



FREDRIKSTAD KOMMUNE



Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040



Innhold

1	SAMMENDRAG	3
2	AVGRENSINGER	5
3	PLANARBEIDET	6
3.1	POLITISK FORANKRING	6
3.2	ARBEIDSPROCESS.....	6
4	STATLIGE OG KOMMUNALE FØRINGER.....	7
4.1	LOVER OG FORSKRIFTER	7
4.2	SAMHANDLINGSREFORMEN – MELD. ST. 47 (2008–2009)	7
4.3	LEVE HELE LIVET – MELD. ST. 15 (2017–2018) EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE.....	8
4.4	KOMMUNALE PLANFORUTSETNINGER	8
4.5	ØKONOMISKE RAMMEBETINGELSER OG HANDLINGSROM.....	11
5	UTFORDRINGER OG UTVIKLINGSTREKK.....	16
5.1	LEVEKÅR OG SOSIAL ULIKHET	16
5.2	FLERE ELDRE, FÆRRE YRKESAKTIVE OG OMFATTENDE BISTANDSBEHOV.....	16
5.3	OPPGAVEOVERFØRING OG SAMHANDLING MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	17
5.4	KOMMUNENS BOLIGSTRUKTUR OG BOLIGMASSE.....	17
5.5	UTVIKLING BASERT PÅ BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING.....	17
5.6	FRAMSKRIVING AV BEHOV.....	18
5.7	BEHOV FOR UTVIKLING AV BOLIGTILBUDET	19
6	SYKEHJEM OG OMSORGSBOLIGER – STATUS	21
6.1	DAGENS TILBUD AV SYKEHJEM OG OMSORGSBOLIGER.....	21
6.2	ØVRIGE KOMMUNALE OMSORGSBOLIGER.....	22
6.3	TILSTANDS- OG EGNETHETSVURDERING	23
6.4	EGNETHETSVURDERING – OPPSUMMERING.....	24
6.5	TILSTANDSVURDERING – OPPSUMMERING	27
6.6	KOSTNADSKONSEKVENSER	31
6.7	STRATEGI FOR TILSTANDSANALYSER OG VERDIBEVARENDE VEDLIKEHOLD.....	33
7	MÅL OG STRATEGIER	34
7.1	INNBYGGERNE HAR MULIGHET FOR ET SELVSTENDIG OG VERDIG LIV.....	35
7.2	ALLE BOR TRYGT, I EGNET BOLIG.....	37
7.3	HELSEBYGGENE TILRETTELEGGER FOR LIKEVERDIGE, TRYGGE OG EFFEKTIVE TJENESTER	41
7.4	IVARETA KLIMA- OG MILJØMÅL GJENNOM BÆREKRAFTIGE LØSNINGER.....	43
8	BYGGUTVIKLING	45
8.1	FRAMTIDENS BOTILBUD – VIDERE ARBEID	45
8.2	FOKUS PÅ HELDØGNS TJENESTER FRAMFOR DØGNBEMANNET BOENHET	45
8.3	MÅLGRUPPER FOR HELDØGNS BO- OG TJENESTETILBUD.....	46
8.4	LOKALISERINGSVALG – SENTRALE VURDERINGER	47
8.5	ANBEFALT LOKALISERINGSVALG OG UTBYGGINGSREKKEFØLGE.....	48
8.6	OMSORGSBOLIGER	53
8.7	FORUTSETNINGER FOR KOSTNADSBEREGNINGENE.....	54
8.8	FORSLAG TIL INVESTERINGS- OG PRIORITERINGSREKKEFØLGE	54
9	REFERANSER	56
10	VEDLEGG.....	58

1 Sammendrag

Fredrikstad vil, i likhet med resten av landet, få en økt andel eldre i årene som kommer, samtidig som andelen yrkesaktive synker. Andelen personer på 80 år og eldre er forventet å dobles innen 2040. De demografiske endringene vil øke presset på helse- og velferdstjenestene, og det vil ikke være mulig å løse oppgavene på samme måte som i dag.

Hovedutfordringen er at vi blir flere eldre og samtidig færre yrkesaktive. Dette vil påvirke både økonomien og tilgangen til arbeidskraft. Samtidig vil økte brukerkrav og forventninger gi utfordringer med prioritering mellom tiltak som kan realiseres innenfor kommunens økonomiske rammer.

Gitt utfordringene som samfunnet og kommunen står overfor, må det endringer til for å møte framtidens behov for helse- og omsorgstjenester. De demografiske utfordringene kan ikke alene løses med bygging og drift av nye omsorgsboliger og sykehjem, etter samme modell som i dag.

Det er behov for nye, innovative tiltak og løsninger. Det totale tilbudet av tjenester og botilbud må utvikles på en økonomisk og personellmessig bærekraftig måte, slik at alle som har behov for bistand, får det.

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 er en langtidsplan for botilbudet innen heldøgns omsorg for eldre og syke i Fredrikstad kommune. Særskilte botilbud for personer med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer omfattes ikke av denne planen.

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 er behandlet i to omganger. Del 1, som omfattet kunnskapsgrunnlag, mål og strategier, ble behandlet i 2021. I 2022 behandles hele planen samlet, inkludert del 2, om byggutvikling.

Mål og strategier fokuserer på viktigheten av forebyggende og helsefremmede tiltak, kombinert med økt tilrettelegging og mangfold i boligtilbudet og flere hjemmebaserte tjenester, for å redusere behovet for tradisjonelle institusjonstilbud. Samtidig er det strategisk viktig å sikre tilstrekkelig tilgang til både korttidsopphold i institusjon og botilbud med heldøgns tjenester, som ivaretar både likeverdige, trygge og effektive tjenester, og miljømessig bærekraft.

Med utgangspunkt i at de beskrevne målsettingene og strategiene i denne planen påvirker behovet for langtidsplasser som forventet, estimeres behovet i 2040 å være rundt 700 boenheter med heldøgns bemanning. Disse fordeles på korttids- og langtidsplass i institusjon, og omsorgsboliger med bemanning. Dette tilsvarer tilnærmet samme antall plasser for langtidsopphold som i dag, samtidig som antall korttidsplasser øker. Planen anbefaler å satse på utvikling av fire hovedsentra, med sykehjem, omsorgsboliger og personalbaser til hjemmesykepleie lokalisert i nærheten av hverandre. I tillegg videreføres de sykehjemmene som har god standard og forutsetninger for effektiv drift.

Som grunnlag for planen ble det gjennomført et omfattende planarbeid i 2017 og 2018, med bred involvering. Involvering og medvirkning er gjennomført i form av interessentmøter med sentrale aktører i kommuneorganisasjonen – for å avdekke ulike behov opp mot planens avgrensning, studiebesøk og møter med ressurspersoner, og seminarer for inspirasjon og innspill til behovsvurderinger, mål/strategier og konseptvalg. Det ble i august 2018

gjennomført to medvirkningsdager, der alle innbyggere og politikere i Fredrikstad kommune ble invitert til å komme med innspill til planarbeidet. Gjennom hele planprosessen har det vært tett dialog med Husbanken, som har deltatt på, og vært bidragsyter til, alle arbeidsseminarene.

2 Avgrensinger

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 er forankret i Fredrikstad kommunes planstrategi 2021–2023, vedtatt i bystyret 17.6.2021. I tråd med planstrategien skal planen omfatte utredning og planlegging av riktig dimensjonerte og framtidsrettede helse- og omsorgsbygg, som inngår i tilbudet til eldre, for å møte et økt behov som forventes framover mot 2030 og 2040.

Planen omfatter både rehabilitering og nybygg, og skal sikre en bygningsmasse som er riktig dimensjonert, plassert og fleksibel for framtidens behov.

I tillegg til sykehjem og omsorgsboliger til eldre og syke, har kommunen et betydelig antall omsorgsboliger med tilknyttede tjenester tilrettelagt for innbyggere med utviklingshemninger og for psykososial rehabilitering. Organiseringen av bo- og tjenestetilbudet på disse områdene vil bli behandlet i særskilte planer, og utdypes ikke nærmere i denne planen.

Mål, strategier og tiltak i plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 skal danne grunnlag for utrednings- og prosjekteringsarbeid, og følges opp i de årlige rulleringene av økonomiplan og budsjett.

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 består av:

Kunnskapsgrunnlag, mål og strategier. Del 1, som beskriver utfordringer og utviklingstrekk, gir en oversikt over dagens botilbud, presenterer tilstands- og egnethetsvurderinger av bygningsmassen, og fastsetter mål og strategier. Dette utgjør planens kunnskapsgrunnlag.

Kunnskapsgrunnlaget viser til flere strategier for å møte det framtidige behovet for botilbud med heldøgns omsorg. Fordi antall tjenestemottakere forventes å øke betydelig i årene som kommer, må helse- og velferdssektoren tenke nytt.

Byggutvikling. Del 2 om byggutvikling bygger på mål- og strategidelen, og beskriver konkrete byggrelaterte tiltak for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns tjenester som skal utredes og gjennomføres i perioden fram mot 2040, herunder prioriteringer for bruk og finansiering av sykehjemsplasser.

Kapitlet om byggutvikling tar utgangspunkt i ulike scenarier for framtidens struktur for helse- og omsorgsbygg, basert på LCC-beregninger for byggene (beregning av levetidskostnader).

3 Planarbeidet

3.1 Politisk forankring

Helse- og velferdsutvalget vedtok 24.9.2014, i sak 46/14: «Planlegging av nye sykehjemsbygg som følge av befolkningsutviklingen prioriteres.»

Planstrategi 2021–2024, vedtatt i bystyret 17.06.2021, beskriver plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 slik: «Plan for utredning og planlegging av riktig dimensjonerte og framtidsrettede helse- og omsorgsbygg, som møter økningen i behov som forventes mot 2030 og 2040. Planen omfatter både rehabilitering og nybygg.»

3.2 Arbeidsprosess

Arbeidet med *plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040* startet opp i 2017, i samarbeid mellom seksjonene Helse og velferd, Teknisk drift, Økonomi og organisasjonsutvikling og Kultur, miljø og byutvikling. Konsulenter fra prosjekt- og byggelederfirmaet Opak ble engasjert for å ivareta prosessledelse og konseptvalgutredning.

Planarbeidet har involvert ledere, fagmedarbeidere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud i kommuneorganisasjonen gjennom deltakelse i workshops og seminarer.

I august 2018 ble det gjennomført to medvirkningsdager for innbyggere og politikere. Både interne og eksterne aktører var tilstede for å informere om tjenester og virkemidler. Hensikten var å få innbyggernes innspill til framtidens omsorgstjenester. Et gjennomgående spørsmål var «hva er viktig for deg?»¹.

Gjennom interessentanalyser har sentrale interessenter blitt kartlagt og intervjuet, og deres behov har blitt vurdert inn i prosessen.

Husbanken har vært involvert i planarbeidet. Dette har vært spesielt viktig for å videreutvikle et allerede godt samarbeid, og for å forstå de muligheter som finnes, i felles diskusjon og konseptutvikling. Prosessen har skapt en felles forståelse for muligheter og handlingsrom som finnes, både hos kommunen og innenfor Husbankens virkemidler.

Det er kartlagt teknisk *tilstand* for bygg i Fredrikstad kommune som har heldøgns tjenester med målgruppe eldre. Det er estimert *investeringsbehov* for å få oppgradert byggene til dagens standard. Både kortsiktige og langsiktige løsninger er estimert. Samtidig er byggenes *egnet* som sykehjem/omsorgsboliger vurdert.

¹ Hva er viktig for deg? – En retningsendring: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>

4 Statlige og kommunale føringer

Et overordnet nasjonalt mål er at alle i Norge skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Planens mål og strategier tar utgangspunkt i nasjonale og lokale styringsdokumenter, som utgjør det sentrale regelverket for tjenestetilbudet i kommunen. De styrende føringene gis i form av lover og forskrifter og i nasjonale planer og strategier.

Under gis en kort beskrivelse av de føringene som anses som mest relevante.

4.1 Lover og forskrifter

Kommunen plikter å sørge for et faglig forsvarlig tilbud av helse- og omsorgstjenester. De viktigste formelle føringene ligger i helse- og omsorgstjenesteloven, og i lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende².

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven har kommunen plikt til å tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester i de tilfeller der det vurderes at dette er nødvendig for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Som følge av innføring av samhandlingsreformen fra 2012, forplikter helse- og omsorgstjenesteloven kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Den lovpålagte lokale forskriften om tildeling av langtidsopphold skal tydeliggjøre retten til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Innbyggere som i enkeltvedtak tildeles langtidsopphold i sykehjem, vil i Fredrikstad kommune få eget vedtak om de helse- og omsorgstjenester som skal gis under oppholdet. Den lokale forskriften beskriver hvilke kriterier og vurderingsmomenter kommunen legger til grunn for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende tilbud, og hvordan kommunen skal følge opp de som står på vurderingsliste til slikt opphold.

4.2 Samhandlingsreformen – Meld. St. 47 (2008–2009)

Stortinget ønsket med samhandlingsreformen å dempe behovsveksten for sykehustjenester, og tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling mellom stat og kommune. Kommunene ble, som følge av reformen, pålagt et større ansvar. Fra 1.1.2012 fikk kommunene ansvaret for å ta imot utskrivningsklare somatiske pasienter fra første dag pasienten er registrert som ferdigbehandlet og utskrivningsklar fra sykehuset. Fra 1.1.2016 ble kommunene pålagt å opprette et nytt døgntilbud i form av kommunale, akutte døgnplasser, såkalte KAD-senger, til pasienter med øyeblikkelig behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse eller behandling.

² Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester m.m., Fredrikstad kommune, Østfold. <https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2017-06-15-866>

Kommunal plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer ble innført 1.1.2017. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble innført fra 1.1.2019.

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen inngikk Fredrikstad kommune langsiktige leiekontrakter for etablering av et nytt helsehus i Fredrikstad, med Fredrikstad kommune og Sykehuset Østfold HF som store leietakere, i tillegg til flere private aktører. I løpet av første halvår 2014 ble 32 nye kommunale sengeplasser tatt i bruk i helsehuset, hvorav 11 plasser er kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger), der én av disse plassene disponeres av Hvaler kommune.

4.3 Leve hele livet – Meld. St. 15 (2017–2018) En kvalitetsreform for eldre

Stortingsmeldingen *Leve hele livet* ble behandlet og vedtatt 20. desember 2018. Oppstart for reformen var 1.1.2019. Regjeringens formål med reformen var å heve kvaliteten på tjenestene som tilbys eldre. Basert på praktiske erfaringer fra ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere, peker stortingsmeldingen på forhold som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til en trygg, verdig alderdom.

Leve hele livet beskriver 25 konkrete og utprøvde løsninger på fem områder, der det finnes rom for kvalitetsheving:

- Et aldersvennlig Norge
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene

Fredrikstad kommune har til hensikt å utvikle kvaliteten på tjenestene som tilbys eldre, i tråd med kvalitetsreformen.

Bystyret vedtok 24.3.2022 strategi for Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre i Fredrikstad.

Satsingen på *Leve hele livet* vil få betydning for boligene som skal være en del av tjenestetilbudet i årene som kommer, da hvordan vi bor i stor grad påvirker måten vi lever på. Boligen og omgivelsene kan være avgjørende for hvordan vi mestrer hverdagen når helsen svikter.

Med en stadig økende levealder må kommunen gi flere heldøgns helse- og omsorgstjenester i eget hjem, og det må skje en vridning, fra institusjonstjenester til tjenester i hjemmet, både for eldre og alvorlig syke.

