommuner. Disse erfaringene peker på noen felles premisser som er relevante for Halden:

- **Ledelse og styring:** tydelig organisering, lokalisering, kulturbygging og felles prioritering
- **Kompetanse og oppgavedeling:** fagteam, ansvar, myndighet, ambulante team og bedre bruk av ulike profesjoner
- **Fleksibilitet:** felles turnus, enhetlig ledelse og ressursbruk på tvers
- **Fagutvikling:** kompetanseheving for relevante medarbeidergrupper
- **Digitalisering:** digital medisinoppfølging, digitale besøk og teknologistøtte som ordinær drift

Medarbeiderinnspillene og erfaringene fra andre kommuner danner grunnlag for vurderingen av fremtidig organisering. På bakgrunn av datainnsamlingen ble det utarbeidet tre hovedmodeller, der dagens organisering var én av modellene. Modellene ble presentert for arbeidsgruppen og justert etter innspill.

Spørsmålet om tilrettelagte boliger må ses i sammenheng med boligtrappen og den samlede organiseringen av hjemmebaserte tjenester. Tilrettelagte boliger omfatter både boliger med og uten heldøgns omsorg, og beboerne har ulike behov. Den sentrale vurderingen er derfor hvilke brukergrupper som bor hvor, hvilket tjenesteinnhold de har behov for, og hvordan ressursene kan brukes mest mulig målrettet. Dette utdypes i kapittel 9.12.

De neste avsnittene konkretiserer hvor kommunen har størst potensial for å frigjøre tid og bruke ressursene bedre i hjemmebaserte tjenester. Målet er ikke å redusere nødvendige tjenester, men å sikre at helsefaglig kompetanse brukes til oppgaver som krever slik kompetanse, og at praktiske, logistiske og digitale løsninger organiseres mer hensiktsmessig.

9.10.3 RESSURSEFFEKTIVISERING I HJEMMETJENESTEN

BILER OG KJØRING

Kjøring påvirker kapasiteten i hjemmetjenesten direkte. Halden kommune opplyser at om lag 18 årsverk av dagens fagressurser brukes til kjøring. Dette viser at logistikk, arbeidslister, teaminndeling og tilgang til biler må vurderes som en del av tjenesteutviklingen, ikke bare som praktisk drift.

Kommunen bør særlig:

- gjennomgå vedtak, tidsbruk og reell oppgaveutførelse
- kvalitetssikre kjøreplaner, arbeidslister og ressursfordeling mellom team
- sikre digital tilgang til dokumentasjon og fagsystemer ute i tjenesten
- vurdere organisering av pauser, vaktskifter og møter opp mot kjøretid og pasientnær tid
- avklare bilkapasitet, flåtestyring, lading og ansvar for utstyr og medisiner

MEDISINHÅNDTERING

Medisinhåndtering krever betydelig tid i hjemmetjenesten. Hovedprinsippet bør være at innbyggere som bor i eget hjem, håndterer egne medisiner så langt det er mulig, med informasjon, støtte og veiledning fra kommunen ved behov. Dette omfatter blant annet å hente ut resepter, bestille multidose og legge medisiner i egen dosett.

Dersom innbyggeren ikke kan håndtere medisiner selv, må det fattes vedtak om bistand som helsetjeneste. Vedtaket bør være tidsavgrenset og evalueres jevnlig. HRP anbefaler at hjemmetjenesten, i samarbeid med fastlege og apotek, som hovedregel vurderer multidose for brukere som får kommunal bistand til medisinhåndtering. Multidose kan gi bedre kvalitet, bedre kontroll og mindre tidsbruk i legemiddelhåndteringen. Ved oppstart av kommunal bistand bør elektronisk medisindispenser vurderes.

Til inspirasjon: Erfaringer fra andre kommuner viser at legemiddelhåndtering kan organiseres mer effektivt gjennom tettere samarbeid med apotek, bruk av multidose, elektroniske medisindispensere og tydeligere vurdering av hvem som faktisk trenger kommunal bistand. For Halden kan dette brukes som inspirasjon til å

skille bedre mellom veiledning, egenmestring, teknologistøtte og helsefaglige oppgaver som krever hjemmetjenestens kompetanse.

INNKJØP OG MATOMBRINGING

Bistand til handling bør vurderes ut fra faktisk behov og funksjonsnivå, og vedtak bør fattes ut fra helsefaglig vurdering. Digitale handelstjenester, pårørende, frivillige ordninger og private løsninger kan i mange tilfeller være alternativer til kommunal praktisk bistand. Kommunen bør derfor avklare tydelig når handling er en nødvendig kommunal tjeneste, og når behovet kan løses gjennom andre ordninger. Lokale dagligvarebutikker bør involveres for å avklare muligheter for telefonbestilling, hjemlevering og betaling for innbyggere som ikke mestrer digitale løsninger.

Matombrining bør vurderes i sammenheng med praktisk bistand, ernæringsoppfølging og forebyggende tjenester. Kommunen bør avklare målgruppe, tildelingskriterier og kapasitet ved hovedkjøkkenet. Matombrining må også kobles til ernæringskartleggingen kommunen er pålagt å gjennomføre. Ved bruk av kok-kjøl kan middager leveres samlet én dag i uken.

For enkelte innbyggere er ikke matlevering alene tilstrekkelig. Ensomhet, sosial isolasjon og redusert dagsstruktur kan påvirke appetitt, ernæringsstatus, fysisk funksjon, psykisk helse og kognisjon. Enslige og isolerte innbyggere med økende skrøpeligheit bør derfor vurderes for dagsenter eller andre måltids- og aktivitetstilbud. HDO-boliger, seniorplussboliger og andre tilrettelagte botilbud bør legge til rette for fellesmåltider, fordi måltidsfellesskap kan styrke ernæring, sosial deltakelse, nettverk, trivsel og mestring.

9.10.4 LOKALISERING AV HJEMMEBASERTE TJENESTER

Lokalisering må vurderes som del av driftsmodellen for hjemmetjenester, ikke som et isolert spørsmål om kontorplass. Hovedbasen skal støtte effektiv drift, god logistikk, felles ledelse, robuste fagmiljøer og mest mulig pasientnær tid.

Følgende forhold bør ligge til grunn for videre vurdering av lokalisering:

- én felles hovedbase med fellesfunksjoner og teamrom
- sentral beliggenhet med nærhet til hovedveier, kollektivtransport og sentrale brukerområder
- tilstrekkelig bilkapasitet, lademuligheter og hensiktsmessig håndtering av tjenestebiler
- ansattparkering i gangavstand til basen
- fleksibilitet for fremtidig vekst og eventuelle utvidelser
- effektiv ressursstyring, korte oppstarts- og avslutningslinjer og god koordinering av arbeidslister

Hovedbasen bør være fleksibel og kunne tilpasses fremtidig vekst. Samlokalisering med nytt sykehjem kan vurderes dersom det gir dokumenterte driftsgevinster, men bør ikke være en forutsetning for valg av lokasjon.

Det kan vurderes enkle møterom eller satellittbaser der mange brukere bor tett og hele arbeidslisten kan utføres innenfor et avgrenset område. Slike løsninger må ikke svekke prinsippet om én samlet tjeneste. Vaktskifter, hovedprioriteringer, ressursfordeling og faglig koordinering bør som hovedregel samles ved hovedbasen.

Valg av hovedbase bør behandles som et eget beslutningspunkt i implementeringen. Sentral beliggenhet, kollektivtilgjengelighet, parkering og lading, logistikk, fremtidig vekst, investeringsbehov og eventuell samlokalisering med andre funksjoner bør vurderes samlet.

9.11 INSTITUSJON(LANGTIDSPLASSER)

Institusjonsdriften bør utvikles med tydeligere oppgavedeling, bedre bruk av sykepleierkompetanse, sterkere helsefagarbeiderrolle, servicefunksjoner og integrert bruk av teknologi. Målet er å sikre faglig forsvarlige tjenester, robuste fagmiljøer og mer treffsikker bruk av knapp helsepersonellkapasitet.

HRP anbefaler at Halden vurderer en **tredelt** institusjonsmodell med sykepleiere, helsefagarbeidere og servicemedarbeidere:

- **Sykepleiergruppen:** Sykepleierne har, sammen med lege, det kliniske og medisinske ansvaret for hele avdelingen. De bør organiseres som ett samlet team med tydelig faglig ledelse. Rollen bør omfatte kliniske vurderinger, observasjon, veiledning, fagutvikling, prioritering av oppgaver og deltakelse i drift når sykepleierkompetanse er nødvendig.
- **Helsefagarbeidergruppen:** Helsefagarbeiderne bør ha hovedtilhørighet til bogruppene og ansvar for daglig pleie, observasjon, oppfølging og praktisk koordinering rundt pasientene. De skal samarbeide tett med sykepleierteamet og servicegruppen, og ha en tydelig rolle i det pasientnære arbeidet.
- **Servicegruppen:** Servicegruppen bør ha ansvar for de samlede ikke-medisinske og ikke-pleiefaglige oppgavene som renhold, måltider, kjøkkenoppgaver, rydding, sengeskiift, oppfølging av pasientrom, følgetjenester, aktiviteter, logistikk, vask, varebestilling og andre praktiske støtteoppgaver. Gruppen bør ha egen leder, kunne arbeide på tvers av bogrupper og bidra til at helsepersonell bruker mer tid på oppgaver som krever helsefaglig kompetanse.

Karrestad kan brukes som pilotarena dersom bygget tas i bruk som midlertidig sykehjemskapasitet. I så fall bør bygget organiseres som én samlet avdeling med tydelig lederansvar, felles turnus, bogrupper og integrert bruk av teknologi. Formålet er å teste ny oppgavedeling, bemanningsmodell og arbeidsflyt før modellen eventuelt videreføres eller tilpasses Bergheim og nytt sykehjem.