4.4 Kommunale planforutsetninger

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 er utarbeidet med utgangspunkt i en rekke andre planer i Fredrikstad kommune. *Kommuneplanens samfunnsdel* ble vedtatt i bystyret i mai 2018, for perioden 2018–2032. *Kommuneplanens arealdel* ble vedtatt i juni 2020, og rulleres fram mot 2023. Disse planene er førende for alt arbeid i perioden.

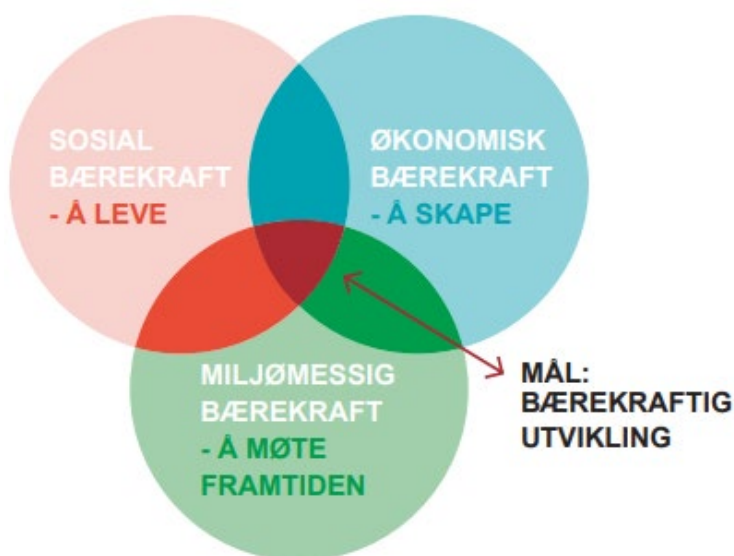
Kommunedelplan for helse og velferd 2016–2027 er den mest sentrale planen som ligger til grunn for arbeidet med *plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040*, fordi den dekker alle tjenestetilbudene innen helse og velferd. I tillegg har flere vedtatte og planlagte fag-/temaplaner grenseflater mot denne planen.

- Kommunedelplan for folkehelse 2015–2018/2026
- Demensplan 2019–2026
- Plan for psykisk helse og rusmestring 2019–2026
- Boligplan 2022–2030 – oppstart i 2021
- Aktive liv i Fredrikstad. Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og marka
- Plan for e-helse og velferdsteknologi – oppstart i 2021
- Arbeidsgiverstrategi fram mot 2030
- Strategi for Smart Fredrikstad
- Innovasjonsstrategi for Fredrikstad kommune
- Plan for mestring, rehabilitering og habilitering 2016–2023
- #LeveMittLiv – Plan for livslange tjenester, livsmestring og levekår for mennesker med nedsatt funksjonsevne 2021–2028

4.4.1 Fredrikstad mot 2030 – kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel framhever viktigheten av å se utviklingen av tjenestene i et bærekraftperspektiv. Begrepene å leve, å skape og å møte framtiden brukes for å beskrive sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft. Tjenestetilbudet er kun bærekraftig om alle elementer av økonomisk, sosial og miljømessig bærekraft blir sett i sammenheng, som vist i figuren under. Kommunens tjenester må være økonomisk bærekraftige. Kommuneplanen framhever at dette er avhengig av at innbyggerne opplever økende grad av egenmestring.

Innsatsområdene for framtiden i Fredrikstad (hentet fra kommuneplanens samfunnsdel – Fredrikstad mot 2030):



I kommuneplanens samfunnsdel er det utarbeidet en arealstrategi. Arealstrategien sier at byomformingsstrategien utarbeidet i 2006 fremdeles skal ligge til grunn i byutviklingen. Strategien peker på de tre tyngdepunktene Gamlebyen, FMV og kollektivknutepunktet på

Grønli som viktige bærebjelker i byutviklingen. Elva som transportåre og viktig byrom knytter tyngdepunktene sammen. Arealstrategien danner grunnlaget for kommuneplanens arealdel.

4.4.2 Kommuneplanens arealdel

Kommuneplanens arealdel viser sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk gjennom plankart, bestemmelser og planbeskrivelse. Den angir rammer og betingelser for hvilke nye tiltak og ny arealbruk som kan settes i verk, og hvilke hensyn som må ivaretas ved disponeringen av arealene.

4.4.3 Boligplan 2022–2030

Kommunens nye boligplan 2022–2030 skal bli en plan for framtidig målrettet boligpolitikk og tiltak som skal tilrettelegge for godt boligsosialt arbeid og god utnyttelse av virkemidler og ressurser.

Planens hovedformål er definert slik:

- Se den «ordinære boligpolitikken» og den «sosiale boligpolitikken» i nær sammenheng.
- Beskrive de muligheter og utfordringer som utviklingen av boligmarkedet får for samfunn og innbyggere.
- Adressere tiltak som bidrar til at flest mulig av kommunens innbyggere på egenhånd kan skaffe seg en god bolig, som forebygger at flere blir vanskeligstilte på boligmarkedet og som sikrer god og effektiv hjelp fra kommunen til de som ikke selv klarer å skaffe eller beholde bolig på egenhånd.

Planen skal ha tre fokusområder; bolig, tjenester og boligsosial politikk. Dette er knyttet til mål og tiltak i nasjonal strategi 2021–2044, og til overordnet planverk; sosial-, økonomisk- og miljømessig bærekraft og tilhørende innsatsområder. Planen skal erstatte tidligere boligsosial plan og kommunedelplan bolig – boligpolitisk plan.

4.4.4 Aktive liv i Fredrikstad

Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og marka er en strategiplan som i korte trekk oppsummer:

- Status
- Utfordringer
- Ønsket utvikling for de ovennevnte temaene i en planperiode på 12 år

Fredrikstad er byen med et aktivt idrettsliv. Det er dugnad og frivillighet, og det er kompetanse. Det er også hverdagsmennesker og de som søker utfordringer på egne premisser. Det er identitet og stolthet, og det er mangfold. Det er elv og kyst og bynært friluftsliv. Dette, blant mye annet, er "det lille" som gjør Fredrikstad til den flotte byen den er, og det er kvaliteter vi må ta vare på og styrke. Både i dag og i framtiden.

Kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og marka 2019–2031 gir retning for dette arbeidet. Planen beskriver dagens anlegg, areal og aktivitetsstatus, samt hvilke temarelaterte utfordringer kommunen står overfor, og hva som bør vektlegges i planperioden for at nærmiljøene og en samlet by kan tilby et variert og tilfredsstillende aktivitetstilbud for alle som bor i Fredrikstad.

4.4.5 Kommunedelplan for helse og velferd 2016–2027

Kommunedelplan for helse og velferd utdyper mål og verdier i kommuneplanen, og er et overordnet styringsdokument, med mål om å gi best mulig helse- og velferdstjenester til innbyggerne i kommunen.

I planen er det fastsatt tre langsiktige, overordnede mål for helse og velferd:

- Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv
- Alle bor trygt, i egnet bolig
- Helse- og velferdstjenestene er likeverdige, trygge og effektive

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 bygger på disse tre målsettingene, ved at mål 1 og 2 er satt som mål også for denne planen, mens mål 3 er utgangspunkt for et nytt, tematilpasset mål.

4.5 Økonomiske rammebetingelser og handlingsrom

Kommunens økonomiske handlingsrom er de midler som det både er mulig å allokere, og ønskelig å prioritere, til investeringer i helse- og omsorgsbygg, i konkurranse med øvrige kommunale ønsker og behov. Handlingsrommet setter premisser for hvilke muligheter kommunen har til dette formålet.

Ifølge regjeringens perspektivmelding (Meld. St. 14 (2020–2021)) vil det oppstå et økende finansierungsbehov i offentlig forvaltning framover, som betyr at budsjettene må styrkes ved økte inntekter eller reduserte utgifter.

I likhet med de fleste andre kommuner i Norge, har Fredrikstad kommune relativt liten egenkapital, slik at kommunens investeringer hovedsakelig må lånefinansieres. Økonomiplan 2022–2025 peker på at dette ikke er en bærekraftig situasjon, og at det må etableres nye løsninger i balanse, for å møte framtiden med bærekraftig økonomistyring.

De økonomiske utfordringene til kommunen reflekteres også i dekningsgraden for sykehjemsplasser. Fredrikstad bruker mindre ressurser på heldøgns omsorgsplasser enn andre sammenlignbare kommuner.

Netto gjennomsnittlig driftskostnad for en sykehjemsplass i Fredrikstad kommune er i overkant av 1,1 millioner kroner.

4.5.1 Sammenlikningstall for helse- og omsorgstjenester til syke og eldre over 67 år

I kommunerapport for ASSS³-nettverket 2020 (KS, 2021) framkommer følgende:

- Utgiftene til hjemmetjenestene til innbyggere over 67 år lå under gjennomsnittet for ASSS-kommunene i 2020. Per mottaker lå Fredrikstad 6 prosent under, og per innbygger 7 prosent under snittet i nettverket.
- Fredrikstad lå 12 prosent over snittet, og høyest av alle ASSS-kommunene, på andel brukere i institusjon med omfattende bistandsbehov (langtidsopphold).

³ ASSS – Aggregerte Styringsdata for Sammenliknbare Storkommuner <https://www.ks.no/asss-hjem/>

- Når det gjelder utgifter per oppholdsdøgn i institusjon lå Fredrikstad 5 prosent under snittet i ASSS-nettverket i 2020.
- Andelen eldre over 80 år som bor i institusjon eller bolig med heldøgns omsorg, lå 22 prosent under gjennomsnittet for ASSS i 2020.
- Andelen som mottok hjemmetjenester (80+) var i 2020 på 3 prosent over snittet.

BDO AS har, på oppdrag fra Fredrikstad kommune, gjennomført en analyse av Fredrikstad kommunes regnskap for 2021 (BDO: KOSTRA-analyse). Der framgår det at kommunens dekningsgrad for sykehjem (plasser i institusjon i prosent av innbyggere på 80 år og over) på 16,5 prosent er noe lavere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 12 (18,3 prosent) og ASSS-kommunene (18,4 prosent).

I Fredrikstad kommune bor kun 0,5 prosent av innbyggerne som er 80 år eller eldre i bolig med heldøgns bemanning, som er lavest i sammenlikningsutvalget. Samlet dekningsgrad for sykehjem og bolig med heldøgns bemanning var i 2020 på 11,9 prosent.

Andelen innbyggere på 80 år og over som er brukere av hjemmetjenester var i 2021 på 26,1 prosent, som er om lag på samme nivå som for KOSTRA-gruppe 12 og ASSS-kommunene. Dette er en reduksjon fra 29,6 prosent i 2018.

4.5.2 Kommunenes økonomiske virkemidler i tjenestetilbudet

Den eldre befolkningen er en stor bruker av helsetjenester, og den økte andelen og antallet eldre i perioden fram mot 2040 forventes å gi en økt økonomisk utfordring for kommunen.

Verken Husbanken, eller staten for øvrig, gir særskilte tilskudd til drift av sykehjemsplasser. En økning av det samlede antallet heldøgns omsorgsplasser i drift må kommunen altså finansiere selv, ved prioritering innenfor den samlede årlige budsjettrammen.

Kommunene må forholde seg til ulike regler når det gjelder mulighet til å ta betalt for tjenester i og utenfor institusjon.

Hjemmesykepleie og tjenester til personlig stell og egenomsorg er gratis, mens kommunen kan ta betaling for langtidsopphold i institusjon. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrullet et fribeløp, kan det kreves betalt opptil 75 prosent årlig. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent. Det skal gjøres fradrag i beregningen av vederlaget, dersom beboeren har forsørgeransvar eller på grunn av hensynet til hjemmeboende ektefelle. For korttidsopphold i institusjon kan kommunen kreve egenandel som fastsatt i forskrift.

Fakta: Sverige og Danmark – fra institusjon til omsorgsboliger

Det kan være nyttig å se til våre naboland når det gjelder utvikling av helse- og velferdstilbud.

Sverige og Danmark avviklet sine institusjoner i eldreomsorgen fra omkring 1990, til fordel for omsorgsboliger. Utviklingen i nabolandene kan brukes som referanse for hvordan det er mulig å åpne for en mer individualisert omsorg, mer normaliserte boformer, og en ny grense mellom det offentlige og private ansvaret.

En slik utvikling vil kunne skje ved å begrense kommunens ansvar til de tjenestene som ytes, og ved å framheve at boligen i prinsippet er et personlig ansvar. Særlig vil dette være relevant framover ettersom det forventes at de kommende generasjonene får bedre helse og økonomi, og at flere i større grad planlegger for alderdommen.

4.5.3 Program #bærekraft25

Fredrikstad kommune er i vekst, og står foran store utfordringer. Sett opp mot det økonomiske handlingsrommet, har kommunen et for høyt kostnadsnivå, samtidig som etterspørselen etter tjenester stadig øker. Finansieringsbehovet samsvarer ikke med finansieringsevnen. Samtidig har kommunens innbyggere større levekårsutfordringer enn snitt.

De demografiske endringene vil øke presset på velferdstjenestene i samfunnet framover, og det vil ikke være verken sosialt eller økonomisk bærekraftig å løse oppgavene på samme måte som i dag. Økte brukerkrav og forventninger, kombinert med antatt flere tjenestemottakere, forholdsmessig færre hoder og hender å spille på, og strammere økonomi, vil gi utfordringer med prioritering mellom tiltak som skal realiseres innenfor kommunens økonomiske rammer.

For å møte utfordringene, og legge til rette for en bærekraftig innretning på tjenesteproduksjonen og forsvarlig økonomistyring i perioden, har Fredrikstad kommune igangsatt program #bærekraft25. Programmet beskriver mulige innsparingstiltak innen helse og velferd på 260 millioner kroner i perioden 2022 til 2025.

Arbeidet med å utvikle bærekraftige tjenester innenfor et redusert økonomisk handlingsrom er utfordrende, men på samme tid viktig for en kommuneorganisasjon som stadig må være i endring. Fokus på innovasjon i tjenesteutviklingen, kontinuerlig fornying, digitalisering og helhetsfokus vil hjelpe organisasjonen til å jobbe på tvers og skape framtidsrettede tjenester.

Omstilling og kostnadsreduksjon for å oppnå økonomisk bærekraft blir en nødvendig og krevende reise, som er avhengig av samspill, samskaping og forankring hos både innbyggere og medarbeidere.

For å lykkes med større og bærekraftige omlegginger i drift og tjenesteproduksjon, må både innbyggerne og medarbeiderne involveres og medvirke. Åpenhet og kommunikasjon, god planlegging, bred forankring og tilstrekkelig kompetanse, kapasitet, oppfølging og lederstøtte er andre viktige forutsetninger. Innsatsen til kommunens over 300 medarbeidere med lederoppgaver vil, sammen med et hundretalls HMS-grupper med tillitsvalgte og verneombud, være av avgjørende betydning for å lykkes med planlegging og gjennomføring av de tiltak som vedtas.

Program #bærekraft25 skal ligge til grunn for kommunens arbeid med utvikling, fornying, omstilling og kostnadsreduksjon i planperioden fram mot 2025.

4.5.4 Økonomiplan 2022–2025 og budsjett 2022

Økonomiplan 2022–2025 framhever den økningen i behovet for helse- og omsorgstjenester vi kommer til å se de kommende årene. Erfaringene de siste årene er at kommunen kontinuerlig får nye, økte og endrede tjenestebehov.

Det er ikke mulig å se for seg at framtidens omsorg bare skal innebære å skalere opp de modellene vi har i dag. Verken kommuneøkonomien eller samfunnsøkonomien vil kunne tåle det. Det vil medføre enorme investeringskostnader, med tilhørende kraftig økning i driftsutgifter og personalbehov. Per nå er det svært få folkevalgte, samfunnsplanleggere eller fagfolk som anbefaler en slik strategi.

Det er derfor viktig å satse på tiltak som gir folk gode liv lenger. Vi må satse på forebygging og tidlig innsats for de yngre eldre.

Løsningen er ikke flere institusjonsplasser, men en dreining av ressurser i retning av mer hjemmebaserte og ambulante tjenester og en økning av aktivitets- og avlastningstilbudet for hjemmeboende, med mål om å understøtte og utløse ressurser hos brukeren selv.

Dreiningarbeidet, fra pleie- og omsorgsfokus til mestrings- og (re)habiliteringsfokus, er godt i gang, men må intensiveres. Eksempler på satsingsområder er innføring av mestringskultur, rehabilitering, velferdsteknologiske løsninger, helsevakten, trygghetspatruljen, økt bruk av ambulante tjenester, ambulerende dagtilbud for personer med demens, tidlig psykisk helsehjelp og tiltaket unge i arbeid.

Den økonomiske situasjonen i Seksjon for helse og velferd er i økende grad utfordrende. Utfordringene ses i sammenheng med økt tjenestevolum, nye rammebetingelser, mindre effekt enn forutsatt av vedtatte innsparingstiltak og kompleksitet innen lovpålagte oppgaver.

I økonomiplan 2022–2025 er seksjonen styrket med 25 millioner kroner fra 2023 til en økning av antall sykehjemsplasser i drift. Det skal finansiere driften av 30 nye sykehjemsplasser (netto tilvekst).

Plan for helse- og omsorgsbygg vil være retningsgivende gjennom å foreslå prioriteringer av finansiering og bruk av sykehjemsplasser framover mot 2040. Tiltak som foreslås i planen skal gi grunnlag for videre utrednings- og prosjekteringsarbeid, og skal følges opp i de årlige rulleringene av økonomiplan og budsjett.

Antall sykehjemsplasser i drift 2021–2025

	Status/framskriving				
	2021	2022	2023	2024	2025
Status ¹⁾	597	597	597	597	597
Antall omsorgsboliger med døgn tjenester	88	88	88	88	88
Tilvekst av fysiske sykehjemsplasser (utbygging)	0	0	120	120	120
Bortfall av uegnede sykehjemsplasser i drift	0 ¹⁾	0	-90	-90	-90
Totalt antall døgnplasser i drift	685	685	715	715	715

Note: 1) Kommunale akutt plasser (KAD-senger) ikke medregnet (11 plasser).

Framskrivning av antall plasser med heldøgns omsorg.

4.5.5 Statlig finansiering – Husbankens investeringstilskudd

I 2008 ble det statlige investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger innført. Formålet er å stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger, ved at staten tar en del av regningen⁴. I 2014 økte regjeringen den statlige tilskuddsandelen fra 35 til 50 prosent.

Fra 2022 er det innført et plankrav når kommunene søker på investeringstilskuddet. Kravet skal bidra til at kommunene får bedre kunnskap om egen situasjon og til at de utvikler planer for å møte behovene for det framtidige bo- og tjenestetilbudet.

⁴ <https://husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/>. Ytterligere informasjon om netto tilvekst (i veilederen søknadsprosess og bruk av investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger): https://husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder_2012/ovrige_vilkaar/#tilvekst

Investeringsstilskuddet gis i dag kun til institusjoner og boliger der det gis *heldøgns omsorg*. I juni 2021 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring forslag om å gjennomføre en pilot med investeringsstilskudd til *trygghetsboliger*. Begrunnelsen er at den demografiske utviklingen med stadig økende levealder og høyere andel eldre krever bedre tilrettelegging for bærekraftige løsninger. Tiltak må settes inn tidligere i omsorgsforløpet, slik at personer med begynnende tjenestebehov kommer tidlig inn i tilrettelagt bolig. En trygghetsbolig er en selvstendig husholdning, som gir god ramme for å leve et selvhjulpent liv, samtidig som en gjennom felles oppholdsarealer og trygghetsvert gir sosiale og fysiske tilbud. Ordningen foreslås fastsatt som en forskrift, og piloten vil gjennomføres i distriktskommuner.

De siste årene er det innført flere endringer i reglene for ordningen. Denne planen tar utgangspunkt i dagens gjeldende regler, og det påpekes at framtidige endringer av tilskuddsordningen kan medføre et mer begrenset omfang av tilskuddsmidler for kommunen.

Fra 1. januar 2019 gis investeringsstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger over to poster i statsbudsjettet.

4.5.5.1 Post 63 Investeringsstilskudd – rehabilitering

Midler på post 63 Investeringsstilskudd – rehabilitering mv. kan gå til:

- Rehabilitering (ombygging og utbedring, ikke vedlikehold)
- Utskifting av eksisterende plasser
- Oppføring av nye plasser som ikke gir netto tilvekst
- Dagaktivitetstilbud og andre tiltak for å forbedre og fornye tilbudet uten at det gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.

4.5.5.2 Post 69 Investeringsstilskudd – netto tilvekst

Midler på post 69 Investeringsstilskudd, netto tilvekst, skal kun gå til heldøgns omsorgsplasser som gir netto tilvekst i antall plasser i drift. Med netto tilvekst menes at alle plasser som får tilskudd, kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Kommuner som mottar tilskudd kan ikke avvikle eksisterende plasser samtidig som nye tilskuddsfinansierte plasser tas i bruk. Det legges til grunn at prosjektet som mottar tilskudd fra post 69 skal gi netto tilvekst i minst 10 år fra søknadstidspunktet.

4.5.5.3 Prosjekter med delvis netto tilvekst

Det kan søkes tilskudd fra begge postene i kombinasjon til prosjekter med delvis netto tilvekst. Kommunen kan i slike tilfeller sende inn én forespørsel/søknad via Husbankens søknadsportal (Ekstranettet). I søknaden blir kommunen bedt om å fordele kostnadene prosentvis på den delen av prosjektet som gir netto tilvekst og den delen som ikke gir netto tilvekst.

Det vil være ulike forhold som påvirker om et prosjekt representerer null, delvis eller ren netto tilvekst. Oppføring av et nytt bygg gir eksempelvis ikke ren netto tilvekst av heldøgns plasser dersom kommunen samtidig legger ned plasser i eksisterende bygg. Krav til netto økning må ses i forhold til totalt antall plasser i drift i kommunen.

5 Utfordringer og utviklingstrekk

5.1 Levekår og sosial ulikhet

Det er levekårsutfordringer og økende sosiale ulikheter i Nedre Glomma-regionen, knyttet til blant annet utdanning og inntekt. I Fredrikstad dominerer helseutfordringer som overvekt, lite fysisk aktivitet, rus og tobakk. Også en del livsstilssykdommer har høyere forekomst i Fredrikstad og Nedre Glomma-regionen enn på landsbasis.

Ny kunnskap, blant annet levekårskartleggingene i 2018 og 2020, og helseoversikten 2019, har vist oss at noen av Fredrikstadsamfunnets utfordringer er forsterket. Ikke minst gjelder dette for sosial ulikhet i helse, som fortsatt er Fredrikstadsamfunnets største folkehelseutfordring og dermed også en stor utfordring for bærekraften i samfunnet vårt.

Det er flere mål på sosial ulikhet. Andelen barn som lever i lavinntektshusholdninger er én indikator, hvor utviklingen har gått i uønsket retning og utfordringene forsterkes.

Fra helseoversikten utarbeidet våren 2020 ser vi at en større andel av innbyggerne i Fredrikstad enn på landsbasis har lav utdanning og yrkestilknytning. Dette forklarer en del av bildet med høy grad av uhelse i Fredrikstad. Samtidig ser vi at alle sosioøkonomiske grupper i Fredrikstad ligger dårligere an enn tilsvarende grupper ellers i landet, når det gjelder mange folkehelseforhold. Derfor er målet å utvikle Fredrikstad bærekraftig, med helsefremmende utvikling på alle områder som påvirker folkehelsen positivt.

Blant mottakere av sosialhjelp er det registrert et endret sykdomsbilde, med en økning av personer med kroniske og sammensatte sykdommer. Dette representerer en utfordring for helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og dagens tjenesteinnretning er ikke bærekraftig på lang sikt.

5.2 Flere eldre, færre yrkesaktive og omfattende bistandsbehov

Fredrikstad vil, i likhet med resten av landet, få en økt andel eldre framover, samtidig som andelen yrkesaktive synker. Andelen personer på 80 år og eldre er forventet å dobles innen 2040.

Mange av tjenestemottakerne med heldøgns omsorgstjenester i Fredrikstad kommune har høy ADL-score⁵, og dermed et omfattende behov for bistand. I en rapport fra eldrerådets besøk på alle sykehjem i kommunen i 2017 framgår det at 48 prosent av brukerne i 2016 hadde en ADL-score på over 4,5. Samme analyse viser at 83 prosent av beboerne har en demensdiagnose. Dette krever særlig tilpassede boforhold, med tjenester utført av faglig kompetent personell.

Antallet eldre med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse øker. Eldre med rus- og psykiatrilidelse finner seg ikke alltid til rette på ordinære sykehjem. Sykehjemmene er heller ikke rustet for å møte beboere med slike utfordringer. Det er behov for tilpassede avdelinger for denne brukergruppen.

⁵ ADL måler graden av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter og brukes av helsepersonell til å måle funksjonsgraden til en person. ADL-score uttrykkes på en skala fra 1-5, der 1 er bra og 5 er dårlig.

5.3 Oppgaveoverføring og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Samhandlingsreformen stiller økende krav til kommunene i form av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Fredrikstad kommune inngikk en overordnet samarbeidsavtale med Sykehuset Østfold HF i september 2012. Gjennom årlige handlingsplaner ivaretas i hovedfokuset på implementering/forankring og videreutvikling av avtalen.

Samhandlingsreformen har ført til økt fokus på pasientenes tilhørighet i kommunen, på helhetlige pasientforløp og på raskere utskriving av pasientene fra spesialisthelsetjenesten og tilbake til kommunen. Det er etablert kommunale akutte døgnplasser, såkalte KAD-senger, og det er innført plikt til etablering av *øyeblikkelig hjelp døgntilbud* også for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer.

Samhandlingsreformen har medført en voldsom endring i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten har flyttet omfattende og kompetansekrevende oppgaver til kommunene i stort omfang, og har endret både brukergruppe og behov i både hjemmetjenesten og korttidsplasser i institusjon. Dette medfører økt behov for avansert medisinsk behandling i hjemmet, flere korttidsplasser og økt kompetanse.

5.4 Kommunens boligstruktur og boligmasse

I Fredrikstad i dag er det en forholdsvis stor variasjon av boligtyper. Eneboligandelen har gått jevnt og trutt ned de siste årene. Til tross for dette er eneboligandelen fortsatt høy, sammenlignet med andre byer lik oss.

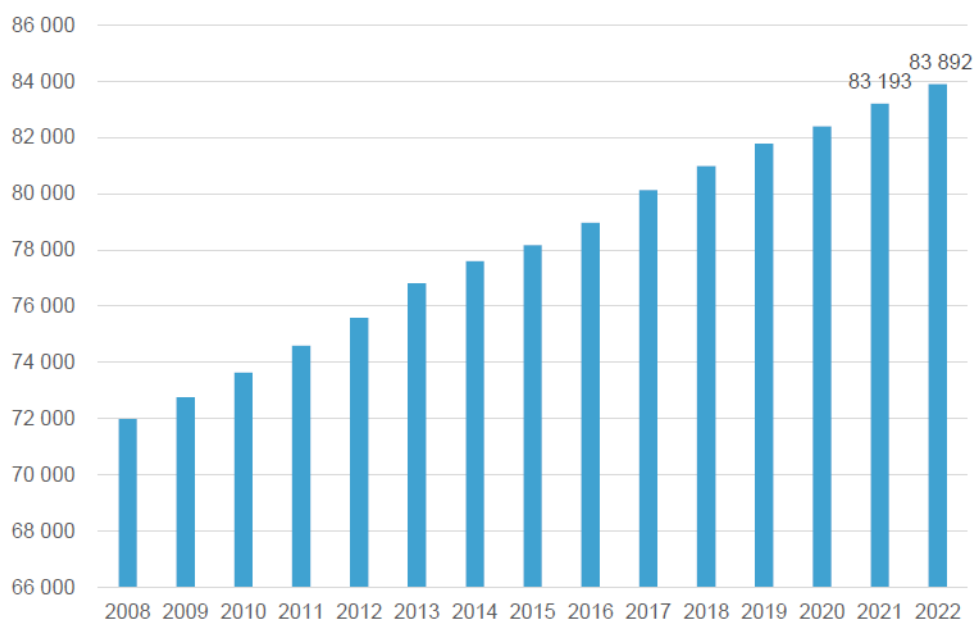
Eldre er oftere aleneboende. Dersom den demografiske utviklingen med langt flere eldre, og boligtypesammensetningen, fortsetter som i dag, vil det fortsatt være behov for å bygge leiligheter tilpasset enslige/mindre husholdninger. Dette ser det ut til at markedet også responderer på. Det er viktig å sørge for å ha en stor variasjon av boligtyper å tilby, både når det gjelder typologi og lokalisering.

En fortettingsstrategi utarbeidet som et grunnlagsdokument for kommuneplanens arealdel framhever at det har vært en trend at generasjonen 50+ flytter fra eneboliger til nyere sentrumsnære leiligheter. Dersom halvparten av dagens 50-65-åringer i Fredrikstad skulle ønske en slik løsning, ville dette gi en etterspørsel på omkring 4000 leiligheter for å dekke behovet fram til 2030.

5.5 Utvikling basert på befolkningsframskriving

Behov for investeringer i helse- og omsorgsbygg i framtiden har tradisjonelt blitt belyst med utgangspunkt i framskrevet befolkningsvekst.

Fredrikstad har over lang tid vært en kommune med positiv befolkningsvekst, i snitt rundt 1 prosent per år de siste 10 årene. Veksten i 2020 var på 0,9 prosent, og befolkningsveksten i 2021 på 0,84 prosent. Per 1. januar 2022 var det 83 892 innbyggere i Fredrikstad.



Antall innbyggere i Fredrikstad 2008–2022. Kilde: SSB.

Fredrikstad vokser hovedsakelig fordi det flytter flere inn til kommunene enn ut av kommunen (positiv nettoflytting). Fredrikstad er med andre ord en attraktiv kommune å flytte til. Fødselsoverskuddet (differansen mellom antall fødte og antall døde) er lavt, noe det har vært i lang tid.

Økonomiplanprognosen for 2022 tar hensyn til at fruktbarheten har sunket i Fredrikstad. Dette kan se ut som en mer langvarig trend, også over store deler av landet. Det ligger også inne en forutsetning om fortsatt god bostedsattraktivitet, til tross for en forventet lavere innvandring til Norge. Den gjennomsnittlige befolkningsveksten forventes å bli like under 1 prosent i perioden 2022 til 2033. Med disse forutsetningene vil befolkningen i Fredrikstad telle omlag 91.400 personer i 2030, og 93.800 i 2033.

5.6 Framskriving av behov

Helseøkonomisk analyse AS har, på oppdrag fra KS, utarbeidet et dimensjoneringsverktøy for bruk i kommunesektoren. Fredrikstad kommune har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppa som har vært med i utviklingsarbeidet.