Videre planlegging av institusjonsdriften må avklare hvordan pasienter, bogrupper, avdelinger og personell skal organiseres. Husbanken anbefaler inntil 10 boenheter per bogruppe, og HRP anbefaler at Halden legger seg tett på dette nivået i fremtidige bygg og ombygginger. Samtidig må antall rom per etasje og avdeling vurderes opp mot pasientmiljø, bemanning, ledelse, spesialkompetanse, teknologi og støttefunksjoner.

Legetjenesten i sykehjem bør vurderes samlet. En tydeligere funksjon for sykehjemsmedisin, med geriatrisk kompetanse og fast tilknytning til institusjonene, kan gi bedre kontinuitet, raskere avklaringer, bedre legemiddeloppfølging og færre unødvendige innleggelser. Sykehjemslege, sykepleiere og helsefagarbeidere bør ha faste samarbeidsformer rundt innkomst, behandlingsnivå, forventningsavklaring og videre forløp.

Frivillige og pårørende kan bidra med aktivitet, sosial støtte, følgetjenester og enkle praktiske oppgaver, men skal ikke erstatte helsefaglige tjenester. Slike bidrag bør koordineres gjennom en avklart service- eller aktivitetsfunksjon, med tydelige rammer for oppgavefordeling, opplæring og ansvar.

Bemanningsmodellen må kvalitetssikres mot pasientgrunnlag, pleietyngde, byggutforming, nattbehov, teknologi og krav til faglig forsvarlighet. Eventuelle planleggingsforutsetninger om årsverk per plass eller fagfordeling må forstås som tidligfaseestimer, ikke som normer. Før implementering bør kommunen teste ulike driftsmodeller gjennom pilotering, risikovurdering og dialog med ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Inspirasjon fra praksis – Tåsenmodellen: Tydelig oppgavedeling i institusjon kan bidra til at sykepleierkompetanse brukes der den gir størst verdi, at helsefagarbeidere får tydelig ansvar i bogruppene, og at servicepersonell avlaster helsepersonell med praktiske oppgaver, logistikk, måltider, aktivitet og støttefunksjoner.

Anbefalte tiltak for institusjon:

- **Piloter ny driftsmodell på Karrestad.** Dersom Karrestad tas i bruk til midlertidig sykehjemsdrift, bør bygget organiseres som én samlet avdeling med felles turnus, tydelig lederansvar, tre faggrupper og integrert bruk av teknologi.
- **Kvalitetssikre bogrupper og driftsmodell.** Vurder antall rom per bogruppe, etasje og avdeling opp mot pasientmiljø, bemanning, ledelse, teknologi, støttefunksjoner og faglig forsvarlighet.
- **Tydeliggjør roller og oppgavedeling.** Avklar ansvar og grensesnitt mellom sykepleiere, helsefagarbeidere, servicemedarbeidere, ledelse, legetjeneste og støttefunksjoner.
- **Utred sykehjemmedisinsk kompetanse.** Vurder en mer samlet legetjeneste for sykehjem, med sterkere geriatrisk kompetanse, bedre kontinuitet, legemiddeloppfølging og tettere dialog med ansatte, pasienter og pårørende.

- **Organiser service, frivillighet og pårørendebidrag tydelig.** Knytt praktiske serviceoppgaver, frivillige bidrag og eventuelle pårørendebidrag til en avklart servicefunksjon med klare oppgavegrenser, opplæring og koordinering.
- **Kvalitetssikre bemanningsmodell og fagfordeling.** Vurder fagfordeling, nattressurs, turnus og bruk av servicemedarbeidere mot pasientgrunnlag, pleietyngde, byggutforming, teknologi, risiko og krav til faglig forsvarlighet. Aktuelle fagfordelinger kan testes som scenarioer før eventuell implementering.
- **Forankre endringene før implementering.** Gjennomfør dialog med ledere, ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og berørte fagmiljøer før ny organisering beslutes og iverksettes.

9.12 BOLIGTRAPP, HDO, SENIORPLUSS OG TILRETTELAGTE BOLIGER

Dette delkapittelet følger opp premisset om at lavere institusjonsavhengighet forutsetter mer differensierte bo- og tjenesteløsninger. Hovedgrepet er å bruke boligtrappen mer aktivt som styringsverktøy.

Halden bør tydeliggjøre forventningen om at innbyggerne planlegger egen bosituasjon før behovet for omfattende kommunale tjenester oppstår. Dette innebærer ikke at kommunen fraskriver seg ansvar for nødvendige og forsvarlige tjenester, men at boligvalg, boligtilpasning, sosial deltakelse, teknologi og egenmestring må tas opp tidligere i dialogen med innbyggere og pårørende.

Halden bør redusere bruken av HDO som generell bo- og tjenestemodell. Dagens modell samler beboere med svært ulike behov i samme struktur, fra relativt selvstendige beboere til personer med bistandsbehov nært institusjonsnivå. Dette gir svakere samsvar mellom behov, bolig og bemanning, og gjør tilbudet både kostnadskrevende og faglig utydelig.

Alle HDO-beboere bør derfor vurderes individuelt og plasseres tydeligere i fremtidig boligtrapp. Beboere med lavere bistandsbehov bør få punktvis hjemmetjeneste og eventuelt trygghetsteknologi. Beboere med behov for sosial støtte, aktivitet og tilrettelagte omgivelser bør vurderes for seniorpluss, mens beboere med omfattende og kontinuerlige pleiebehov bør vurderes for langtidsplass.

Omleggingen forutsetter kapasitet til individuelle vurderinger og tydelige kriterier for HDO, seniorpluss og punktvis hjemmetjeneste. Dersom enkelte HDO-beboere har behov på sykehjemsnivå, må dette håndteres gjennom overgangskapasiteten som er beskrevet i kapittel 9.3 og institusjonsgrepet i kapittel 9.11. Målet er å hindre at nye beboere med varige sykehjemsbehov flyttes inn i en modell som ikke er tilpasset behovet.

Et sentralt funn er at utfordringen ikke bare handler om antall HDO-plasser, men om hvor mange sykehjemsekvivalenter som ligger i dagens HDO-portefølje. Dersom dette tallfestes, får kommunen et mer presist bilde av fremtidig sykehjemsbehov enn ved å se på dekningsgrader alene.

Seniorpluss bør rendyrkes som et botilbud mellom ordinær tilrettelagt bolig og heldøgns sykehjem. Målgruppen er eldre som kan bo i egen leilighet og motta punktvis bistand, men som samtidig trenger mer tilrettelagt bolig, økt trygghet, sosialt fellesskap og aktivitet. Tilbudet bør ikke rettes mot personer med omfattende og kontinuerlige pleiebehov.

Innholdet bør omfatte universelt utformede leiligheter, fellesarealer, mulighet for fellesmåltider, aktivitetstilbud, trygghetsteknologi og nærhet til dagligvare, kollektivtransport og sentrumsfunksjoner. Kommunen kan også vurdere samarbeid med frivillige, ideelle eller private aktører om kafédrift, måltidsløsninger, transport, aktivitetsledelse og praktiske støttetjenester. En husvertfunksjon kan bidra til trygghet, aktivitet og praktisk koordinering, og kostnaden kan eventuelt innarbeides i husleien.

Anbefalte tiltak for boligtrappen:

- **Gjennomfør individuell kartlegging av HDO-beboere.** Vurder funksjonsnivå, tilsynsbehov, pleietyngde, kognitiv svikt, nattbehov, sosialt behov og egnet omsorgsnivå.
 - **Avklar riktig bolig- og tjenestenivå.** Skill mellom beboere som bør ha langtidsplass, beboere som kan bo videre med punktvis hjemmetjeneste, og beboere som er aktuelle for seniorpluss.

- **Reduser HDO som generell modell.** Reserver heldøgnsbemannet bolig for særskilte grupper der dette er faglig og økonomisk begrunnet.
- **Bruk overgangskapasitet til HDO-avklaringer.** Midlertidig institusjonskapasitet bør brukes til avklaringer uten at korttidsplassene bindes opp av varige behov.
- **Utvikle seniorpluss som tydelig mellomnivå.** Vektlegg trygghet, fellesskap, aktivitet, måltider, teknologi, fellesarealer og punktvise hjemmetjeneste.
- **Utarbeid boligplan,** planen bør omfatte omdisponering, salg eller videreutvikling av boliger. Hvem skal ha bolig gjennom kommunen og hvem skal bo sammen?
- **Utvikle en kommunikasjons- og veiledningspakke** om boligplanlegging for eldre, slik at innbyggere og pårørende tidligere får informasjon om boligtilpasning, flytting, hjelpemidler, teknologi og forventninger til egeninnsats.
- **Vurder konkrete boligmiljøer samlet.** Vaterland og Hagegata bør vurderes som seniorrettet tilbud med husvert hvor det kan arrangeres fellesmåltider, aktiviteter og forebyggende trening. Søsterveien kan vurderes som rendyrket HDO-tilbud med 43 leiligheter. Beboere utenfor målgruppen bør vurderes for andre kommunalt eide leiligheter.
- **Solheim kan vurderes** til bofellesskap for personer med spesielle behov eksempel yngre personer med det avvikles ordinære langtidsplasser. Kan også brukes til avlastnings og rulleringsopphold.

9.13 HELSEHUSET

Dette delkapittelet følger opp premisset om at Helsehuset skal være kommunens sentrale arena for ulike korttidsopphold og helsefremmende arbeid. Alle alternativer bygger på at Helsehuset ikke skal være varig lokasjon for langtidsplasser. Langtidsplasser skal gi stabilt hjem og varig omsorgstilbud, mens Helsehuset skal bidra til målrettet avklaring, rehabilitering og effektiv pasientflyt mellom sykehus, kommune og hjem.

Rendyrkingen forutsetter at langtidsplassene ved Helsehuset avvikles når forsvarlig erstatningskapasitet er etablert, i tråd med overgangsstrategien i kapittel 9.3. Dersom langtidsbehov blir liggende i Helsehuset eller i korttidsplasser, svekkes forløpslogikken.