Verktøyet viser effekten av ulike valg når det tas hensyn til befolkningsutvikling, hvordan folk bor i kommunen, hvilke tjenestetilbud som finnes og andre forhold, og gir dermed mulighet for å finne ut hvordan de ulike forutsetninger påvirker behovet for sykehjem og omsorgsplasser.

Verktøyet er utviklet for at kommunene enkelt skal kunne undersøke hvordan alternative forutsetninger om demografisk utvikling forventes å påvirke tjenestebehov. Verktøyet er fortsatt under utvikling.

5.7 Behov for utvikling av boligtilbudet

Trenden i helse- og omsorgssektoren de siste årene har vært å sette større fokus på å tilpasse tjenestene til hver enkelt tjenestemottaker. Stortingsmelding nr. 29 «Morgendagens omsorg» (2013) understreker kommunenes ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester, som møter den enkeltes behov.

De neste 20 årene vil, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013), være preget av en utvikling i sammensetningen av tjenestemottakere av heldøgns tjenester. Dette vil komme av flere faktorer, deriblant økt levealder og en økt andel eldre personer i befolkningen. Med økt levealder og den økte andelen eldre i befolkningen vil også antall personer med demens øke kraftig.

I tillegg til økt levealder og økt antall eldre generelt, kan vi forvente at personer med nedsatt funksjonsevne/psykisk utviklingshemming, samt personer med psykiske lidelser og/eller rusutfordringer, lever lenger enn tidligere. Dette vil medføre en større andel eldre personer med et komplisert sykdomsbilde, og med behov for et fleksibelt heldøgns tjenestetilbud. Det vil derfor være hensiktsmessig å planlegge for sykehjem som er store nok til å ha en rasjonell drift og samtidig være faglig robuste til å møte det vi forventer vil være brukernes behov for medisinsk behandling og pleie i årene som kommer.

Utvikling i sykdomsbilder, kombinert med demografiske endringer, vil kunne føre til et behov for større brukermedvirkning for å tilpasse tjenestene til den enkelte brukeren. Brukermedvirkning er i kommuneplan for helse og velferd 2016–2027 presentert som en strategi kommunen har for framtidige tjenestetilbud.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til økt tjenestekvalitet, og for å sikre mottakers livskvalitet. Økt bruk av velferdsteknologiske løsninger skal eksempelvis skje med høy grad av brukermedvirkning.

Den største målgruppen for heldøgns omsorgstjenester er eldre med demens, kognitiv svikt og/eller somatisk sykdom. Med eldre menes personer over 67 år, da det er denne aldersgruppen som forventes å ha en størst økning i årene framover.

I den sammenheng vil det legges til grunn faglig skjønn for å begrunne utviklingen i tilbud opp mot det framskrevne behovet. Det er blant annet forventet at bedret helsestatus for eldre og satsing på forebyggende tiltak (hverdagsmestring, hjemmetjenester, velferdsteknologi, boligutbygging med livsløpsstandard, mm.), vil kunne gi et redusert behov for plasser i omsorgssentre/sykehjem de nærmeste årene, sammenlignet med en framskriving av dagens tilbuds nivå.

Det private markedet og velferdsteknologi vil kunne avlaste en betydelig andel av boligbehovet. Det er imidlertid utfordrende å tallfeste hvor stor effekt disse faktorene vil få for en eventuell reduksjon i boligbehovet. Ifølge (SSB, 2018) kan det se ut til at den langsiktige tendensen med at flere får helsetjenester i hjemmet og færre får bare praktisk bistand fortsetter.

5.7.1 Interessentanalyse

I løpet av 2017 og 2018 ble det gjennomført en bred interessentanalyse med intervjuer av relevante aktører i kommuneorganisasjonen, som grunnlag for arbeidet med plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040. Oppsummeringen framkommer av tabellen under.

Behov	Beskrivelse
Likeverdige og trygge tjenester	Tilgang på like tjenester, uansett alder, kjønn eller etnisk bakgrunn. Tilgang på tjenester som bidrar til trygghet for alle.
Medvirkning	Muligheter for å påvirke eget behandlingsforløp.
Tilgjengelighet	Tilgang på kollektivtilbud, parkering og servicetilbud for både pårørende og brukere.
Individuell tilrettelegging	Dynamiske tjenester som følger endring i behovet hos brukeren. Tilrettelegging for å kunne bo hjemme lengst mulig.
Tilstrekkelig kapasitet	Dekke behovet for ulike botilbud til de forskjellige målgruppene. Intensivere tjenestetilbudet på forebyggende nivå.
Effektiv drift av bo- og tjenestetilbudet	Bo- og tjenestetilbudet i kommunen er utformet på en effektiv måte. Best mulig utnyttelse av kommunal boligmasse. Fleksible boliger. Lave vedlikeholdskostnader som følge av stramme økonomiske rammer.
Kvalitet i tjenestene	Brukererfaringer benyttes til å forbedre tjenestetilbudet. Riktig kompetanse hos fagpersonell.

Oppsummering av behov.

6 Sykehjem og omsorgsboliger – status

6.1 Dagens tilbud av sykehjem og omsorgsboliger

Dagens tjenestetilbud med heldøgns omsorg for syke og eldre i Fredrikstad kommune er i stor grad institusjonsbasert. Kommunen har relativt få bemannede omsorgsboliger for syke eldre. Blant tjenestemottakerne på sykehjem/omsorgssentre og i omsorgsboliger med heldøgns tjenester er demens, kognitiv svikt og/eller somatiske lidelser overrepresentert. Flere av kommunens sykehjem er spesielt tilpasset dette behovet.

En omsorgsbolig er en tilrettelagt og universelt utformet bolig for personer med nedsatt funksjonsnivå som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestene tilpasses løpende til funksjonsnivå og omsorgsbehov, med mål om å forebygge ytterligere funksjonstap og institusjonsopphold.

Målgruppen for omsorgsbolig er innbyggere som, på grunn av nedsatt funksjonsevne, ikke kan bo i egen bolig, selv med utbedring og tilrettelegging av hjemmeforholdene. Innbyggere med store og sammensatte behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester prioriteres til døgnbemannede omsorgsboliger. Ektefellene til innbyggere som er tildelt omsorgsbolig kan bo i boligen sammen med tjenestemottakeren, så lenge tjenestemottakeren lever.

Tabellen under viser en oversikt over samtlige sykehjem/omsorgssentre og omsorgsboliger som inngår i dagens tilbud til syke og eldre i Fredrikstad kommune. Oversikten omfatter ikke særskilte botilbud for personer med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer.

Nytt sykehjem i Onsøy – Onsøyheimen – er planlagt ferdigstilt mot slutten av 2022, med planlagt åpning ved starten av året 2023. Sykehjemmet vil inneholde 120 plasser. Det overføres 90 plasser fra dagens Fredrikstad korttidssenter.

Type plass	Antall plasser/enheter
Sykehjem/institusjon – langtidsopphold	462
Rolvsøy	41
Glemmen	75
Smedbakken	60
Solliheimen	58
Fjeldberg	52
Torsnes	25
Østsiden	88
Gressvik	63

Sykehjem/institusjon – korttidsopphold	114
Fredrikstad korttidssenter	90
Østsiden	24
Onsøyheimen – 120 plasser fra høsten 2023	
Omsorgsboliger med heldøgns bemanning	88
Faunsvei omsorgsboliger, Fauns vei 3 og 6	24
Fjeldberg omsorgsboliger, Floaveien 5	28
Østsiden eldresenter, Borgarveien 1	36
Øvrige omsorgsboliger til eldre	226
Smertulia omsorgsboliger, Johan Hansensvei 2	24
Grønlien omsorgsboliger, Råkkollveien 31	31
Lerkeveien omsorgsboliger, Lerkeveien 4-6	24
Manstad omsorgsboliger, Mandstadkroken 13	12
Slevik omsorgsboliger, Gamle Slevikvei 17	12
Faunsvei omsorgsboliger, Faunsvei 1, 8, 10, 12	30
Østsiden eldresenter, Borgarveien 1-3	28
Smedbakken omsorgsboliger, Ilaveien 96	15
Holmen eldresenter, Myragata 2	25
Glemmengaten 6	15
Prestegårdsgjeldet omsorgsboliger, Bjørnebyveien 3	10
Andre helsebygg – institusjon	21
Helsehuset (rehabilitering og korttidssenger)	21
SUM	911

Kommunen har en middels god dekning av spesielt tilrettelagte plasser i skjermet enhet for personer med demens, sett i forhold til sammenlignbare kommuner. Dekningsgraden på plasser i Fredrikstad var i 2020 på cirka 36 prosent av andelen personer 80 år og eldre på institusjon. Sammenlignbare kommune hadde fra 19 til 68 prosents dekningsgrad. Det er noe usikkerhet knyttet til hvordan den enkelte kommune har rapportert plassene til SSB. Korttidsplasser for personer med demens kan alternativt rapporteres som demensplass eller korttidsplass. Fredrikstad kommune rapporterer dem som demensplasser.

6.2 Øvrige kommunale omsorgsboliger

I tillegg til de nevnte sykehjem og omsorgsboligene til eldre, har kommunen et betydelig antall omsorgsboliger med tilknyttede tjenester tilrettelagt for innbyggere med utviklingshemninger og for psykososial rehabilitering.

Organiseringen av bo- og tjenestetilbudet på disse tjenesteområdene vil bli behandlet i særskilte planer, og utdypes ikke nærmere i denne planen.

6.3 Tilstands- og egnethetsvurdering

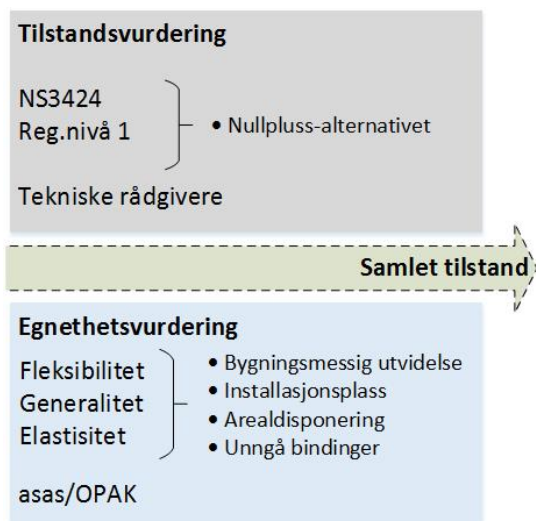
Det er gjort separate tilstands- og egnethetsvurderinger av de eksisterende sykehjemmene, og av omsorgsboligene som ligger i tilknytning til sykehjemmene.

Tilstandsvurderingen er utført i henhold til NS3424 nivå 1, som innebærer visuell befarings og samtaler med driftspersonell. Det er gjort vurderinger av bygningsmassen, fordelt på byggeteknikk, VVS-teknikk og elektroteknikk.

Vurderingene har tatt utgangspunkt i følgende:

→ Nullpluss-alternativet – hvilket innebærer investeringskostnader for videre drift som i dag, og at bygget oppgraderes/rehabiliteres til å ha varighet cirka tilsvarende et nybygg.

Sammenhengen mellom tilstandsvurdering og egnethetsvurdering er illustrert i figuren under.



Forslag til modell for tilstands- og egnethetsvurdering.

→ Krav til fleksibilitet, generalitet og elastisitet

- Tilpasningsdyktighet for byggene er et produkt av faktorene fleksibilitet, generalitet og elastisitet. Det kan være flere variasjoner innenfor disse faktorene som gir nivået på tilpasningsdyktighet, og ulike aktører vil ha ulikt syn på nytteverdier av disse.
- *Fleksibilitet* er evnen bygningen har til å endre planløsning, også innenfor samme virksomhet. Fleksibilitet er følgelig viktig for å oppnå god funksjonalitet.

→ Hvordan bygget er egnet til å bygges om for å tilfredsstille Husbankens krav til sykehjem og omsorgsboliger, og gi fleksibilitet ved framtidig drift.

- *Generalitet* er evnen bygningen har til å endre funksjon. Dette kan være både innenfor samme virksomhet eller tilpasning til ny virksomhet (for eksempel kontorbygning til forretningsvirksomhet). Generalitet kan utnyttes til omrokking og omdisponeringer for således å oppnå forbedret logistikk, utvidelse av funksjonsområder etc.

→ For eksempel om omsorgsboliger kan gjøres om til sykehjem eller omvendt.

- *Elastisitet* er bygningens evne til å endre volum, det vil si bygge til eller eventuelt seksjonering. Dette kan ha verdi i form av mulighetene for å ekspandere/krympe.

→ Tilgjengelig areal på tomten og mulighet for påbygging. Totalt tilgjengelig areal for tomtene med både sykehjem og omsorgsboliger må vurderes helhetlig for eventuell framtidig utvikling.

I praksis vil tilpasningsdyktighet vurderes ut fra fire forhold:

- Bygningsmessig utvidelse (muligheter for å bygge på eller til).
- Installasjonsplass (muligheter for utvidelse av tekniske føringer og tilgjengelighet til disse).
- Arealdisponering (muligheter for utforming av planløsninger).
- Unngå bindinger (minimerer bygningsmessige inngrep og unngå at tiliggende komponenter «går med i sluket»).

Egnethetsvurderingene skal vurdere byggets fleksibilitet, generalitet og elastisitet, og tar for seg mulighet for bygningsmessig utvidelse, installasjonsplass og eventuelle arealomdisponeringer. Egnethetsvurderingene viser at flere av byggene er uegnet for ombygging til dagens krav til sykehjem og omsorgsboliger.

Tilstandsvurderingene viser at flere av byggenes elementer og tekniske anlegg er utdaterte og har behov for betydelige oppgraderinger. Under oppsummerer overordnede vurderinger av byggene.

For en mer detaljert oversikt over egnethets- og tilstandskartleggingen, se vedlegg 1.

6.4 Egnethetsvurdering – oppsummering

Egnethetsvurderingene er gjennomført av Asas arkitektur AS.

6.4.1 Egnethetsvurdering sykehjem

Egnethetsvurderingen av sykehjem omfatter alle eksisterende sykehjem i Fredrikstad, med unntak av Østsiden sykehjem og Gressvik sykehjem, som er de to nyeste.

Med egnethet menes her i hvilken grad de enkelte byggene tilfredsstiller dagens krav til sykehjem, definert av Husbanken, og i hvilken grad byggene er egnet for ombygging til dagens krav. Hovedkonklusjonen er at egnetheten varierer betydelig fra sykehjem til sykehjem.

Planløsninger og teknisk standard i byggene gjenspeiler utviklingen fra gamlehjem til sykehjem, som har skjedd fra slutten av 1960-årene fram til dagens vesentlig høyere krav til standard og tilhørende arealer. Dette innebærer at de eldste anleggene i de fleste tilfellene er vurdert som de minst egnede.

Fjeldberg sykehjem og Emil Mørchs Minne er vurdert som uegnet for videre drift, fordi de bygningsmessige svakhetene er så alvorlige og omfattende at det vurderes som lite

hensiktsmessig å foreta investeringer for å heve standarden. Emil Mørchs minne ble i september 2019 avviklet som sykehjem, grunnet dårlig tilstand og egnethet.

Fredrikstad korttidssenter har vesentlige funksjonelle begrensninger, i form av lave etasjehøyder og lite muligheter for føringsveier, og en eventuell ombygging til dagens standard vil bli svært omfattende. Bygget har en solid konstruksjon, men strukturen og hovedformen gjør det vanskelig å omgjøre bygget til et egnet anlegg. Tomta er stor, og gir god mulighet for videre utbygging. Beliggenheten kan på den annen side tale mot lokalisering av et stort antall sykehjemsplasser og eventuelle andre sentrale helse- og omsorgsfunksjoner på denne eiendommen.

Glemmen sykehjem har en overordnet bygningsmessig struktur som medfører en del gjennomgangstrafikk og lange transportlinjer. Størrelse og antall rom for støttetjenester (vaktrom, arbeidsrom, lager) er underdimensjonert. Det er også til dels mangel på oppholdsarealer. Flertallet av beboerrommene tilfredsstiller ikke dagens krav til størrelse.

Ved oppgradering til framtidens standard vil arealer måtte omdisponeres til andre formål, på bekostning av antallet langtidsplasser. Ombygging til dagens standard er til dels ikke mulig, grunnet byggets varierende bygningsmasse og standard. En standardheving kan heller ikke forsvares økonomisk. Tomten er maksimalt utnyttet.

Torsnes sykehjem er vurdert som uegnet for videre sykehjemsdrift, og tomta ligger ikke til rette for videre utbygging. Sykehjemmet har i dag 25 langtidsplasser, fordelt på to etasjer. Dette gjør driftssituasjonen uoversiktlig og medfører en utfordring i perioder med lav bemanning. Beboerrommene tilfredsstiller, eller er ganske nær, dagens standard. Den usentrale beliggenheten vurderes imidlertid å være et problem for rasjonell sykehjemsdrift.

Solliheimen sykehjem har en del svakheter, både med hensyn til planløsninger, arealer for forskjellige funksjoner, og fysiske muligheter for å utvikle bygget. Flertallet av beboerrommene tilfredsstiller ikke dagens standard for avstander og snusirkler. Svakheterne er ikke så alvorlige at de hindrer fortsatt forsvarlig drift i bygget, men det vurderes som lite hensiktsmessig å foreta store investeringer for å heve standarden.

Rolvøy sykehjem består av to hoveddeler, bygget i én etasje. Behovet for fellesrom anses som godt dekket. Beboerrommene er relativt godt dimensjonert. Avdelingen mangler oppholdsarealer og tilstrekkelig antall og størrelse på rom for støttetjenester (vaktrom, lager etc.). Mangelen på slike rom kan løses ved at beboerrom omdisponeres. Det er en vesentlig tomterese sør for eksisterende anlegg.

Smedbakken sykehjem består av to hoveddeler. Den eldre delen er vurdert uegnet som sykehjem i forhold til dagens krav, og lite egnet for ombygging. Dagens adkomst til bygget er svært bratt.

Sykehjemmet består av to byggetrinn, framstår som bygningsmessig relativt godt vedlikeholdt og er fortløpende oppgradert flere steder. Men bygningsmassen for det eldste bygget er 43 år gammel, og enkelte bygningsdeler har overskredet teknisk levetid og må forutsettes skiftet i forbindelse med en større ombygging/oppgradering av bygning og tekniske anlegg. Det er rikelig med store fellesarealer. Utformingen av bygget medfører ineffektiv drift ved lav bemanning. Den nyere delen er av en standard som gjør det rimelig å forutsette videre sykehjemsdrift i mange år framover.

6.4.2 Egnethetsvurdering omsorgsboliger

Egnetheten varierer betydelig fra omsorgsbolig til omsorgsbolig. Planløsninger og teknisk standard gjenspeiler den utviklingen som har skjedd på omsorgsboligfronten fra slutten av 1940-årene og fram til dagens vesentlig høyere krav til standard og arealer.

Egnethetsvurderingen er gjort med utgangspunkt i en definisjon av omsorgsboligene sett opp mot hvilke krav de ligger nærmest til å tilfredsstille av Husbankens ulike normer. Det skilles derfor mellom:

- Omsorgsbolig i bokollektiv (boenhet på 28-30 m²)
- Omsorgsbolig i bofellesskap (boenhet på over 40 m²)
- Selvstendig omsorgsbolig (boenhet på over 55 m²)

Smertulia omsorgsboliger vurderes som egnet, i og med at bygget er forholdsvis nytt, men mangler fellesrom. I tillegg er det under deler av året problemer med varme i plan 4, grunnet stor flate med takvinduer.

Grønlien omsorgsboliger tilfredsstiller først og fremst ikke arealkrav, og er derfor uegnet for personer som sitter i rullestol eller personer med stort pleiebehov.

Lerkeveien omsorgsboliger har omfattende setningsskader, som kan sette begrensninger for byggets levetid. Bygget er i tillegg vurdert som uegnet for utvidelser.

Manstad omsorgsboliger består av to eldre bygg, som ikke tilfredsstiller krav til snusirkler og øvrige arealkrav. Tomten er liten og begrenset og gir ingen åpenbare utvidelsesmuligheter.

Slevik omsorgsboliger består av eldre boliger på en stor tomt, med potensiale for utvidelse. Anlegget fungerer fint for dagens brukergruppe, men bygningsmassen er eldre og er ikke vurdert som egnet for drift av denne typen boliger.

Faunsvei omsorgsboliger fungerer godt i dag, med noe underkapasitet på stuene i selvstendige omsorgsboliger om de også skal defineres som bofellesskap. Det er få utvidelsesmuligheter, da anleggene er sluttet i sin ellipseformede hesteskoform.

Østsiden eldresenter er bygget i to byggetrinn, fra henholdsvis 1981 (Borgarveien 1, 36 boenheter) og 1995 (Borgarveien 3, 28 boenheter). Bygningsmassen fungerer tilfredsstillende for dagens brukergruppe. Det foreslås ingen konkrete tiltak for ombygging. Anlegget har en gunstig beliggenhet i nærhet til Østsiden sykehjem. En større oppgradering ferdigstilles i løpet av 2022.

Fjeldberg omsorgsboliger kan fortsatt benyttes som i dag i en tid framover, men dersom tilliggende sykehjem vurderes solgt eller revet, anbefales det at også omsorgsboligene viker, til fordel for god utnytting av hele tomten, som har en sentral og god plassering. Lav etasjehøyde gjør at potensialet for bygget i et rehabiliteringsperspektiv er noe forringet.

I tillegg til bygningsmassen som er nevnt over, inngår også Holmen eldresenter, Myragata 2, Glemmengaten 6 og Prestegårdsgjordet omsorgsboliger i omsorgsboligporteføljen. Disse er ikke vurdert i denne sammenhengen, da boligene inngår i større anlegg.

Av anlegg som ikke inngår i dagens omsorgsboligportefølje er imidlertid anleggene Cicignongata 1-3 og Roald Amundsensvei 83-89 vurdert. Cicignongata 1-3 er et selvstendig anlegg som tidligere ble benyttet som omsorgsboliger. Roald Amundsensvei 83-89 er lokalisert i tilknytning til Emil Mørchs minne, og er derfor tatt med i vurderingen for å kunne vurdere anleggene i en helhet.

Cicignongata 1-3 benyttes i dag som kommunale utleieboliger og kan fungere fint for den beboergruppen, eller tilsvarende, som bor der i dag. Bygningsmassen er uegnet for personer med behov for omfattende pleie, eller med behov for rullestol innvendig på grunn av badets begrensninger. Badet kan utvides, men det synes uhensiktsmessig med tanke på anleggets alder. Anlegget er lite, med 11 leiligheter, og har ingen utvidelsesmuligheter.

Roald Amundsensvei 83-89 er lokalisert i tilknytning til Emil Mørchs minne. Boligene benyttes i dag som kommunale utleieboliger. Anlegget rommer 12 leiligheter, fordelt på 4 rekkehus á 3 boliger. Generelt vurderes det at boligene kan fungere fint for den beboergruppen som bor der i dag, men er uegnet for særlig utvidet gruppe med hensyn til omfattende pleie, eller med behov for rullestol innvendig på grunn av badets begrensninger. Badet kan utvides, men det synes uhensiktsmessig med tanke på anleggets alder.

6.5 Tilstandsvurdering – oppsummering

Tilstandsvurderingene er gjennomført av Multiconsult AS.

For drift fram til 2040 vil mange bygningsdeler, som for eksempel tak og fasader med dører og vinduer, ha nådd sin forventede levetid. Det er i tilstandsvurderingen beregnet kostnader til minimum nødvendig vedlikehold, for at driften skal kunne opprettholdes fram til 2040. Dette betyr at det ikke er forutsatt oppgraderinger til nyere krav, og det er heller ikke forutsatt store ombygginger innvendig i byggene for å oppfylle nye krav til planløsninger, men kun hensyntatt normalt vedlikehold av overflater. Egnethetsvurderingene foreslår i liten grad store ombygginger eller tilbygg når det gjelder driftsperspektiv fram til 2040.

Byggtekniske forskrifter er endret med jevne mellomrom, og vesentlig skjerpet etter 2007. Spesielt gjelder dette energieffektivitet og miljø. De fleste byggene tilfredsstiller i liten grad dagens krav til planløsning for sykehjem og omsorgsboliger, og det vil kreve store investeringer for å tilnærme seg dagens krav.

Nye forskrifter har ikke tilbakevirkende kraft, og bygningene kan vedlikeholdes i henhold til de krav som gjaldt på oppføringstidspunktet. Dog kan det ved hovedombygging bli stilt krav som utløser en tilnærming til dagens forskriftskrav. En forutsetning ved oppgradering til dagens krav er at bygningsmassen skal fungere tilfredsstillende i mange år framover, på samme måte som et nybygg. Det betyr at dagens krav skal legges til grunn, det vil si TEK17, så langt det er mulig, hvilket innebærer at selv bygningsdeler som fungerer i dag, må bli gjenstand for utskifting eller vedlikehold for å oppfylle denne forutsetningen. Det innebærer eksempelvis en oppgradering av ytterskall for å oppfylle dagens krav til isolasjon og tetthet.

En rehabilitering opp til dagens krav vil bli kostbar, og vil i mange tilfeller ikke være økonomisk forsvarlig. Dersom dagens bygninger skal oppgraderes til TEK17, vil dette kreve store ressurser til rehabiliteringer og ombygginger for å oppfylle tekniske krav, og det vil ikke være mulig å oppfylle alle krav fullt ut. Fortsatt vil man ha den gamle bygningskroppen, med irrasjonelle planløsninger og høyere vedlikeholdskostnader enn nye bygg.

Generelt er VVS-anleggene godt vedlikeholdt og i god stand i de fleste av byggene. Utslitt sanitærutstyr og armaturer blir byttet under løpende vedlikehold og er ikke kostnadsberegnet. Kun i de tilfeller der det ombygges eller bygges nytt er dette medtatt i kostnadene.

I kostnadsestimatet er det medtatt å bytte teknisk utstyr som varmtvannsberedere, kjøkkenventilatorer, minikjøkken, luftbehandlingsaggregater etc. på grunn av alder sett opp mot anbefalt brukstid i henhold til NS3424 og med teknisk levetid 15-20 år. For de eldste byggene må også røranleggene byttes på grunn av høy alder, anbefalt brukstid i henhold til NS3424 og med teknisk levetid på 25-50 år.

Overnevnte ligger også til grunn for vurderingene av kostnader for levetid fram til 2040. For oppgradering til TEK17 må de fleste av byggene oppgraderes med nytt sanitæranlegg, nytt varmeanlegg og nytt luftbehandlingsanlegg.

Generelt er elektroinstallasjonene bra vedlikeholdt, i henhold til de normer og forskrifter de er bygget etter. Teknisk levetid for elektriske installasjoner er generelt beregnet til 30 år. I en del tilfeller er deler av installasjonene oppgradert med utstyr for økt person- og brannsikkerhet. Dette gjelder særlig for sikringsskap og elektrotavler. Det er registrert noe slitasje enkelte steder, men hovedinntrykket er at dette følges opp. For belysningsarmaturer har det vært en rivende utvikling og modernisering de senere år. Moderne armaturer er både mer energigjerrige og lettere å styre sammen med for eksempel velferdsteknologi. Der det er armaturer med konvensjonell teknologi er dette bemerket i rapportene dersom de ikke er skiftet ut til moderne armaturer med LED-teknologi. For velferdsteknologi er det vurdert plass og muligheter for å installere kabler for slikt anlegg i de bygg der dette ikke er installert per i dag.

Det er også sett på muligheter og kostnader for installasjoner for nødkraft. De fleste steder er dette løsbart ved å sette opp et eget bygg for generator i umiddelbar nærhet til sykehjemmet. Det er i dag ingen slike installasjoner ved sykehjemmene, og kostnader for dette er synliggjort i tilstandsrapportene.

6.5.1 Tilstandsvurdering sykehjem

Fjeldberg sykehjem består av tre bygninger som ble oppført på 50- og 60-tallet. Det er opplyst at sykehjemmet ble rehabilitert på 90-tallet. Sykehjemmet framstår som godt vedlikeholdt, med oppgraderinger flere steder. Bærende konstruksjoner i plasstøpt betong. Varmepumpen ble installert i 2010 og oljekjel er fra 2009. Både sanitær- og varmeanleggene har nådd sin tekniske levetid. Det oppfattes at det stedvis er behov for utskiftinger. Generelt er det elektriske anlegget godt vedlikeholdt og det foreligger lite feil og mangler, men enkelte steder er det fortsatt gammelt utstyr som har nådd teknisk levealder.

Emil Mørchs Minne består av to sammenslåtte bygninger med to etasjer, samt kjeller og loftsplan. Byggets eldste fløy er fra 1900-tallet. Den nyeste fløyen er oppført på begynnelsen av 80-tallet. Sanitæranlegg og luftbehandlingsanlegg har delvis oppnådd sin tekniske levetid. Kursopplegget er gammelt og installert på tidlig 80-tallet, og har nådd teknisk levealder.

Fredrikstad korttidssenter er oppført i 1975. Både sanitær- og varmeanleggene har oppnådd sin tekniske levetid. Store deler av det elektriske anlegget gjennomgikk oppgraderinger i forbindelse med rehabiliteringsarbeidene i 2009 og 2010. Generelt har det

elektriske anlegget lite feil og mangler, men en del utstyr har nådd sin tekniske levealder. Det er derfor stedvis behov for oppgraderinger. Varmepumpen er fra 2009. Oljekjel er ikke i bruk, og er frakoblet, men ikke fjernet. Bygget har et basseng i 1. etasje. Varmedistribusjonen foregår via radiatorer som er fra opprinnelig byggetid.

Glemmen sykehjem består av fire byggetrinn, fra 1962 til 2002. Det meste av elektroinstallasjonen ble rehabilitert i 2002, og framstår i bra tilstand. Sykesignalanlegget består av et konvensjonelt anlegg med trekksnorer ved senger og takmonterte display i korridorer, anlegget er gammelt og det er ofte driftsforstyrrelser. Sanitæranleggene i byggene er oppgradert den senere tid og framstår i god stand. Varmeanleggene i byggene er oppgradert i senere tid og framstår i god stand.

Torsnes sykehjem består av to byggetrinn, hvor hele bygget er rehabilitert og tilbygget i år 2000. Alders- og sykehjemmet framstår derfor som godt vedlikeholdt. Det ble registrert utvendig noen utskiftbare vinduer, utskiftbare vindskier, dårlig vedlikeholdt terrasse- og terrasserekkverk. Innvendig ble det registrert; vanninntrenging i glassfasade, sprekk i overgang trapp/vegg, sprekk i gipshimling og manglende listverk. Sanitæranlegget er i bra stand. Bygget varmes opp med elektriske panelovner. Anleggene er helrenovert i år 2000.