Korttidskapasiteten må styres med tydelige kriterier for inntak, mål for opphold, forventet oppholdstid, utskrivningsplan og hjemreise. Målet er at pasienten raskest mulig kommer tilbake til hjemmet med riktig nivå av tjenester, hjelpemidler, rehabilitering, teknologi og oppfølging fra hjemmetjenesten. Åpning og stenging av korttidsplasser ved varierende behov må styres gjennom klare kriterier og bemanningsplanlegging.

Avlastnings- og rulleringsplasser bør håndteres som en egen funksjon og ikke konkurrere med Helsehusets korttids- og avklaringsrolle. HRP anbefaler at rulleringsplassene avvikles ved Helsehuset og samles i Bergheimveien 6, med mulighet for totalt 14 plasser og sju dagers opphold for alle. Dersom lokalene i Bergheimveien 6 ikke kan brukes som følge av utbygging ved Bergheim, anbefales avlastnings- og rulleringsplassene lagt til Solheim, fordelt på én enhet med seks plasser og én enhet med åtte plasser.

Helsehusets funksjoner og arbeidsform

- **Pasientflyt og hjemreise:** Helsehuset skal bidra til raskere hjemreise og hindre at midlertidige behov utvikler seg til varige institusjonsbehov. De må samhandle tett med hjemmetjenesten.
- **Tverrfaglig innsatsteam og tidlig avklaring:** Fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmetjeneste og forvaltningskontor er naturlige samarbeidspartnere. Pasientkoordinator bør kobles på tidlig der dette er relevant, med ansvar for mål, hjelpemidler, hjemkomst og videre oppfølging.
- **Rehabilitering og dagrehabilitering:** Fysio- og ergoterapitjenesten bør brukes mer direkte pasientrettet og til grupper der det er hensiktsmessig. Dagrehabilitering bør brukes som alternativ til døgnopphold der heldøgns oppfølging ikke er nødvendig.

- **Kobling til lavere nivå i omsorgstrappen:** Etter opphold bør innbyggeren kobles til relevante tilbud som hverdagsrehabilitering, dagsenter, frivilligsentral, Sterk og stødig eller treningstilbud i nærmiljøet.
- **Forebygging og seniorkontakt:** Stillingen for forebyggende hjemmebesøk kan vurderes utviklet til en seniorkontaktfunksjon knyttet tettere til Helsehuset gjennom veiledning, gruppebasert undervisning og forebyggende oppfølging.

Anbefalte tiltak for Helsehuset:

- **Helsehuset er en del av hjemmebaserte tjenester og rendyrkes som en korttidsarena.** Plassene brukes til korttid, rehabilitering, avklaring og overgang til hjemmet, ikke som varig langtidslokasjon.
- **Avklar erstatning for langtidsplassene.** De 16 langtidsplassene ved Helsehuset må erstattes eller inngå i annen kapasitet før plassene tas ut.
- **Etabler tydelige forløpskriterier.** Avklar kriterier for innkost, mål for opphold, forventet oppholdstid, utskrivningsplan og hjemreise.
- **Styrk tverrfaglig innkost og hjemreiseplanlegging.** Koble fysioterapeut, ergoterapeut, pasientkoordinator, forvaltningsenheten og hjemmetjenesten tidligere inn i forløpet.
- **Bruk dagrehabilitering og gruppebaserte tilbud mer aktivt.** Tilbudene bør brukes der døgnopphold ikke er nødvendig, men pasienten trenger strukturert oppfølging.
- **Sikre at korttidsplasser ikke blir varig ventekapasitet.** Bruk den midlertidige institusjonskapasiteten som er beskrevet i kapittel 9.3, slik at langtidsbehov ikke binder opp korttids- og rehabiliteringsplassene.

9.14 DAGSENTER, DEMENS OG PÅRØRENDESTØTTE

Dette delkapittelet følger opp behovet for sterkere tilbud lavere i omsorgstrappen. Dagsenter, demensoppfølging og pårørendestøtte bør brukes mer målrettet for å støtte hjemmeboende, avlaste pårørende og utsette behovet for institusjonsplass.

Dagsentertilbudet bør ha en tydelig forebyggende profil, med aktivitet som støtter mestring, sosial og kognitiv stimulering, ernæringsoppfølging, fysisk aktivitet og vedlikehold av funksjon. Tilbudet bør også brukes som observasjonsarena der endringer i funksjon, ernæring, aktivitet, kognisjon og pårørendebelastning fanges opp tidlig og deles med relevante tjenester.

Kommunen bør vurdere målrettet utvidelse av tilbudet til personer med kognitiv svikt, blant annet mer stabile åpningstider og mulighet for ettermiddagstilbud. Solheim bør vurderes videreutviklet som et mer forutsigbart dagtilbud gjennom uken. Ambulerende dagsenter kan vurderes for personer som ikke benytter ordinært dagsenter, særlig yngre personer med demens i tidlig fase og personer med behov for et mer fleksibelt og aktivitetsrettet tilbud.

For personer med demens bør dagsenter inngå i en helhetlig tiltakskjede sammen med tidlig kartlegging, demenskoordinator eller demensteam, pårørendestøtte, velferdsteknologi, tilpassede boliger, fleksible hjemmetjenester og samarbeid med frivillige, ideelle og private aktører. Det er kombinasjonen av tiltak som kan bidra til at personer med demens kan bo trygt hjemme lenger.

Aktuelle tiltak bør inngå som et tydelig trinn i kommunens omsorgstrapp og boligtrapp. Dette omfatter blant annet dagaktivitetstilbud, pårørendeskoler, samtalegrupper, veiledning, fleksibel avlastning, demenskoordinator eller demensteam, lokaliseringsteknologi, digitalt tilsyn, fysisk aktivitet, sosial deltakelse og tilpasset bolig.

Lokalisering har betydning, men kvaliteten i tilbudet handler først og fremst om innhold, målgruppe og samhandling. Dagsenteret bør derfor kobles tett til fysio-/ergoterapi, hjemmetjeneste, forvaltningsenheten, fastlege og pårørende.

Anbefalte tiltak for dagsenter, demens og pårørendestøtte:

- **Utvid antall dagsenterplasser** så raskt som mulig for å forebygge langtidsplasser

- **Målrett dagsentertilbudet.** Prioriter personer med kognitiv svikt, ernæringsutfordringer, sosial isolasjon, funksjonsfall og høy pårørendebelastning.
- **Utvid åpningstidene der behovet tilsier det.** Vurder mer stabile åpningstider og ettermiddagstilbud, særlig for personer med demens og pårørende med omfattende omsorgsoppgaver.
- **Styrk demenskoordinator eller demensteam.** Bruk funksjonen til tidlig kartlegging, veiledning av ansatte og pårørende, pårørendestøtte, kobling til dagsenter og vurdering av teknologi som GPS, dørsensorer og digitalt tilsyn.
- **Styrk samhandlingen rundt brukerne.** Koble dagsenter, hjemmetjeneste, fastlege, forvaltningsenheten og frivillighet tettere sammen, slik at endringer i funksjon, ernæring, aktivitet og pårørendebelastning fanges opp tidlig.
- **Bruk dagaktivitet som avlastning og forebygging.** Dagaktivitet og avlastning bør brukes som konkrete tiltak for å utsette behovet for langtidsplass, ikke bare som trivselstiltak.
- **Dagsentrene har mulighet for dusj,** bruk denne muligheten for de som bor langt borte eller har utfordrende fasiliteter i hjemmet.

Inspirasjon fra praksis – ambulerende dagsenter: Nordre Follo har etablert et ambulerende dagsentertilbud for hjemmeboende personer med demens som ikke benytter ordinære dagsentertilbud. Tilbudet bytter sted fra gang til gang og kan være særlig aktuelt for yngre, fysisk aktive personer tidlig i sykdomsforløpet. For Halden kan dette være en inspirasjon til mer fleksible aktivitetstilbud for personer som ikke passer inn i tradisjonelle dagtilbud, eller som trenger et mer lavterskel og aktivitetsrettet tilbud.

9.15 HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE TILTAK

Helsefremmende og forebyggende tiltak skal bidra til at innbyggere opprettholder funksjon, mestring, sosial deltakelse og trygghet før behovet for omfattende kommunale tjenester øker. Tiltakene må organiseres som en sammenhengende del av mestringstrappen og kobles til forvaltningsenheten, Helsehuset, hjemmetjenesten, fastlegene og lokalsamfunnet.

Anbefalte tiltak for helsefremmende og forebyggende arbeid:

- **Etabler en samlet forebyggende innsats.** Se friskliv, fysio-/ergoterapi, hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk, aktivitet og frivillighet i sammenheng, og prioriter målgrupper og arbeidsformer som gir størst effekt.
- **Gjør tilbudene enkle å finne.** Koble den digitale oversikten til førstelinjen i forvaltningsenheten, som beskrevet i kapittel 9.9, og bruk kommunens nettsider aktivt til veiledning, egenmestring og forventningsavklaring.
- **Styrk tidlig tverrfaglig innsats.** Koble fysioterapeut, ergoterapeut, pasientkoordinator og hverdagsrehabilitering tidlig inn ved funksjonsfall og ved overganger fra sykehus eller Helsehuset.
- **Videreutvikle forebyggende hjemmebesøk til en målrettet seniorekontaktfunksjon.** Bruk gruppebaserte treff og veiledning for flere, mens hjemmebesøk prioriteres når det er behov for konkret vurdering i hjemmet.
- **Utvikle samarbeid med fastleger, private aktører og frivillighet.** Halden bør etablere mer systematisk samarbeid med fastleger, private fysioterapeuter, treningssentre, aktivitetsleverandører, frivillige organisasjoner, lag og foreninger. Samarbeidet bør gjøre det enklere å henvise og motivere innbyggere til relevante lavterskeltilbud.
- **Videreutvikle gode møteplasser for seniorer.** Frivilligsentralen fungerer i dag som en viktig møteplass for seniorer i Halden. Tilbudet bør styrkes og videreutvikles som arena for fellesskap, informasjon, veiledning, aktivitet og helsefremmende tiltak. Målet bør være å støtte sosial deltakelse, egenmestring og tidlig forebygging, i samarbeid med frivillige organisasjoner, lag og foreninger.