Solliheimen sykehjem er oppført i 1955, med tilbygg fra 1983. Delene betegnes ny og gammel del. Det er renovert i 2000–01 og 2010–11. Det ble registrert fuktskader flere steder i kjeller, både ny og gammel del. Det bør utføres grundigere undersøkelser for å fastslå årsak og anbefale tiltak. Ledningsnett og sanitærutstyr er stort sett fra 2000–2010, og er bra vedlikeholdt. Varmedistribusjonen skjer via radiatorer. El-kjel og oljekjel er plassert i fyrrom i kjeller, el-kjel lekker. Det er moderne vannrenseanlegg, godt isolerte rør. Ser ut som hele røropplegget i kjeller er fornyet. Radiatorer er fra 2000, 2010, noen få gamle fra 1954, som anbefales å skifte. De fleste radiatorer har nye termostatiske radiatorventiler. Mye av el-installasjonene er oppgradert de senere årene og framstår som bra. Det er noe slitasje på enkelte brytere, og noen fordelinger mangler jordfeilbrytere på forbrukskurser. Hovedfordelingen har overskredet teknisk levealder.

Rolvøy sykehjem framstår som bygningsmessig relativt godt vedlikeholdt, og er fortløpende oppgradert flere steder. Men bygningsmassen er 30 år gammel, og enkelte bygningsdeler nærmer seg forventet levetid og må forutsettes skiftet i forbindelse med en større ombygging/oppgradering av bygning og tekniske anlegg. VVS-installasjonene er generelt fra byggeår 1989. Noe utskiftning er utført i nyere tid. Både sanitær- og varmeanleggene er i bra stand. El- og oljekjel har oppnådd sin tekniske levetid og er moden for utskiftning. Ventilasjonsaggregatene er fra byggeår, og må påregnes utskiftet. Det mangler jordfeilbrytere i de fleste forbrukskurser. Underfordelinger oppgraderes med jordfeilbrytere i alle forbrukskurser i henhold til dagens krav, belysningsanlegg byttes ut sammen med oppgradering av sprednett for IKT til cat 6A.

Smedbakken sykehjem består av to byggetrinn, framstår som bygningsmessig relativt godt vedlikeholdt og er fortløpende oppgradert flere steder. Men bygningsmassen for det eldste bygget er 43 år gammel, og enkelte bygningsdeler har overskredet teknisk levetid og må forutsettes skiftet i forbindelse med en større ombygging/oppgradering av bygning og tekniske anlegg. Generelt er VVS-installasjonene fra opprinnelig byggetid på de ulike fløyene, med unntak av noen utskiftninger av utstyr i senere tid. Både sanitær- og varmeanleggene er i bra stand.

Byggene er sammenslått og er fra 1975 og 2001. 2001-bygg består av tre sammenslåtte fløyer, A, B og C. Generelt er det elektriske anlegget godt vedlikeholdt og det foreligger lite feil og mangler, men i enkelte områder fra 1975-bygget var det noe gammelt og utdatert kursopplegg som har nådd teknisk levealder. Det oppfattes derfor stedvis behov for utskiftninger.

6.5.2 Tilstandsvurdering omsorgsboliger

Smertulia omsorgsboliger oppfyller ikke dagens krav til miljø og energi. Sanitæranleggene er fra byggeår 2000 og framstår som i god stand. Det samme gjelder det elektriske anlegget, som har lite feil eller mangler. Det vurderes som lite hensiktsmessig, og ikke mulig, å rehabilitere bygget for å oppfylle alle dagens krav.

Grønlien omsorgsboliger er oppført i 1971, og består av 1. etasje og kjeller under halve bygget. Vinduer er under utskifting og taket ble lagt om for få år siden. Innvendig er det medtatt kun en generell oppgradering av overflater. VVS-installasjonene er generelt fra byggeår. Sanitæranlegget er noe slitt og det er varierende alder på sanitærutstyret, mye av utstyret er oppgradert i senere tid. Det elektriske anlegget er i god stand og det foreligger lite feil eller mangler.

Lerkeveien omsorgsboliger er oppført i 1984, på to plan. Bygget har betydelige setningsskader. Vinduer er i ferd med å nå sin forventede levetid og må påregnes skiftet. Taktekingen forventes å kunne fungere tilfredsstillende i ytterligere noen år. Innvendig er det kun behov for en generell oppgradering. VVS-installasjonene er generelt fra byggeår. Sanitæranlegget er godt vedlikeholdt, størsteparten av sanitærutstyr er oppgradert og i generelt god stand. Ventilasjonsanleggene er fra byggeår, og i god stand. Det elektriske anlegget er i god stand og det foreligger lite feil eller mangler.

Manstad omsorgsboliger består av to byggetrinn, et fra 1978 og et fra 1995. Bygg fra 1978 har behov for renovering for alle bygningsdeler. For bygg fra 1998 ble det registrert en del råteskader, som må utbedres. Det er kondensproblemer i svalgangene, disse bør rives og bygges opp på nytt som fullverdig isolerte rom. VVS-installasjonene er generelt fra byggeår. Sanitæranlegget er godt vedlikeholdt og i generelt god stand, men vil for det eldste bygget overskride teknisk levealder fram mot 2040. Ventilasjonsanlegget i bygg fra 1995 er fra byggeår, og i god stand. Leiligheter i bygg fra 1978 har ikke mekanisk ventilasjon, det er avtrekksvifte på kjøkken som benyttes ved matlaging.

Byggene er forsynt med spenningssystem 230V IT i fra en frittstående nettstasjon. De fleste av installasjonene er fra byggeår, med noen oppgraderinger. Det mangler jordfeilbrytere i de fleste forbrukskurser. Underfordelinger oppgraderes med jordfeilbrytere i alle forbrukskurser i henhold til dagens krav. Det er ikke overspenningsvern i noen av fordelingene. Byggene er elektrisk oppvarmet. I Manstadkroken 1–11 er det er frittstående røykdetektorer i leilighetene. Disse har ingen brannalarmtilknytning.

Slevik omsorgsboliger er oppført i 1995 på to plan. Bygget er 23 år og vil fungere tilfredsstillende i mange år til. Det er problemer med fuktinntrenging knyttet til balkongdører og vinduer/dører i svalganger, som må utbedres. Innvendig ses det ikke behov for utbedringer i nærmeste framtid. VVS-installasjonene er generelt fra byggeår. Sanitæranlegget er godt vedlikeholdt og i generelt god stand. Ventilasjonsanleggene er fra byggeår, og i god stand. Det elektriske anlegget er i god stand og det foreligger lite feil eller mangler.

Faunsvei omsorgsboliger er omsorgsboliger som er en del av et større område med flere boliger eid av Fredrikstad kommune. Byggene er oppført i 2003, på et plan. Byggene er bare 15 år og vil fungere tilfredsstillende i mange år til. Det er problemer med fuktinntrenging knyttet til balkongdører og overbygde terrasser, som må utbedres. Videre er det behov for utbedringer av utvendig fasade. Innvendig ses det ikke behov for utbedringer i nærmeste framtid.

VVS-installasjonene er generelt fra byggeår. Sanitæranlegget er godt vedlikeholdt og i generelt god stand. Byggene på området er tilknyttet en felles varmesentral med borehull og varmepumpe. Det har vært mange problemer med varmeanlegget, og pågår en egen utredning av dette. Ventilasjonsanleggene er fra byggeår, og i god stand. Det må påregnes oppgraderinger for å nå TEK17-krav for både ventilasjon og sanitæranlegg. Kostnader for vedlikehold fram mot 2040 er hovedsakelig knyttet til sanitæranlegget og ventilasjonsanlegget. Det elektriske anlegget er i god stand og det foreligger lite feil eller mangler.

Fjeldberg omsorgsboliger oppfyller ikke dagens krav til miljø og energi. En rehabilitering opp til dagens krav vil bli kostbar, og vil i mange tilfeller ikke være økonomisk forsvarlig. Det vil heller ikke være mulig å oppfylle alle krav fullt ut. Generelt er VVS-installasjonene fra opprinnelig byggetid og i god stand. Det elektriske anlegget er i tilfredsstillende stand og det foreligger lite feil eller mangler.

Østsiden eldresenter har behov for vesentlig oppgradering, da den anbefalte tekniske levetiden er utløpt for deler av anleggene. En større oppgradering er igangsatt. Prosjektet omfatter både ombygging og oppgradering av leiligheter, fellesarealer og inngangsparti.

Cicignongata 1-3 er vurdert til at rehabilitering opp til dagens krav ikke vil være mulig, med de konstruksjoner og begrensninger knyttet til Sefrak-registreringen som ligger i bygget i dag. Generelt er den tekniske levetiden for sanitær-, varme- og ventilasjonsanlegget utløpt. Anleggene bør byttes. Det elektriske anlegget er i tilfredsstillende stand, og det foreligger lite feil eller mangler. Byggene er forsynt med spenningssystem 230V IT. Hovedfordelingen består av knivsikringer og automatsikringer, underfordelingene består av automatsikringer. Det er jordfeilbrytere på alle kurser til bad. Det er ingen overspenningsvern i noen av fordelingene. Oppvarming via vannbåren varme. Elektriske panelovner på badene.

Roald Amundsensvei 83-89 er ikke oppgradert eller rehabilitert i bygningsmassen siden oppføringstidspunktet, kun innvendige oppussinger. Bygningsmassen oppfyller ikke dagens krav til planløsning, miljø og energi. En rehabilitering opp til dagens krav vil bli kostbar, og vil i mange tilfeller ikke være økonomisk forsvarlig. Det vil heller ikke være mulig å oppfylle alle krav fullt ut. Generelt er VVS-installasjonene fra opprinnelig byggetid. Sanitær- og luftbehandlingsanlegg har delvis oppnådd sin tekniske levetid. Det elektriske anlegget er i tilfredsstillende stand, og det foreligger lite feil eller mangler.

6.6 Kostnadskonsekvenser

Det er gjennomført overordnede beregninger av kostnader for nødvendige tiltak, både på kort og lang sikt. Dette må også ses i sammenheng med fagplanen som følger opp kommunens overordnede verdibevarende eiendomsstrategi.

Tabellene under viser estimerte kostnader for tre trinn av oppgraderinger; nødvendig vedlikehold og tekniske oppgraderinger, ombygging og oppgraderinger i henhold til arkitektens forslag, og ombygging/nybygg av bygningsmasse til TEK17-standard.

Kostnadene er estimert av Multiconsult AS, men er justert for generelle kostnader og mva. ved å doble grunnkalkylen.

Sykehjem	Nødvendig vedlikehold og tekniske oppgraderinger for begrenset levetid til 2040 (MNOK), inkl. mva.	Ombygging og oppgraderinger mht. arkitektens forslag og beregnet levetid til 2040 (MNOK), inkl. mva.	Ombygging, nybygg og oppgraderinger av bygningsmasse til TEK17-standard (MNOK), inkl. mva.
Fjeldberg	75-85	0*	145-155
Emil Mørchs minne	35-45	80-90	90-100
Fredrikstad korttidssenter	125-135	220-230	270-280
Glemmen	80-90	80-90	300-310
Torsnes	20-25	0*	80-90
Solliheimen	45-55	45-55	230-240
Rolvøy	50-60	65-75	125-135
Smedbakken	55-65	80-90	220-230

Oversikt over kostnadskonsekvenser ved oppgradering av sykehjemmene.

** Bygget er vurdert av arkitekt som uhensiktsmessig å ombygge eller oppgradere.*

Omsorgsboliger	Nødvendig vedlikehold og tekniske oppgraderinger for begrenset levetid til 2040 (MNOK), inkl. mva.	Ombygging og oppgraderinger mht. arkitektens forslag og beregnet levetid til 2040 (MNOK), inkl. mva.	Ombygging, nybygg og oppgraderinger av bygningsmasse til TEK17-standard (MNOK), inkl. mva.
Cicignongata 1-3	30-40	0*	45-55
Roald Amundsensvei 83-89	15-25	0*	25-35
Faunsvei 3 og 6	15-25	0*	55-65
Floaveien 5	25-35	0*	60-70
Råkollveien 31	20-30	0*	65-75
Lerkeveien 4-6	25-35	0*	40-50
Manstadkroken 13	25-35	0*	45-55
Gamle Slevikvei 17	25-35	0*	55-65
Borgarveien 1-3	40-50	0*	155-165
Johan Hansensvei 2	10-20	0*	60-70

Oversikt over kostnadskonsekvenser ved oppgradering av omsorgsboligene.

** Bygget er vurdert av arkitekt som uhensiktsmessig å ombygge.*

6.7 Strategi for tilstandsanalyser og verdibevarende vedlikehold

Det er utarbeidet en fagplan som følger opp Fredrikstad kommunes overordnede verdibevarende eiendomsstrategi. Fagplanen skal sikre en felles overbygning for alle områder som har betydning for ivaretagelse av verdien av eiendomsporteføljen.

7 Mål og strategier

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 gir føringer for utviklingen framover, basert på langsiktige, overordnede mål, med tilhørende strategier. Målsettingene samsvarer med mål i kommuneplanens samfunnsdel – Fredrikstad mot 2030 og kommunedelplan for helse og velferd 2016–2027.

Gitt utfordringene som kommunen står overfor, må det endringer til for å møte framtidens behov for heldøgns omsorgstjenester. De demografiske utfordringene kan ikke alene løses med bygging og drift av flere omsorgsboliger og sykehjem.

Fellesnevneren for målene er at Fredrikstad kommune skal forsterke arbeidet med forebyggende og helsefremmede tiltak ytterligere, kombinert med økt tilrettelegging og mangfold i boligtilbudet og flere hjemmebaserte tjenester, for å redusere behovet for tradisjonelle institusjonstilbud. Samtidig er det strategisk viktig å sikre tilstrekkelig tilgang til både korttidsopphold og botilbud med heldøgns tjenester, som ivaretar både likeverdige, trygge og effektive tjenester, og miljømessig bærekraft.

Det samlede tjeneste- og botilbudet må utvikles på en bærekraftig måte, med hensyn til både økonomi og tilgjengelig kompetansepersonell, slik at alle som har behov for bistand, får det.

SLIK VIL VI HA DET:

Innbyggerne har
mulighet for et selvstendig og
verdig liv

SLIK GJØR VI DET:

- Utvikle aldersvennlig by og aldersvennlige lokalsamfunn
- Tilrettelegge for aktive liv og sosiale møteplasser
- Vektlegge *Hva er viktig for deg*-perspektivet

Alle bor trygt, i egnet bolig

- Stimulere til funksjonstilpassing av private boliger
- Tilrettelegge for bygging av boliger med universell utforming
- Tilrettelegge for seniorboliger med aktivitets- og servicetilbud
- Tilrettelegge for omsorg pluss-boliger med tjenestetilbud
- Sikre tilstrekkelig tilgang til korttidsopphold for rehabilitering og avlastning
- Sikre tilstrekkelig tilgang til botilbud med heldøgns tjenester

Helse- og omsorgsbyggene
tilrettelegger for likeverdige,
trygge og effektive tjenester

- Samskape med brukere, pårørende og frivillige
- Drive innovativ tjenesteutvikling og digitalisering
- Sørge for helhet og sammenheng i tjenestene

Klima og miljømål ivaretas
gjennom bærekraftige
løsninger



- Lokalisere tjenestetilbudet med god tilgjengelighet for ansatte og pårørende
- Vektlegge sirkulær tankegang, miljøvennlige materialer og energiløsninger, og lave klimagassutslipp ved nybygging og rehabilitering av helse- og omsorgsbygg

Mål med tilhørende strategier.

7.1 Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv

Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan leve på en verdig og selvstendig måte – hele livet. Det første målet er av overordnet karakter og sier noe om viktige verdier for Fredrikstads innbyggere; verdighet og selvstendighet.

Flesteparten av innbyggerne som i dag mottar tjenester fra kommunen, eller som vil motta slike tjenester i framtiden, utgjør den eldre delen av befolkningen. Det er særlig i denne livsfasen at verdiene blir utfordret, som følge av at et lavere funksjonsnivå fører til større avhengighet av omgivelsene.

For å legge til rette for verdige og selvstendige liv, skal kommunen bidra til at innbyggerne, uansett alder, kan ivareta sine behov på best mulig måte.

*– Mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei.
«Person og profesjon», Torborg Aalen Leenderts, Gyldendal 1995*

7.1.1 Utvikle aldersvennlig by og aldersvennlige lokalsamfunn

I henhold til regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016) er det et mål å gjøre samfunnet mer aldersvennlig, og å bruke ressursene de eldre har for å delta og bidra. For å oppnå et mer aldersvennlig samfunn er det nødvendig å modernisere nasjonalt regelverk, ta i bruk ny teknologi og tilrettelegge bedre for aktivitet og deltakelse. Folkehelseperspektivet står også sentralt. Økt tilrettelegging for aktivitet er en investering i helse. Et samfunn som legger til rette for flere aktive år for eldre, bidrar til mestring, livskvalitet og muligheter for alle gjennom hele livet.

Fredrikstadsamfunnet skal være aldersvennlig. Med aldersvennlig menes det at Fredrikstad skal være et godt sted å leve – hele livet. Kommunen skal satse på flere ulike tiltak for å legge til rette for en sunn og aktiv aldring. Å skape et aldersvennlig Fredrikstad handler om hva vi som samfunn kan gjøre for at hver enkelt skal kunne bruke sine ressurser.

Kommunens strategi for å skape en aldersvennlig by er blant annet å utvikle et differensiert botilbud, som dekker ulike behov. Kommunen framhever viktigheten av å etablere bomiljøer der det legges til rette for synergier mellom brukergrupper og ulike tilbud. Ved å integrere brukerne i varierte bomiljøer vil det bidra til å øke mangfoldet og endre fordommer mot enkelte grupper.

For at et samfunn skal være aldersvennlig for innbyggerne gjennom hele livet er det ikke bare boligene som må tilpasses. Universell utforming, med nødvendig infrastruktur, sosiale møteplasser, aktivitetstilbud og tilgjengelighet til omgivelsene, er nødvendig.

Ved tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn er det særlig viktig å inkludere de innbyggerne som er ekstra sårbare og som har størst behov for tilpassede omgivelser. Blant disse er innbyggerne som har en demensdiagnose. Selv om sykdommen oftest rammer eldre, rammer den også yngre. Demensomsorg handler derfor om mer enn å tilrettelegge sykehjem og omsorgsboliger for dem som har sykdommen. Den må handle om både holdninger og helsetjenester, om både aktiviteter og arbeidsliv.

I Demensplan 2019–2026 er det fastslått et grunnleggende tankesett, som skal gjelde for alle typer tjenester til denne brukergruppen:

- Personsentrert tjenestetilbud – tjenestene utformes ut fra den enkeltes ståsted, det vil si individuelle ønsker, ressurser, livssituasjon og sykdomshistorie – en ressurs- og personsentrert tjeneste
- Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering – med hverdagsmestring menes et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.
- Tidlig innsats – det er viktig å introdusere endringer og tiltak tidlig i forløpet av demens. Gradvis utvikling av kognitiv svikt svekker evnen til å lære nye funksjoner og tilpasse seg sine omgivelser.
-

Planen er et styringsverktøy for planleggingen av et kvalitativt godt tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.

7.1.2 Tilrettelegge for aktive liv og sosiale møteplasser

Andelen av befolkningen som er enslige og som bor alene er økende. Isolert sett er dette en tendens som kan peke i retning av mindre kontakt og fellesskap.

For personer som ofte opplever at de er ensomme kan ensomhet bidra til å forsterke eksisterende helseproblemer, eller være en risikofaktor for å utvikle helseproblemer. Langvarig ensomhet hos eldre er forbundet med svekket funksjonsnivå, både fysisk og mentalt, og redusert livskvalitet. Svekket funksjonsnivå virker tilbake på ensomhetsopplevelsen og kan skape selvforsterkende onde sirkler.

Aktivitet, deltagelse og sosialt fellesskap er viktig for alle mennesker gjennom hele livet. Fysisk, kulturell og sosial aktivitet og deltagelse er særlig viktig i alderdommen, når både helsen og det sosiale nettverket ofte er i endring. Målet er å ta vare på eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk, og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldres interesser, ønsker og behov.

7.1.3 Vektlegge *Hva er viktig for deg*-perspektivet

Brukermedvirkning er et sentralt begrep i helse- og omsorgstjenesten. Det er både en demokratisk rettighet og et mål. Brukermedvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 3-1, om rett til medvirkning. Brukermedvirkning er helsefremmende, og bidrar til mestring og motivasjon ved at brukerne setter egne mål.

Retningsendringen, fra å spørre «hva er i veien med deg?» til å spørre «hva er viktig for deg?», gir rom for å innta brukerens perspektiv. Med denne tilnærmingen kan vi iverksette tiltak basert på pasienter og brukeres egne mål og prioriteringer. Helsepersonell inntar med dette en mer helsefremmende tilnærming i møte med pasienter og brukere.

På individnivå handler dette om å møte pasienter og brukere med respekt og en lyttende holdning. Hva opplever personen som viktig i sitt liv? Hvordan bør tjenestene tilrettelegges for å understøtte den enkeltes mål og ønsker? Å lytte til mennesket bak diagnosene og «merkelappene» er avgjørende for å sikre god kvalitet i oppfølgingen.

Spørsmålet innebærer samtidig en utfordring for den tradisjonelle fagrollen som «ekspert». Det handler om å bistå personen i å finne de løsningene som er best for den enkelte, framfor å komme med de raske svarene.

7.2 Alle bor trygt, i egnet bolig

Trygghet er en viktig premiss i enhver bosituasjon. Kommunen skal sikre at alle bor trygt og forsvarlig, i en bolig som er egnet for å dekke behovet til brukeren. Det betyr at kommunen har ansvar for at innbyggerne som har behov for tilpasning av egen bolig, eller behov for å flytte til en egnet bolig, får den hjelpen de trenger.

En viktig del av målsettingen er å utvikle et differensiert botilbud, som dekker ulike behov. På den måten skal kommunen sikre at det til enhver tid er tilstrekkelig med kapasitet, slik at alle som har behov for et tilrettelagt botilbud skal få det.

7.2.1 Stimulere til funksjonstilpasning av private boliger

Ifølge Husbanken (2018) er bare rundt 20 prosent av norske boliger tilgjengelige for personer med nedsatt funksjonsevne. Som følge av en økt andel eldre vil flere og flere bli boende i egen bolig lenger. Tilpasning og tilrettelegging i boligen er viktig for å sikre at man kan bo lengre hjemme. Investeringer i bolig utgjør en stor del av folks private formue, slik at muligheten for å eie egen bolig er betydelig, selv når behovet for bistand melder seg.

Kommunen kan utvikle en tjeneste hvor det gis råd og veiledning om hvilke muligheter hver enkelt har for å tilpasse egen bolig. Det må informeres om Husbankens låne- og tilskuddsordninger til formålet; tilskudd til prosjektering ved ombyggingsbehov og tilskudd til tilpasninger av boligen. I tillegg kan det søkes gunstig lån.

Et annet eksempel kan være rådgiving om installering av heis i borettslag, i boliger som allerede er bygget. I dag bor det mange eldre i boligblokker av eldre dato, både i og utenfor bykjernen. Blokkene har ofte ikke heis, og er bygget etter en annen standard enn dagens. Det er behov for at boligblokkene oppgraderes, for å tilpasses behovene til de som bor der.

Et annet aktuelt fokusområde er stimulering til klargjøring av privatboliger for smarthusteknologi og enkel installasjon av velferdsteknologiske løsninger.

7.2.2 Tilrettelegge for bygging av boliger med universell utforming

I dag bygges det en økende andel attraktive, sentrumsnære leiligheter i Fredrikstad, med gangavstand til det meste av servicetilbud i byen. Dette er i tråd med kommuneplanens

arealstrategi, som blant annet sier at gange, sykkel og kollektivtransport skal prioriteres, og at byen skal styrkes som ramme om byliv.

Boligene er bygget etter dagens krav om tilgjengelighet og universell utforming. Det er for eksempel krav til heis for alle boliger med tre etasjer eller mer. Et økt fokus på universell utforming vil bidra til at eldre kan bli boende lenger i egen, egnet bolig.

En mulighet er å satse mer på rådgiverfunksjoner innen universell utforming. Kommunen må i første omgang stimulere private aktører til å bygge flere attraktive boliger med livsløpsstandard, som har infrastruktur og servicetilbud tilgjengelig i umiddelbar nærhet av boligene. Dette kan omfatte både eie- og leieobjekter.

Kommunen har plikt til å tilby tilrettelagte boliger til innbyggerne som har vedtak om botilbud. For disse innbyggerne, som ikke har mulighet til å kjøpe egen bolig eller leie i privatmarkedet, vil behovet bli dekket ved tilbud om kommunale utleieboliger.

7.2.3 Tilrettelegge for seniorboliger med aktivitets- og servicetilbud

En godt tilrettelagt bolig kan utsette behovet for helse- og omsorgstjenester. Her kan seniorboliger være et alternativ. Seniorboliger omtales i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som trygghetsboliger. Disse boligene skal ha siste nytt av smarthusteknologi og velferdsteknologi. I tillegg skal de ha gode fellesområder og en resepsjon med service, der beboerne kan få dekket ulike behov for praktisk tilrettelegging. Det kan være vaktmestertjenester, tilbud om matservering og annet som kan avhjelpe hverdagen.

Seniorboligene skal være trygge og gode boliger tilpasset eldre, og de skal ha gode utearealer som stimulerer til aktivitet. De skal tilrettelegges med gode møteplasser både ute og inne, med mulighet for felles måltider, sosialt samvær og fritidsaktiviteter. Det vil gi trygghet og forebygge ensomhet, og det kan være med på å styrke helsen til beboerne.

Seniorboligene bør både kunne kjøpes og leies. Prosjektene bør også kunne tilby leiligheter av ulike størrelser, for å kunne møte ulike behov. De bør bygges med ulik kvalitet, slik at de kan være et reelt tilbud til alle grupper eldre til en overkommelig pris. Seniorboligene er ikke en kommunal byggeoppgave, men som planmyndighet og grunneier kan og bør kommunen stimulere boligutbyggere til å bygge seniorboliger.

Det er behov for økt kunnskap og erfaringer om gode boligløsninger for eldre. Dette gjelder både tilrettelegging av boligen innendørs, boligtype, bomiljø og nærmiljøet der seniorboligene blir etablert. Kommunen må aktivt bruke reguleringsplaner og bestemmelser for å stimulere til bygging av seniorboliger. Gjennom avtaler med utbyggerne må både kommunens behov og lønnsomhet for utbyggerne ivaretas. Avtalene kan gjelde både utbygging og drift, med boligbyggelag eller private utbyggere som aktuelle avtaleparter. Satsingen på seniorboliger passer godt sammen med kommunens program Leve hele livet.

7.2.4 Tilrettelegge for omsorg pluss-boliger med tjenestetilbud

Institusjoner er gode for dem som har behov for omfattende bistand og omsorg, men kan være passiviserende for folk som fortsatt har evne til egenomsorg. Det er behov for flere private botilbud som er tilrettelagt med tjenester for beboere, såkalte plussløsninger.

Flere kommuner i Norge har etablert slike løsninger, som er botilbud med hensikt om å øke mestring og selvstendighet, særlig innen eldreomsorgen. Plussløsninger kan bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem, og utsette behovet for sykehjemsplass og bemannede omsorgsboliger.

Omsorg pluss er samlokaliserte omsorgsboliger, etter modell fra Oslo, som har fellesarealer og et døgnbemannet servicetilbud. Servicefunksjonen kan inneholde kafé, aktiviteter, vaktmestertjeneste, hvilende nattevakt med mer. Omsorg pluss kan tilby et mer aktivt og sosialt liv, som kan styrke både den fysiske og psykiske helsen.

Beboerne får tildelt boligen som en tjeneste med vedtak fra kommunen. Omsorg pluss har en enklere driftsform enn bofellesskap. I et bofellesskap gir de ansatte all pleie og omsorg, og de sørger for alle aktivitetene til beboerne. I Omsorg pluss leier beboerne en bolig der det er døgnbemannet resepsjon, husverttjeneste, kafé med mulighet til å kjøpe varm mat hver dag og et aktivitetstilbud. I tillegg får beboerne hjemmetjenester etter søknad, på lik linje med andre som bor i egen bolig.

Også i Fredrikstad er etterspørselen etter slike konsepter økende. Særlig eldre personer som kan klare seg selv, men som likevel kan føle det ensomt, utrygt og upraktisk å bo i eget, opprinnelig hjem, vil kunne ha god nytte av et botilbud som tilbyr sosiale aktiviteter og mulighet for bistand ved behov.

Fredrikstad har i dag et plusskonsept ved Holmen eldresenter. Holmen eldresenter består av privat eide leiligheter, i tillegg til +Huset som er et kommunalt tilbud som tilbyr en rekke arrangementer for personer over 60 år. +Cafe er en rekke med foredrag som arrangeres hver vår og høst av helsestasjon for eldre og +Huset, med et variert program innen helse, sikkerhet og hverdagsliv.

Framtidens eldreomsorg i Fredrikstad kommune inkluderer en satsing på slike plusskonsepter. Bystyret har vedtatt at kommunen skal tilrettelegge for flere liknende botilbud. Boligene er samlokaliserte boliger som kan bygges og driftes enten privat eller kommunalt. Det er for eksempel mulig å engasjere private utbyggere til å inngå samarbeid med kommunen om tildelings- og tilvisningsavtaler, eller samarbeid med medlemsorganisasjoner som OBOS o.l.

Fakta: Tildelings- og tilvisningsavtalerTildelingsavtale

Brukes i prosjekter der alle utleieboligene er forbeholdt vanskeligstilte på boligmarkedet. I de tilfeller hvor kommunen ikke benytter seg av sin tildelingsrett, er eier ansvarlig for at boligen brukes i tråd med disse føringene. Dette innebærer at boligen kun kan leies ut til vanskeligstilte, også i de tilfeller hvor kommunen ikke benytter seg av sin tildelingsrett.

Målgruppe: Tildelingsavtaler anbefales når beboerne trenger oppfølgingstjenester fra kommunen.

Husbanken kan gi en kombinasjon av grunnlån og tilskudd på inntil 85 prosent av prosjektkostnad/kjøpesum. Avtaletiden er 30 år.

Tilvisningsavtale

Kommunen har tilvisningsrett til alle boligene i prosjektet, men bare en andel av utleieboligene, (inntil 40 prosent) er forbeholdt vanskeligstilte på boligmarkedet til enhver tid. De øvrige boligene i prosjektet kan leies ut på det åpne boligmarkedet, med minimum fem års leiekontrakter.

Målgruppe: Anbefales når beboerne er økonomisk vanskeligstilt, men ikke trenger spesielle oppfølgingstjenester fra kommunen.

Husbanken kan gi inntil 85 prosent grunnlån til prosjektet. Det gis ikke tilskudd. Avtaletiden er 20 år.