- **Utvikle frivillighet i kommunalområdet** bør det være en frivilligkontakt i hver enhet. Eksempel en i hjemmetjenesten, en for institusjonene og en for forebygging og aktivitetsområdet. Frivilligkontaktene bør ha regelmessige møter med koordinatør for frivillighet i Halden. Her bør også leder for frivilligsentralen delta. Viktig arena for å bli kjent med hverandres områder og muligheter for samarbeid og samskaping.

Til inspirasjon: Senior i Molde. Eksempelen fra Molde kommune viser hvordan informasjon om møteplasser, aktiviteter og tilbud for seniorer kan samles på en enkel og tilgjengelig måte. For Halden kan dette være inspirasjon til å videreutvikle en samlet digital inngang for seniorer, pårørende og samarbeidspartnere.

Senior i Molde

Her finner du tips og råd slik at du som er godt voksen kan ha en god hverdag.



➤ Seniortimen

En gang i måneden møtes vi for sosialt og lærerikt samvær i rådhuset.



➤ Daglige gjøremål du kan kjøpe deg ut av

Du kan kjøpe hjelp fra private aktører til alt fra rengjøring, sosialt samvær, følgetjenester, snøbrøyting til å få levert matvarer på døra.



➤ Bo godt som senior

Hvor - og hvordan kan du bo for å ha det best mulig hjemme?

9.16 VELFERDSTEKNOLOGI OG DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

9.16.1 ANBEFALT RETNING OG BESLUTNINGSBEHOV

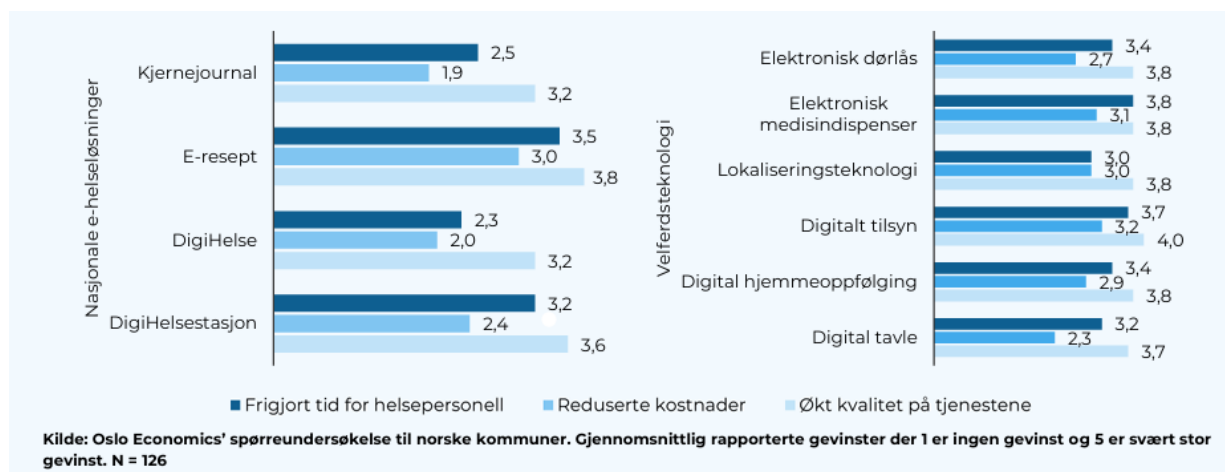
Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bør inngå som en integrert del av Haldens fremtidige tjenestemodell. Målet er å støtte lavest effektive omsorgsnivå, tidligere innsats, hendelsesbasert oppfølging og bedre bruk av knapp personellkapasitet.

Halden har et godt utgangspunkt gjennom et strategisk forankret e-helseprogram, digitalt team i hjemmesykepleien og pågående arbeid med digital hjemmeoppfølging, bo- og miljøveiledning og velferdsteknologi. Neste fase bør konsentreres om å standardisere, skalere og integrere få modne løsninger, ikke starte mange nye prosjekter.

HRP anbefaler at kommunen prioriterer få teknologier først, avklarer ansvar og arbeidsprosesser, og måler om løsningene faktisk erstatter, reduserer eller målretter fysiske oppgaver på en forsvarlig måte.

Første prioritet bør være digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte, e-lås, GPS/lokaliseringsteknologi og digital hjemmeoppfølging.

Tabellen viser hvilke gevinster som ofte kan oppnås ved bruk av helseteknologi, basert på kartlegging gjennomført av Oslo Economics på oppdrag fra KS. For Halden bør tabellen brukes som et kunnskapsgrunnlag og kontrollpunkt i videre prioritering, slik at teknologier velges ut fra faktisk behov, modenhet, gevinstpotensial og nødvendige endringer i arbeidsprosesser.



Figur 12. viser hvilke gevinster som ofte kan oppnås ved bruk av helseteknologi, basert på kartlegging gjennomført av Oslo Economics på oppdrag fra KS. For Halden bør tabellen brukes som et kunnskapsgrunnlag og kontrollpunkt i videre prioritering, slik at teknologier velges ut fra faktisk behov, modenhet, gevinstpotensial og nødvendige endringer i arbeidsprosesser.

9.16.2 PRIORITERTE TEKNOLOGIER OG TJENESTEOMRÅDER

For hjemmeboende bør teknologi vurderes tidlig som del av kartlegging, tjenesteforvaltning og revurdering. Tiltakene skal ikke erstatte nødvendig fysisk helsehjelp, men brukes der digital eller hendelsesbasert oppfølging gir like god eller bedre kvalitet og frigjør tid til brukere med størst behov.

Det bør skilles tydelig mellom digital hjemmesykepleie og digital hjemmeoppfølging. Digital hjemmesykepleie er del av kommunens ordinære hjemmetjeneste og kan brukes til skjermbesøk, veiledning, ernæringsoppfølging, trygghetsskapende kontakt, avklaringer og vurdering av om fysisk besøk er nødvendig. Digital hjemmeoppfølging er et eget samhandlingsspor for personer med kroniske eller sammensatte helseutfordringer, der bruker følger med på egen helsetilstand hjemme gjennom målinger, egenbehandlingsplan og oppfølging i samarbeid mellom kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste.

For HDO og institusjon bør digitalt tilsyn, sensorer, pasientvarslingsanlegg, elektronisk medisineringsstøtte, e-lås/adgangskontroll, digitale tavler og responstjeneste brukes til mer hendelsesbasert oppfølging. Dette er særlig relevant for bygg som inngår i midlertidig institusjonskapasitet eller fremtidig HDO-/seniorpluss-struktur.

9.16.3 FORUTSETNINGER FOR SKALERING

Skalering forutsetter tydelig linjeforankring, felles kriterier, avklart responstjeneste, opplæring, testing, avvikshåndtering og gevinstoppfølging. Teknologi skal inngå i ordinær tjenestemodell, ikke legges oppå dagens drift.

Forvaltningsenheten og hjemmetjenesten må ha felles kriterier for hvem som egner seg for digital oppfølging, og hvordan teknologien inngår i vedtak, arbeidslister, dokumentasjon og oppfølging.

Infrastruktur er en kritisk forutsetning. Søsterveien, Karrestad og Iddebo må vurderes særskilt dersom byggene skal inngå i fremtidig HDO-, seniorpluss- eller midlertidig sykehjemsstruktur. Kommunen bør avklare minimumskrav til varslingsanlegg, digitalt tilsyn, sensorer, e-lås, nettverk, responstjeneste, dokumentasjonsstøtte, drift, support, juridiske avklaringer og finansiering før bygg tas i bruk eller omdisponeres.

9.16.4 GEVINSTOPPFØLGING OG RISIKOKONTROLL

For hvert prioritert tiltak bør kommunen definere nullpunkt, ønsket effekt, ansvarlig leder, måleindikatorer og tidspunkt for første gjennomgang. Gevinstene bør følges gjennom enkle før- og ettermålinger av fysiske besøk, kjøretid, nattlige tilsyn, medisinbesøk, responstid, avvik, brukertrygghet og ressursbruk.

Viktig forutsetning: Velferdsteknologi gir først effekt når ansvar, responstjeneste, opplæring, testing, funksjonskontroll og avvikshåndtering er tydelig avklart. Dersom teknologien legges oppå dagens drift uten endrede arbeidsprosesser, kan kommunen få økt kompleksitet uten tilsvarende gevinst.

9.16.5 PRIORITERTE ANBEFALINGER

- **Avklar styring, ansvar og felles praksis.** Forankre teknologiarbeidet i linjen og e-helseprogrammet, med ansvar for beslutninger, drift, responstjeneste, opplæring, testing, avvikshåndtering og gevinstoppfølging.
- **Kartlegg dagens bruk og skaleringspotensial.** Kartlegg relevante teknologier i hjemmetjeneste, HDO og institusjon, inkludert volum, målgrupper, arbeidsprosesser, teknisk infrastruktur, responstjeneste og hvilke fysiske oppgaver teknologien kan erstatte, redusere eller målrette.
- **Prioriter få modne teknologier først.** Start med digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte, e-lås og GPS/lokaliseringsteknologi der gevinstpotensialet er størst og arbeidsprosessene kan standardiseres.
- **Videreutvikle digital hjemmeoppfølging.** La digital hjemmesykepleie inngå i hjemmetjenestens ordinære tjenestepakke, og skaler digital hjemmeoppfølging gjennom Helsefellesskapet Østfold for relevante brukergrupper.
- **Integrer teknologi i forvaltning og tjenestevedtak.** Vurder velferdsteknologi som del av ordinær kartlegging, tjenesteforvaltning og revurdering.
- **Lag teknologiplan for aktuelle bygg.** Avklar minimumskrav til varslingsanlegg, digitalt tilsyn, sensorer, e-lås, nettverk, dokumentasjonsstøtte, drift, support, juridiske avklaringer og finansiering for bygg som skal inngå i fremtidig eller midlertidig omsorgsstruktur.
- **Bruk teknologi i HDO- og institusjonsomleggingen.** Bruk digitalt tilsyn, sensorer, varsling og responstjeneste som del av mer hendelsesbasert oppfølging.
- **Etabler enkel gevinstmodell og risikokontroll.** Definer nullpunkt, ønsket effekt, ansvarlig leder, måleindikatorer, første gjennomgang og rutiner for samtykke, personvern, funksjonskontroll, testing, avvik, sikker respons og teknisk support.

Hovedpoenget er at velferdsteknologi først gir gevinst når den innføres med felles praksis, endrede arbeidsprosesser, dokumentert effekt og trygg drift. Neste fase bør derfor konsentreres om få modne teknologier og gradvis skalering.

9.17 ARBEIDSKRAFT, INKLUDERING OG ALTERNATIVE RESSURSLØP

Arbeidskraft og oppgavedeling bør behandles som et tverrgående gjennomføringsgrep i anbefalt løsning. Målet er å frigjøre helsepersonell til oppgaver som krever helsefaglig kompetanse, samtidig som praktiske og servicepregede oppgaver organiseres bedre på tvers av institusjon, HDO, dagsenter og hjemmebaserte tjenester.

Aktuelle oppgaver kan være service, transport, logistikk, måltidsstøtte, rydding, praktisk bistand, følgetjenester, aktivitetstiltak, enkle kjøkkenoppgaver, vaskeri, varepåfylling og andre støttefunksjoner. Oppgavene må være tydelig avgrenset og organiseres med klar ledelse, opplæring, oppfølging og kvalitetssikring.

Kommunen bør etablere et mer forpliktende samarbeid med NAV om aktuelle virkemidler som VTA-O, arbeidstrening, lønnstilskudd, kvalifisering og andre inkluderingsordninger. Aktivitetsplikt kan også vurderes der dette er relevant, men må brukes innenfor gjeldende regelverk og med respekt for den enkeltes arbeidsevne, behov og rettigheter. Slike ordninger skal ikke forstås som gratis arbeidskraft, men som virkemidler for inkludering, mestring og overgang til arbeid eller aktivitet.

Arbeidet bør organiseres som et eget delprosjekt i implementeringen. Første steg bør være å kartlegge hvilke oppgaver som kan flyttes fra helsefaglig personell, og deretter avklare aktuelle samarbeidspartnere, ansvar,

oppgavefordeling og oppfølgingsmodell. Målet er en mer bærekraftig bemanningsmodell der helsepersonell bruker mer tid på helsefaglige oppgaver, mens støtteoppgaver løses gjennom servicefunksjoner, inkluderingstiltak, frivillighet og samarbeid med arbeids- og velferdsaktører.

Inspirasjon fra praksis – alternative ressursløp: Kommunen kan hente erfaring fra ordninger som «Jobbvinner», «Jobbsjansen» og «Utafor boksen». Felles for slike initiativer er at de kan bidra til rekruttering, kvalifisering, arbeidstrening og inkludering, samtidig som kommunen får flere mulige ressurser til praktiske og servicepregede oppgaver. Har Halden allerede slike tiltak, er det viktig at tiltakene synliggjøres som en del av overordnet strategi, og at de måles, evalueres og utvikles.

9.18 TILTAK SOM KREVER POLITISK BESLUTNING ELLER INVESTERING

Kapittel 9.4 skiller mellom beslutninger som bør tas nå, tiltak som kan starte uavhengig av byggeløsning, og avklaringer som må foreligge før investering. Følgende saker bør løftes til særskilt politisk beslutning eller investeringsvurdering:

Område	Beslutningsbehov
Institusjonsstruktur og kapasitet	A3 som langsiktig retning, utvikling av Bergheim og ny lokasjon, overgangskapasitet og eventuell utfasing eller omdisponering av bygg
Helsehuset	Erstatning for langtids plassene, rendyrking av korttids-, rehabiliterings- og avklaringsfunksjonene og eventuell flytting av rulleringsplasser
Boligportefølje og HDO	Fremtidig HDO-portefølje, seniorpluss og eventuell omdisponering, videreutvikling eller salg av kommunale boliger
Hjemmebaserte tjenester	Valg og eventuell tilpasning av hovedbase, bilkapasitet, lading og andre investeringer som følger av ny driftsmodell
Teknologisk infrastruktur	Varslingsanlegg, digitalt tilsyn, sensorer, e-lås, nettverk, responstjeneste, drift, support og informasjonssikkerhet
Organisering og arbeidskraft	Organisasjonsendringer, servicefunksjoner, bemanningsmodeller og økonomiske rammer for kompetanse- og rekrutteringstiltak

Tabell 15 oversikt over tiltak som krever politisk beslutning eller investeringer.

Før sakene legges frem, må investeringsbehov, driftskonsekvenser, bemanning, risiko, avhengigheter og forventede gevinster konkretiseres. Beslutningene bør tas trinnvis: først strategisk retning og konseptvalg, deretter tomte-, funksjons- og kostnadsavklaringer, og til slutt investerings- og gjennomføringsvedtak.

9.19 GEVINSTREALISERING, ØKONOMI OG KAPASITETSSTYRING

Halden bør etablere en enkel gevinstmodell før større tiltak skaleres. Modellen bør koble tiltak, ansvarlig leder, forventet effekt, måleindikatorer og tidspunkt for første gjennomgang. Gevinstene må følges opp i linjen og knyttes til budsjett, bemanning, lederoppfølging og arbeidsprosesser.

For hvert tiltak bør kommunen definere nullpunkt og følge utviklingen med enkle før- og ettermålinger. Aktuelle indikatorer er blant annet fysiske besøk, kjøretid, nattlige tilsyn, medisinsbesøk, korttidsopphold, reinnleggelser, avvik, brukertrygghet, pårørendetilfredshet, ansattes tidsbruk og ressursbruk per brukergruppe. Tiltak som ikke gir forventet effekt, bør justeres eller avsluttes før de skaleres videre.

Kapasitetsstyringen bør kombinere styringsmålet på 8 prosent langtidsdekning med faste indikatorer og terskelverdier. Dersom kommunen skal bevege seg fra dagens dekningsgrad på om lag 9,1 prosent til 8 prosent

over tid, må utviklingen følges tett gjennom ventetid på langtids plass, bruk av korttids plasser som ventekapasitet, beleggsprosent, reinnleggelser, pleietyngde, hjemmetjenestetimer og kapasitet i dagtilbud, rehabilitering og avlastning.

Kommunen bør samtidig planlegge for fleksibilitet i bygnings- og tjenestestrukturen. Fremtidige løsninger bør kunne utvides eller omdisponeres dersom behov, pleietyngde eller pasientflyt endrer seg. Et styringsmål på 8 prosent forutsetter derfor både sterkere nivåer under institusjon og beredskap for å øke kapasiteten dersom indikatorene viser økende risiko for uforsvarlige forløp.

HRP anbefaler en fast årlig kapasitetsgjennomgang der demografi, tjenestebehov, ventelister, reinnleggelser, hjemmetjenestetimer, bemanning, økonomi, teknologi og bygningsmessig handlingsrom vurderes samlet. Lavere institusjonsdekning bør dermed forstås som et styringsmål som krever løpende dokumentasjon, risikovurdering og beslutningsberedskap.

9.20 IMPLEMENTERING OG VEIEN VIDERE

HRP anbefaler at kommunen etablerer et eget implementeringsprosjekt med tydelig mandat, beslutningsporter, medvirkningsplan og ansvar for å koordinere tiltak på tvers av bygg, tjenester, økonomi, teknologi og organisering. Gjennomføringen bør deles i tre hovedfaser:

9.20.1 FASE 1 – BESLUTTE RETNING OG MOBILISERE

- bekrefte A3 som strategisk planleggingsretning
- kvalitetssikre og beslutte eventuell overgangskapasitet
- etablere programorganisering, mandat, ansvar og medvirkningsplan
- starte tiltakene som er uavhengige av endelig byggeløsning, jf. kapittel 9.4

9.20.2 FASE 2 – UTREDE, PILOTERE OG BESLUTTE

- gjennomføre konsept-, tomte-, funksjons- og kostnadsavklaringer
- kvalitetssikre organisering, bemanning, fagfordeling og lokalisering av hjemmebaserte tjenester
- pilotere nye arbeidsformer, oppgavedeling, teknologi og støttefunksjoner
- dokumentere effekt, risiko og driftskonsekvenser før investeringsbeslutning

9.20.3 FASE 3 – GJENNOMFØRE OG SKALERE

- fatte investerings- og gjennomføringsvedtak
- gjennomføre bygge- og omstillingsprosjekter i samordnet rekkefølge
- skalere tiltak som har dokumentert effekt og forsvarlig drift
- følge opp gevinster, kapasitet, kvalitet og risiko i ordinær linjestyring

Tjenesteomstillingen bør starte parallelt med de langsiktige byggavklaringene. Kommunen bør legge A3 til grunn som strategisk retning, bruke 8 prosent langtidsdekning som langsiktig styringsmål og følge utviklingen gjennom den årlige kapasitetsgjennomgangen som er beskrevet i kapittel 9.19.

9.21 RISIKO OG FORUTSETNINGER FOR GJENNOMFØRING

Gjennomføringen forutsetter tydelig politisk og administrativ forankring, realistisk fremdrift, lederstøtte og god kommunikasjon med ansatte, tillitsvalgte, brukere og pårørende. Tiltakene må gjennomføres i riktig rekkefølge og med løpende vurdering av avhengighetene mellom bygg, tjenester, teknologi, bemanning og økonomi.

Risiko	Risikoreducerende grep
Endringstretthet og svak gjennomføringskapasitet	Prioritere tiltak, sikre lederstøtte og gjennomføre endringene i realistiske faser
Uklare ansvarslinjer og fragmentert styring	Etablere programeier, styringsgruppe, tydelige mandater og avklarte beslutningsporter
Kapasitet reduseres før alternative tilbud er etablert	Knytte utfasing av plasser til dokumentert erstatningskapasitet, pasientflyt og forsvarlighetsvurdering
Teknologi innføres uten endrede arbeidsprosesser	Avklare responstjeneste, opplæring, drift og gevinstmål før skalering
Forventede gevinster tas ut for tidlig	Dokumentere effekt og driftskonsekvenser før gevinster innarbeides i budsjett eller bemanning
Tiltak gjennomføres isolert i deler av omsorgstrappen	Følge kapasitetsutvikling, hjemmetjenester, rehabilitering, dagtilbud, bemanning og økonomi samlet

Tabell 16 Risiko og forutsetninger for gjennomføring av tiltak.

Halden bør starte med få prioriterte tiltak, dokumentere effekt, justere underveis og først deretter skalere videre. Kapasitetsendringer må alltid vurderes opp mot pasientflyt, bemanning, økonomi og krav til faglig forsvarlighet.

REFERANSER OG KILDEGRUNNLAG

Publiserte kilder er oppgitt med forfatter/organisasjon og år. Lokale interne kilder er identifisert med dokumenttype og år. «HRP, 2026» viser til analyser, befaringer, dialogmøter, kalkyler og faglige vurderinger som er utarbeidet i prosjektperioden. HRP's scenario- og planleggingsforutsetninger er ikke nasjonale normer med mindre dette uttrykkelig framgår.

PUBLISERTE OG OFFENTLIGE KILDER

- Agenda Kaupang. (2016). Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Erfarings- og analysegrunnlag brukt som bakgrunn for vurdering av dekningsgrad.
- Folkehelseinstituttet. (2026). Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Nettutgave og temautgave 2026: De viktigste folkehelseutfordringene. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/>
- GjØra, L., Strand, B. H., Bergh, S., et al. (2021). Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(1), 121–133. <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>
- Halden kommune. (2022). Kommunedelplan Helse, omsorg og mestring 2022–2034, del 1 strategi og del 2 kunnskapsgrunnlag. <https://www.halden.kommune.no/tjenester/byen-og-kommunen/organisasjon-og-administrasjon/planer-strategier-og-rapporter/kommunedelplaner/helse-og-mestring/>
- Halden kommune. (2023). Frivillighetsplan for Halden kommune 2023–2028. Halden kommune.
- Halden kommune. (2025). Fremtidsplan for helse- og omsorgstjenester i Halden kommune 2025–2045. Vedtatt av kommunestyret juni 2025. <https://www.halden.kommune.no/tjenester/helse-og-mestring/fremtidsplan-for-helse-og-omsorgstjenester/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021a). Menn i helse. Nasjonalt rekrutteringstiltak. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/menn-i-helse>
- Helsedirektoratet. (2021b). Jobbvinner. Nasjonal satsing for rekruttering og stabilisering i kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/jobbvinner>
- Helsedirektoratet. (2025). Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- Husbanken. (2026). Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg, herunder designprinsipper for sykehjem og bogrupper. <https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/veileder-omsorgsbygg/>
- Husbanken. (2026). Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem – retningslinjer og veiledning. <https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/>
- IMDi. (2026). Arbeids- og utdanningsrettede programmer – Jobbsjansen. <https://www.imdi.no/tall-og-fakta/veiledere/kvalifiseringslop-for-voksne-innvandrere/arbeids-og-utdanningsrettede-programmer/>
- Nordre Follo kommune. (2026). Ambulerende dagsenter – aktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. <https://www.nordrefollo.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/demens/ambulerende-dagsenter/>
- NOU 2023: 4. (2023). Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- SSB. (2025). Regionale befolkningsframskrivninger og Statistikkbanken. Uttrekk brukt i Halden kommunes og HRP's analysegrunnlag.
- Norsk Prisbok. (2026). Bo- og behandlingsbygg/sykehjem – prisgrunnlag brukt i tidligfasekalkylene.

LOKALT OG PROSJEKTINTERNT KUNNSKAPSGRUNNLAG

- Halden kommune. (2026). Kapasitetsoversikt for sykehjem, korttid, rehabilitering, avlastning, omsorgsboliger og dagtilbud. Internt prosjektgrunnlag.

MULIGHETSSTUDIE FREMTIDIGE SYKEHJEMSLØSNINGER – HALDEN KOMMUNE

Halden kommune. (2026). Bemannings- og kostnadsgrunnlag brukt i alternativberegningene. Internt prosjektgrunnlag.

Halden kommune. (2026). Hjemmetjenesteprojekt – analyser av bemanning, oppgaver, logistikk/kjøring og organisering. Internt prosjektgrunnlag.

Halden kommune. (2026). Prosjektinnspill om lokalisering og kollektivtilgjengelighet, formidlet i dialog med HRP i prosjektperioden. Kvalitativt grunnlag; ikke behandlet som representativ medarbeiderundersøkelse.

HRP. (2026). Befaringer ved relevante institusjoner, helsehus og boliger i Halden kommune, samt dialogmøter/intervjuer med ledere og fagpersoner. Prosjektgrunnlag juni–august 2026.

HRP. (2026). Tilstandsvurderinger, dimensjoneringsgrunnlag, kalkyler og alternativberegninger for A1–A3. Vedlegg og arbeidsunderlag til mulighetsstudien.

HRP. (2026). Oppdragsforståelse – Mulighetsstudie fremtidige sykehjemsløsninger, Halden kommune.

VEDLEGG:

1. Basiskalkyle Halden kommune Sykehjemsutbygging august 2026
2. Beregningsforutsetninger for investering og drift. Metodiske og økonomiske forutsetninger for alternativanalysen – Halden kommune
3. Basiskalkyler for 10% dekningsgrad, hvorav 8 % langtidsplasser
4. Basiskalkyler for 11,2 % dekningsgrad, hvorav 9,1 % langtidsplasser

DIGITALE VEDLEGG

5. Iddebo sykehjem tilstandsrapport
6. Iddebo sykehjem tilstandskartlegging
7. Karrestad sykehjem tilstandsrapport
8. Karrestad sykehjem tilstandskartlegging
9. A10 byggetrinn
10. A20 byggetrinn

VEDLEGG 1. BASISKALKYLE HALDEN KOMMUNE SYKEHJEMSUTBYGGING AUGUST 2026

Konto - Kalkyle iht. NS3453	Areal BTA	Kvm pris	SUM
01 Felleskostnader	1	5 917	5 917
02 Bygning	1	18 576	18 576
03 VVS-installasjoner	1	6 933	6 933
04 Elkraftinstallasjoner	1	3 207	3 207
05 Ekom og automatisering	1	2 109	2 109
06 Andre installasjoner	1	1 958	1 958
SUM 01-06 HUSKOSTNAD	1	38 700	38 700
07 Utendørs	0	2200	0
SUM 01-07			
ENTREPRISEKOSTNAD	1		38 700
08 Generelle kostnader	16 %		6 184
SUM 01-08			
BYGGEKOSTNAD	1	44 884	44 884
09 Spesielle kostnader	0	2000	2 000
10 Mva	25 %		11 721
SUM 01-10			
BASISKOSTNAD			58 605
11 Forventet tillegg	10 %		5 860
SUM 01-11			
PROSJEKTKOSTNAD	1	64 465	64 465
12 Usikkerhetsavsetning	27 %		17 154
SUM 01-12			
KOSTNADSRAMME	1	81 619	81 619
13 Prisregulering	X%		X
SUM KALKYLE			81 619

Awik fra NS 3453:

Det er ikke lagt inn kostnad for opparbeidelse av uteareal. Det er angitt en m2 pris for senere vurdering

Det er lagt inn 2 000 i spesielle kostnader som her er avsatt til innredning

Det er lagt inn en skjønnsmessig vurdering av usikkerhetsavsetning. Da det er ukjent byggestart. Denne er vurdert til 27% mot 15% i standard kalkyle. Det er HRP AS faglige vurdering at 81 619 inkl mva er rett nivå for kalkylen

VEDLEGG 2 BEREGNINGSFORUTSETNINGER FOR INVESTERING OG DRIFT, METODISKE OG ØKONOMISKE FORUTSETNINGER FOR ALTERNATIVANALYSEN – HALDEN KOMMUNE

Kostnadsberegningene i denne utredningen er gjennomført på et tidlig stadium, før aktuelle byggeprosjekter er programmert eller utviklet gjennom skisse- eller forprosjekt. På dette nivået er det derfor ikke grunnlag for detaljerte prosjektkalkyler.

Beregningene bygger i stedet på erfaringsbaserte forutsetninger om arealbehov, investeringskostnader, finansiering og driftskostnader. Formålet er å etablere et sammenlignbart og realistisk kostnadsgrunnlag for vurdering av alternativene. Tallene må derfor forstås som beslutningsstøtte i tidligfase og ikke som prosjektbudsjetter.

Alle kostnader er oppgitt i 2026-kroner dersom ikke annet er angitt.

1. Arealforutsetninger

Arealbruk per sykehjemsplass varierer betydelig mellom norske sykehjem. Eldre og nyere bygg kan inneholde ulike tilleggsfunksjoner, servicearealer og beredskapsfunksjoner, og direkte sammenligning av bruttoareal per plass må derfor gjøres med varsomhet.

Halden kommunes nyeste investering innen tjenestekområdet, Bergheim omsorgssenter, har et areal på om lag 10 650 m² og inneholder 100 plasser. Dette tilsvarer om lag 106,5 m² per plass.

Samtidig arbeider flere kommuner med å effektivisere arealbruken i nye sykehjemsprosjekter. Bakgrunnen er både økende kapasitetsbehov, presset kommuneøkonomi og behovet for å redusere investerings- og driftskostnader.

Bergen kommune har blant annet utviklet et eget funksjons- og arealprogram for sykehjem. Også andre større kommuner, herunder Drammen, arbeider med arealeffektive konsepter. Erfaringene viser at det er mulig å planlegge sykehjem med et samlet arealforbruk på under 90 m² per plass, avhengig av hvilke funksjoner som inngår i bygget.

For beregningene i denne utredningen har HRP AS lagt til grunn:

90 m² bruttoareal per sykehjemsplass.

Forutsetningen innebærer en vesentlig mer arealeffektiv løsning enn dagens Bergheim omsorgssenter, men vurderes samtidig som tilstrekkelig robust for en tidligfaseberegning. Det kan være mulig å oppnå ytterligere arealeffektivisering gjennom senere programmering og konseptutvikling. En slik eventuell gevinst er ikke innarbeidet i kalkylene.

2. Investeringskostnader

På nåværende stadium foreligger det ikke tilstrekkelig prosjektgrunnlag til å utarbeide detaljerte investeringskalkyler. HRP AS har derfor benyttet erfaringsbaserte kostnadstall fra Norsk Prisbok, 1. utgave 2026.

Følgende klassifisering er lagt til grunn:

Bygningstype 7 – Helsebygning

7.2 Bo- og behandlingsbygg

7.2.1 Sykehjem

7211 Sykehjem

Norsk Prisbok angir for denne bygningstypen en erfaringsbasert kostnad for nybygg på 64 521 kroner per m² inkl. mva.

På grunn av prosjektets tidlige fase er det i tillegg lagt inn:

- forventet tillegg: 10 prosent
- usikkerhetsavsetning: 27 prosent

Med disse forutsetningene gir dette en kalkulert kostnad på om lag 81 619 kroner per m² før korreksjon for kommunens merverdiavgiftskompensasjon.

For kommunale investeringer er det tatt hensyn til merverdiavgiftskompensasjon. Mva. er beregnet for relevante kostnadselementer i henhold til NS 3453. Det er ikke beregnet mva. på forventet tillegg og usikkerhetsavsetning. Dette fremgår særskilt av kalkylene.

Det er ikke lagt inn framtidig prisstigning. Investeringskostnadene må derfor forstås som kostnader i 2026-kroner, uavhengig av tidspunktet for gjennomføring.

3. Finansieringsmodell og gjennomføringstidspunkt

HRP AS har vurdert finansieringsmessige konsekvenser for de tre utbyggingsalternativene.

Halden kommune har uttrykt behov for å kunne forskyve større investeringer fram i tid. Samtidig viser behovsanalysen at kapasitetsutfordringene oppstår tidligere enn tidspunktet for en eventuell langsiktig hovedutbygging. Det vurderes derfor ikke som realistisk å utsette alle investeringer i ytterligere 7–9 år uten kompenserende tiltak.

Som et midlertidig tiltak kan kommunen vurdere om eksisterende bygg som i dag ikke er i ordinær drift, kan settes i stand for en tidsavgrenset periode. En slik løsning vil innebære et lavere ambisjonsnivå enn en full rehabilitering til langsiktig standard og må vurderes særskilt med hensyn til forsvarlighet, arbeidsmiljø, teknisk tilstand og kostnad.

Halden kommune har tidligere benyttet en tilsvarende midlertidig løsning i forbindelse med rehabiliteringen av Helsehuset. Forskjellen er at en eventuell midlertidig løsning i denne sammenhengen kan måtte fungere over en vesentlig lengre periode, anslagsvis 7–9 år.

Uavhengig av en eventuell midlertidig løsning bør kommunen tidlig starte nødvendige plan- og reguleringsprosesser for den langsiktige kapasitetsutviklingen.

4. Offentlig-privat samarbeid (OPS)

HRP AS har vurdert offentlig-privat samarbeid (OPS) som en mulig finansierings- og gjennomføringsmodell.

OPS vurderes først og fremst som relevant ved utvikling av nye bygg, og i mindre grad ved rehabilitering av eksisterende sykehjem. Modellen kan være særlig aktuell dersom et nytt sykehjem kan inngå i en større områdeutvikling sammen med boliger, næringsarealer eller andre funksjoner.

En privat finansierings- og utviklingspartner vil vurdere prosjektet ut fra forventet avkastning, risiko og langsiktig kontantstrøm. Muligheten for å kombinere sykehjemmet med annen eiendomsutvikling kan derfor påvirke både attraktiviteten og de økonomiske betingelsene i en OPS-modell.

HRP AS anbefaler at OPS utredes nærmere som en mulig gjennomføringsmodell, særlig i alternativ A3 med bygging på ny lokasjon og i scenarioet med 11,2 prosent dekningsgrad, hvor investeringsbehovet er størst.

I kombinasjonsmodellen kan det også vurderes om OPS kan brukes til å fremskynde deler av den langsiktige kapasiteten. Som del av videre konseptutvikling kan det eksempelvis utredes om det er hensiktsmessig å etablere om lag 120 plasser i 10-prosentscenarioet eller om lag 200 plasser i 11,2-prosentscenarioet allerede rundt 2035.

Dette er på nåværende tidspunkt en mulighet som bør utredes, og ikke en forutsatt finansieringsmodell i kostnadsberegningene.

5. Investeringstilskudd fra Husbanken

Nye sykehjemsplasser kan, dersom gjeldende vilkår er oppfylt, kvalifisere for investeringstilskudd fra Husbanken. Tilskuddets størrelse og om prosjektet kvalifiserer, avhenger blant annet av prosjektets utforming, funksjoner og hvordan tiltaket inngår i kommunens samlede planlegging av heldøgns omsorgstilbud.

I beregningene har HRP AS lagt til grunn et tilskudd på 2 350 000 kroner per plass.

Dette er benyttet som en forsiktig beregningsforutsetning i tidligfasen. Endelig tilskuddsnivå må avklares med Husbanken når prosjektet er kommet lenger i programmering og konseptutvikling. Det kan derfor være mulig at faktisk tilskudd blir høyere enn det som er lagt til grunn i denne utredningen.

6. Finanskostnader

For å kunne sammenligne alternativene er det nødvendig å benytte en felles forutsetning for kapitalkostnad.

Kommunalbanken (KBN) har fra 1. januar 2026 lagt 3 måneders NIBOR med et tillegg på 0,7 prosentpoeng til grunn for beregninger knyttet til selvkost. KBNs rentebane indikerer på beregningstidspunktet et relativt stabilt rentenivå på om lag 4,5–4,7 prosent i perioden 2027–2031.

Dette er også vurdert opp mot rentenivået for norske statsobligasjoner på kort og lengre løpetider.

På denne bakgrunn har HRP AS valgt å benytte en kalkulasjonsrente på:

4,5 prosent.

Renten benyttes som en felles beregningsforutsetning i mulighetsstudien, uavhengig av om investeringen i praksis finansieres gjennom låneopptak eller bruk av kommunens egne midler.

Formålet er å sikre sammenlignbarhet mellom alternativene. Faktiske finansieringskostnader vil avhenge av renteutvikling, finansieringsform og tidspunkt for investering.

7. Personalkostnader

HRP AS har beregnet personalkostnader for de tre utbyggingsalternativene. Beregningene er beheftet med usikkerhet fordi endelig organisering, avdelingsstruktur, turnus, kompetansesammensetning og driftsmodell først kan fastsettes gjennom videre detaljering.

Det er derfor viktig at forutsetningene er eksplisitte og etterprøvbare. Dette gjør det mulig å justere beregningene når kommunen får et mer detaljert beslutningsgrunnlag.

Personalkostnadene er beregnet for to analyseår:

2030 og 2050.

Følgende årlige personalkostnader er lagt til grunn:

Stillingskategori	Årlig kostnad
Lokasjonsleder	1 362 126 kr
Avdelingsleder	1 093 574 kr
Sykepleier/høyskoleutdannet	953 986 kr
Helsefagarbeider	828 276 kr
Assistent	725 140 kr

Beløpene inkluderer sosiale kostnader og bygger på faktiske kostnadstall fra Halden kommune for 2026.

For bemanningssammensetningen er følgende kompetansefordeling lagt til grunn:

- 34 prosent høyskoleutdannet personell
- 66 prosent personell med videregående utdanning/fagarbeiderkompetanse

Det er videre lagt til grunn en pleiefaktor på 0,75, basert på opplysninger fra Halden kommune.

8. Forutsetning om stordriftsfordeler

Organisering av institusjonskapasiteten på færre lokasjoner kan gi mulighet for mer effektiv ressursutnyttelse. Samtidig vil størrelsen på en eventuell stordriftsgevinst være avhengig av blant annet bygningsutforming, avdelingsstruktur, turnus, ledelsesspenn, nattbemanning og muligheten for å dele personell og støttefunksjoner.

For å kunne synliggjøre denne effekten i alternativanalysen har HRP AS lagt inn følgende beregningsforutsetninger:

Institusjonsstruktur Forutsatt stordriftsgevinst

Fire lokasjoner	0 %
To lokasjoner	5 %
Én lokasjon	10 %

Prosentene er analyseforutsetninger og ikke dokumenterte effektiviseringsgevinster. De bygger på HRP AS' erfaringer med institusjonsdrift og skal først og fremst illustrere potensialet for mer effektiv bruk av blant annet nattbemanning, vikarressurser, ledelse og andre fellesressurser.

Faktisk gevinst må dokumenteres gjennom detaljert organisasjons- og bemanningsplanlegging før realisering.

Personalkostnaden i alternativene beregnes dermed på bakgrunn av antall plasser, antall avdelinger, antall lokasjoner, forutsatt bemanning og den angitte stordriftsfaktoren.

9. Beregningsscenarier

Alternativanalysen er gjennomført med 10 prosent dekningsgrad, der 8 % er langtidsplasser og resten er korttidsplasser som sentralt styringsscenario.

For å synliggjøre konsekvensene av ulike kapasitetsnivåer er det i tillegg gjennomført beregninger basert på 11,2 prosent dekningsgrad der 9,1 % er dekningsgrad for langtidsplasser og resten er for korttid, som representerer dagens nivå for langtidsplasser i Halden kommune.

For både 10 prosent og 11,2 prosent dekningsgrad er de tre utbyggingsalternativene beregnet og dokumentert separat.

Beregningene skal samlet synliggjøre hvordan valg av dekningsgrad, institusjonsstruktur, investeringsstrategi og organisering påvirker kommunens framtidige investerings- og driftskostnader.

10. Usikkerhet og bruk av beregningene

Beregningene er utarbeidet som beslutningsstøtte i tidligfase. De må derfor ikke forstås som endelige investerings- eller driftsbudsjetter.

Arealbehov, byggekostnader, investeringstilskudd, rente, bemanningsbehov og mulige stordriftsgevinster vil måtte kvalitetssikres og detaljeres gjennom videre programmering, konseptutvikling og prosjektering.

Usikkerheten i de absolutte kostnadstallene er dermed større enn den vil være i senere prosjektfaser. Dette er normalt for en konseptvalgutredning og er bakgrunnen for at det er benyttet standardiserte og gjennomgående forutsetninger i beregningene.

For alternativsammenligningen er det avgjørende at de samme metodiske og økonomiske forutsetningene er benyttet på tvers av alternativene. Beregningene gir dermed først og fremst grunnlag for å vurdere relative forskjeller mellom alternativene.

De absolutte kostnadsnivåene vil ha større usikkerhet på dette stadiet og må oppdateres etter hvert som prosjektet konkretiseres.

Vedlegget skal på denne bakgrunn forstås som dokumentasjon av beregningsgrunnlaget for alternativanalysen, og ikke som et kostnadsoverslag for et ferdig definert byggeprosjekt.

VEDLEGG 3 BASISKALKYLER FOR 10% DEKNINGSGRAD, HVORAV 8 % LANGTIDSPASSER

Basiskalkyle Halden kommune Sykehjemsutbygging August 2026

Alternativ 1 10% Dekningsgrad Langtidspasser

	1 m2 sykehjem basis	kr	64 521	eks mva	Rente	4,50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
--	---------------------	----	--------	---------	-------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alternativ 2 10% Dekningsgrad Langtidspasser

	1 m2 sykehjem basis	kr	64 521	eks mva	Finans kostnad	4,50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</
--	---------------------	----	--------	---------	----------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Alternativ 3 10% Dekningsgrad Langtidspasser

	1 m2 sykehjem basis	kr	64 521	eks mva	Finans kostnad	4,50 %																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
--	---------------------	----	--------	---------	----------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VEDLEGG 4 BASISKALKYLER FOR 11,2 % DEKNINGSGRAD, HVORAV 9,1 % LANGTIDSPASSER

Basiskalkyle Halden kommune Sykehjemsutbygging August 2026

Alternativ 1 11,2% Dekningsgrad Langtidspasser

1 m2 sykehjem basis	kr	64 521	eks mva	Finans kostnad	4,50 %
1 m2 Sykehjem	kr	81 619	inkl mva	Avdrag år	30
1 plass bruker m2		90			
Husbank 1 plass	kr	2 350 000			
Tilstandsanalyse / Kalkyle Mva plasser Husbanktilskudd Investering					
Bergheim 2019					
Helsehuset					
Solheim					
Trinn 1	Karrestad	kr	203 386 396	kr	-32 155 952
Trinn 2	Iddebo	kr	158 527 593	kr	-23 590 416
Trinn 3	Nybygg Bergheim 2035	kr	220 371 300	kr	-43 551 675
Trinn 4	Nybygg Bergheim 2040	kr	220 371 300	kr	-43 551 675
Trinn 5	Nybygg Bergheim 2045	kr	293 828 400	kr	-58 068 900
Trinn 6	Nybygg Bergheim 2050	kr	293 828 400	kr	-58 068 900
Finanskostnad Driftskostnad					
2030 2035 2040 2045 2050					
kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000					
kr -					
kr 4 191 700 kr 4 191 700 kr 4 191 700 kr 4 191 700 kr 4 191 700					
kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200					
kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500					
kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000					
kr 6 012 000 kr 6 012 000 kr 6 012 000 kr 6 012 000 kr 6 012 000					
kr 34 685 400 kr 34 685 400 kr 43 703 400 kr 49 715 400 kr 49 715 400					
kr 6 786 051 kr 6 786 051 kr 6 786 051 kr 6 786 051 kr 6 786 051					
kr 6 504 664 kr 6 504 664 kr 6 504 664 kr 6 504 664 kr 6 504 664					
kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371					
kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371					
kr 11 104 494 kr 11 104 494 kr 11 104 494 kr 11 104 494 kr 11 104 494					
kr 101 871 845					
Sum					
kr 47 976 115 kr 56 304 486 kr 73 650 857 kr 90 767 351 kr 101 871 845					
Lønnskostnad					
kr 167 515 367					
Sum					
kr 215 491 482					
kr 235 174 688					
kr 327 046 543					

Alternativ 2 11,2% Dekningsgrad Langtidspasser

1 m2 sykehjem basis	kr	64 521	eks mva	Finans kostnad	4,50 %
1 m2 Sykehjem	kr	81 619	inkl mva	Avdrag år	30
1 plass bruker m2		90			
Husbank 1 plass	kr	2 350 000			
Tilstandsanalyse / Kalkyle Mva plasser Husbanktilskudd Investering					
Bergheim 2019					
Helsehuset					
Solheim					
Trinn 1	Karrestad	kr	127 500 000	kr	-17 000 000
Trinn 2	Iddebo	kr	158 527 593	kr	-23 590 416
Trinn 3	Nybygg Bergheim 2035	kr	587 656 800	kr	-116 137 800
Trinn 4	Nybygg Bergheim 2040	kr	514 199 700	kr	-101 620 575
Trinn 5	Nybygg Bergheim 2045	kr	220 371 300	kr	-43 551 675
Trinn 6	Nybygg Bergheim 2050	kr	587 656 800	kr	-116 137 800
Finanskostnad Driftskostnad					
2030 2035 2040 2045 2050					
kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000					
kr -					
kr 4 191 700 kr - kr - kr - kr -					
kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200					
kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500					
kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000					
kr 6 012 000 kr 6 012 000 kr 6 012 000 kr 6 012 000 kr 6 012 000					
kr 34 685 400 kr 36 422 200 kr 41 014 700 kr 45 523 700 kr 50 767 500					
kr 8 655 833 kr 8 655 833 kr 8 655 833 kr 8 655 833 kr -					
kr 6 504 664 kr 6 504 664					
kr 22 208 988 kr 22 208 988 kr 22 208 988 kr 22 208 988					
kr 19 432 865 kr 19 432 865 kr 19 432 865 kr 19 432 865					
kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371					
kr 22 208 988					
Sum					
kr 49 845 897 kr 73 791 686 kr 91 312 386 kr 104 149 757 kr 122 946 712					
Lønnskostnad					
kr 163 595 790					
Sum					
kr 213 441 687					
kr 209 963 308					
kr 332 910 020					

Alternativ 3 11,2% Dekningsgrad Langtidspasser

1 m2 sykehjem basis	kr	64 521	eks mva	Finans kostnad	4,50 %
1 m2 Sykehjem	kr	81 619	inkl mva	Avdrag år	30
1 plass bruker m2		90			
Husbank 1 plass	kr	2 350 000			
Tilstandsanalyse / Kalkyle Mva plasser Husbanktilskudd Investering					
Bergheim 2019					
Helsehuset					
Solheim					
Trinn 1	Karrestad	kr	127 500 000	kr	-17 000 000
Trinn 2	Iddebo	kr	158 527 593	kr	-23 590 416
Trinn 3	Nybygg Bergheim 2035	kr	587 656 800	kr	-116 137 800
Trinn 4	Nybygg Bergheim 2040	kr	734 571 000	kr	-145 172 250
Trinn 5	Nybygg Bergheim 2045	kr	220 371 300	kr	-43 551 675
Trinn 6	Nybygg Bergheim 2050	kr	367 285 500	kr	-72 586 125
Finanskostnad Driftskostnad					
2030 2035 2040 2045 2050					
kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000 kr 17 785 000					
kr -					
kr 4 191 700 kr - kr - kr - kr -					
kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200 kr 6 780 200					
kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500 kr 5 928 500					
kr 12 024 000 kr 12 024 000 kr 12 024 000 kr 12 024 000					
kr 15 030 000 kr 15 030 000 kr 15 030 000 kr 15 030 000					
kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000 kr 4 509 000					
kr 7 515 000					
kr 34 685 400 kr 42 517 700 kr 51 619 200 kr 56 128 200 kr 56 863 000					
kr 8 655 833 kr 8 655 833 kr 8 655 833 kr 8 655 833 kr -					
kr 6 504 664 kr 6 504 664					
kr 22 208 988 kr 22 208 988 kr 22 208 988 kr 22 208 988					
kr 27 761 235 kr 27 761 235 kr 27 761 235 kr 27 761 235					
kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371 kr 8 328 371					
kr 13 880 618					
Sum					
kr 49 845 897 kr 79 887 186 kr 110 245 257 kr 123 082 628 kr 129 042 212					
Lønnskostnad					
kr 163 595 790					
Sum					
kr 213 441 687					
kr 231 481 961					
kr 360 524 173					