Fakta: Plusskonsept

Det vises blant annet til Oslo og Bergen kommuner som tilbyr flere plussløsninger, der kommunen eier boligene og beboere betaler husleie. Botilbudet består av boliger eller omsorgsboliger som er fysisk tilrettelagt og samlokalisert med for eksempel aktivitetssenter, kantine og/eller bemannet resepsjon. Her er målgruppen personer med evne til å bo hjemme, men som har behov for tilrettelegging i ulik grad og ønsker trygghet, aktivitet og muligheter for sosialt fellesskap. Også i Fredrikstad vil det være hensiktsmessig å tilrettelegge for slike bokonsepter.

7.2.5 Sikre tilstrekkelig tilgang til korttidsopphold for rehabilitering og avlastning

Som følge av samhandlingsreformen har kommunen fått ansvar for å ivareta syke pasienter. Dette medfører et økt behov for korttidsplasser i institusjon, der botilbudet består av rehabilitering og avlastning.

Et økt behov for korttidsplasser med fokus på rehabilitering gir større faglig ansvar og økt krav til kompetanse for kommunen.

7.2.6 Sikre tilstrekkelig tilgang til botilbud med heldøgns tjenester

Selv om det tilpassede botilbudet utvides i det private markedet, og flere innbyggere tilpasser egne boliger, vil mange fortsatt ha behov for å bo deler av livet i institusjoner eller boliger med heldøgns omsorg.

Utviklingen viser at de som mottar plass i sykehjem vil bo der i kortere perioder av livet. Plass i institusjon er ment for dem som har behov for omfattende bistand. Det er en utfordring at sykehjemsplass kan være passiviserende for innbyggere som fortsatt har evne til egenmestring.

For å sikre tilgang på tilstrekkelig kompetanse og en robust tjeneste anbefales det å samle sykehjem og omsorgsboliger i færre og større sentra. Forutsetninger for å etablere større

sykehjem er tydelige og avklarte roller og funksjoner, gode arbeidslinjer og etablering av hensiktsmessige støttefunksjoner. I tillegg er kompetanse viktig å ivareta.

7.3 Helsebyggene tilrettelegger for likeverdige, trygge og effektive tjenester

Tjenestene innen heldøgns omsorg skal være likeverdige, trygge og effektive. Med likeverdige tjenester menes tjenester som er tilpasset personlige forhold, etnisk mangfold, språk, kultur, tro og livssyn, alder, kjønn, seksuell orientering og funksjonsnivå.

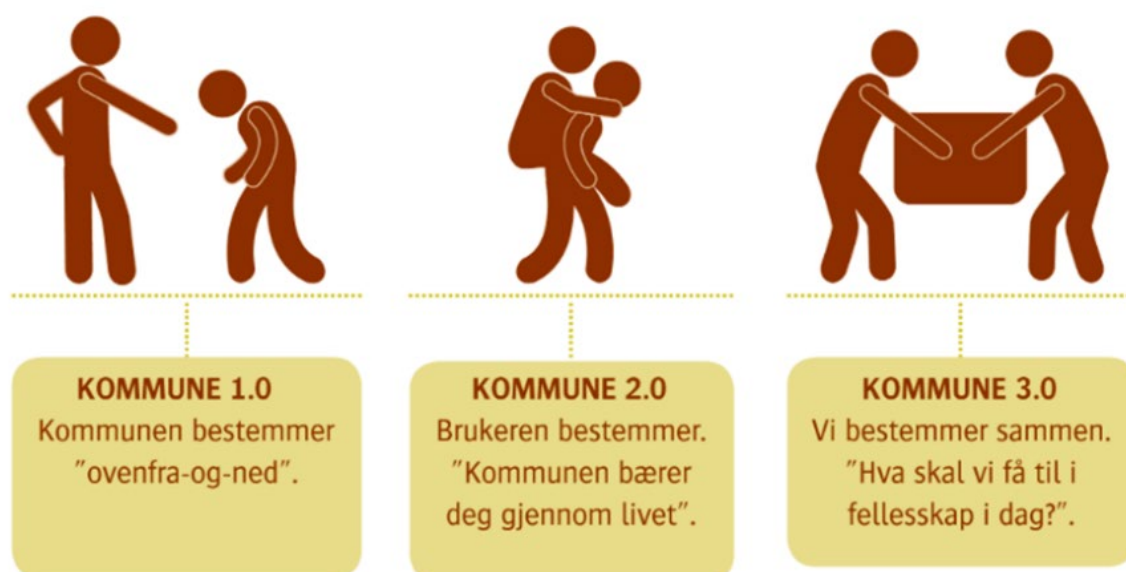
Trygghet i tjenestene er viktig både for tjenestemottakerne og de pårørende. Ved å satse på kvalitet, kompetanse og utvikling vil kommunen bidra til å sikre trygghet for alle involverte parter.

For å sikre en bærekraftig struktur i bo- og tjenestetilbudet skal kommunen ha en effektiv drift, som er forutsigbar for både innbyggere og ansatte. Det fokuseres på helhetlig tenking, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

7.3.1 Samskape med brukere, pårørende og frivillige

Retten til medvirkning bygger på den grunnleggende frihet alle mennesker har, og derav retten til å bestemme over seg selv. Selvstendighet, medbestemmelse og likeverd er viktige verdier, som framheves i kommunedelplan for helse og velferd, og som vil være i fokus ved dialog med brukere og pårørende om forløp i tjenestetilbudet.

Kommunen må komme tidlig på banen, avklare forventninger og mål i forkant, og gi bistand så tidlig som mulig for å legge til rette for egenomsorg. Videre er det viktig at den enkeltes oppfatninger, erfaringer og behov legges til grunn for beslutninger om hvordan tjenestene utformes. Arenaer for informasjonsformidling og oppfølging vil være sentrale virkemidler i strategien.



Illustrasjon av utviklingen fra kommune 1.0 til kommune 3.0.

Utviklingen i samfunnet er at kommunene beveger seg fra «kommune 2.0.» mot det såkalte «kommune 3.0», eller fra servicesamfunnet til fellesskapssamfunnet, som kjennetegnes av at brukeren ikke er en kunde, men en innbygger som bidrar til fellesskapet. Kommune 3.0-perspektivet vil bidra til å innfri samhandlingsreformen gjennom samskaping.

Pårørende har ofte et omfattende omsorgsansvar. Kommunen må legge til rette for at de får dekket sine behov, ved å bli støttet og avlastet på en god måte. Også andre nærperso-ner er viktig å betrakte som en ressurs og samarbeidspart. Blant annet vil det å bygge opp tjenester og botilbud rundt folks sosiale nettverk gi mulighet for å forebygge ensomhet og tilrettelegge for sosial interaksjon. Et pårørendesenter er etablert i Fredrikstad kommune, for å styrke pårørenderollen, samt gi avlastning og informasjon.

Kommunedelplan for helse og velferd presiserer mulighetene som ligger i et aktivt samarbeid med frivillig sektor, eksempelvis aktiviteter som faller utenfor organisasjonslivet, lokal virksomhet og lavterskelaktivitet. Det er behov for oppmerksomhet på mangfold og integrering, aktivisering og styrking av enkeltpersoners sosiale nettverk for å redusere ensomhet.

7.3.2 Drive innovativ tjenesteutvikling og digitalisering

Kommunen har som strategi å ta velferdsteknologi systematisk i bruk som et virkemiddel for å gi innbyggere bedre mulighet til å mestre eget liv og helse. En slik strategi er i tråd med anbefalingene i stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» (Meld. St. 29 (2012–2013)). Ved å satse på velferdsteknologi er det mulig å bidra til å øke kvaliteten på tjenestene, og å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse.

Satsing på bruk av velferdsteknologi er en av flere faktorer som kan bidra til en bærekraftig utvikling av helsetjenestene. Bruk av teknologi har som hensikt å koble sammen brukerens mål og mestringsevne med pårørendes mulighet til deltakelse og ikke minst avlastning. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at økt bruk av velferdsteknologi kan kreve omstillingsvilje hos ansatte og innbyggere, i form av nye rutiner og arbeidsoppgaver.

Fredrikstad kommune har mange digitale løsninger iverksatt, og arbeider kontinuerlig med forbedring. Flere av kommunens etater har god erfaring, og har kommet godt på vei, i driftssetting av digitale løsninger.

Innovativ tjenesteutvikling er mer enn bare teknologi. For å bidra til at innbyggere kan bli boende lenger hjemme er det viktig å satse på ambulante tjenester. Med ambulante tjenester menes tjenester som tilbys og ytes utenfor institusjoner som sykehjem eller sykehus. Dette kan være både behandlings- og habiliterings- og rehabiliteringsopplegg. Flere kommuner har etablert ambulante virksomheter som en del av tjenestetilbudet. Dette er tverrfaglige team som følger opp pasienter der de bor.

7.3.2.1 Varsling og lokaliseringsteknologi GPS

Fredrikstad etablerte våren 2021 en teknisk løsning for mobil trygghetsalarm med GPS på den velferdsteknologiske plattformen, som nå inngår i kommunens tjenester. Denne teknologien kan bidra til å øke tryggheten til personer som bor hjemme, og da særlig personer med demens.

7.3.2.2 Elektronisk medisineringsstøtte

Elektroniske medisindispensere varsler når medisin skal tas og gjør den riktige dosen tilgjengelig for brukeren. Dersom medisinen ikke blir tatt innen et gitt tidsrom, blir pårørende

eller hjemmetjenesten varslet. Dermed kan en slik legemiddelhåndtering bidra til at enda flere kan bli boende hjemme lenger og være selvhjulpne. Fredrikstad kommune startet innføringen av medisindispensere høsten 2020, og fortsetter utrulling gjennom hele 2022.

7.3.2.3 Elektroniske dørlåser (eLås)

Elektroniske dørlåser bidrar til en effektivisering av hjemmetjenesten, samt til høyere sikkerhet for brukeren. I Fredrikstad kommune er implementering av eLås ferdigstilt, og løsningen har kommet over i normal drift.

7.3.2.4 Digitale tilsyn

Digitale tilsyn er teknologibasert tilsyn ved bruk av sensorikk eller kamerateknologi. Disse løsningene kan gi oppfølgende personell et varsel dersom det oppstår situasjoner som krever oppfølging, og kan i mange tilfeller erstatte kontinuerlig eller periodisk manuelt tilsyn.

Digitale tilsyn kan gi brukere større grad av trygghet, egenmestring og privatliv, samtidig som det kan gi økt utnyttelse av kommunens helsefaglige personell. Digitale tilsyn brukes allerede i kommunen, men i liten skala. Det satses nå på ulike piloter for å utvikle tjenestene videre, mot økt bruk av denne teknologien.

7.3.3 Sørge for helhet og sammenheng i tjenestene

Helhetlige pasientforløp mellom de ulike helse- og omsorgstjenester i kommune- og spesialisthelsetjeneste forutsetter at nødvendige helseopplysninger følger pasienten i alle ledd. Formålet er å sikre nødvendig dokumentasjon og informasjonsflyt for å yte gode helse- og omsorgstjenester, samtidig som informasjonssikkerhet og taushetsplikt ivaretas.

7.4 Ivareta klima- og miljømål gjennom bærekraftige løsninger

Kommuneplanens samfunnsdel omtaler Fredrikstad kommunes målsettinger innen klima- og miljøutfordringene. Disse er ytterligere konkretisert i Fredrikstads klimaplan (kommunedelplan for klima 2019–2030). Fredrikstad skal være en grønn og kompakt by, der klimavennlig transport, og både nye og eksisterende bygg, bidrar til å løse klimautfordringene. Det er også viktig å integrere klimatilpasning i all fysisk planlegging.

7.4.1 Lokalisere tjenestetilbudet med god tilgjengelighet for ansatte og pårørende

Det skal i Fredrikstad prioriteres høy arealutnyttelse i sentrumsområdet og nær knutepunkt for kollektivtransport. For å bidra til en utvikling av byen der funksjoner innbyggerne trenger ligger i gang- og sykkelavstand vil tilgjengeligheten til bo- og tjenestetilbudet være i fokus.

Flere godt tilpassede boliger innenfor sentrale områder av byen kan gi eldre bedre muligheter til å ivareta sine behov uavhengig av kommunale tilbud, og gjøre det enklere å nå dem som er omsorgstrengende. Dette vil også være i tråd med kommuneplanens arealstrategi.

Helse- og omsorgsinstitusjoner bør lokaliseres med god tilgang til effektive og miljøvennlige transportmidler, for både ansatte og pårørende.

7.4.2 Vektlegge sirkulær tankegang, miljøvennlige materialer og energiløsninger, og lave klimagassutslipp ved nybygging og rehabilitering av helse- og omsorgsbygg

Et mål i kommuneplanens samfunnsdel er å benytte en sirkulær tankegang ved utvikling av nye bygg. Hovedmålsettingen i Fredrikstads klimaplan er å redusere klimagassutslippene betydelig.

Kommunen har strategi om å bygge anlegg som er fleksible, og som gjør det mulig å skille mellom bygg og tjenester. Byggene skal ha en generalitet i utformingen, som gjør at de kan dekke flere ulike behov. Det skal også legges vekt på å samlokalisere ulike kommunale formål, slik at man får en effektiv utnyttelse av infrastruktur og energiløsninger. Fredrikstad har også ambisjoner om å ta i bruk livsløpsanalyser for å ivareta miljømessige konsekvenser i hele livssyklusen til bygget.

Det er også viktig å ivareta klima- og miljømål i den eksisterende bygningsmassen. Dette kan gjøres ved hjelp av vedlikeholdsplaner og vedlikeholdsvennlige materialer.

8 Byggutvikling

8.1 Framtidens botilbud – videre arbeid

I dag (2022) driftes 664 langtids- og korttidsplasser i omsorgssentre/sykehjem og omsorgsboliger i Fredrikstad med heldøgns tjenester.

En framskriving av dagens situasjon, basert på befolkningsutvikling og uten å ta hensyn til de tidligere beskrevne strategiene for å redusere behovet, ville gitt et behov på cirka 1300 plasser med heldøgns tjenester i 2040.

Basert på at de beskrevne målsettingene og strategiene i denne planen påvirker behovet for langtidsplasser som forventet, estimeres behovet i 2040 å være rundt 700 boliger med heldøgns bemanning. Disse fordeles på korttids- og langtids plass i institusjon, og omsorgsboliger med bemanning. Dette tilsvarer tilnærmet samme antall plasser for langtidsopphold som i dag, samtidig som antall korttidsplasser øker.

Det er behov for å planlegge fleksible bygg, hvor endring i tjenestebehovene dekkes av tilpassede tjenester. De gjennomførte tilstands- og egnethetsvurderingene av Fredrikstads nåværende sykehjem/omsorgssentre og omsorgsboliger viser at det er svært variabel tilstand og egnethet på dagens bygningsmasse.

I tråd med kommuneplanens samfunnsdel er det et mål å benytte en sirkulær tankegang ved utvikling av nye bygg i Fredrikstad kommune. For alle planlagte nybygg vil dette være utgangspunktet for alle bygningsmessige løsninger. For å sikre best mulig tjenester er det viktig å sørge for at botilbudet er effektivt strukturert, ved å fokusere på tilgjengelighet ved valg av plassering av tjeneste- eller botilbud. Plasseringen av tilbudene må også sees i sammenheng med miljø- og klimavennlige løsninger.

8.2 Fokus på heldøgns tjenester framfor døgnbemannet boenhet

For politikk og planlegging kan det bli et problem når utbyggingen av heldøgns helse- og omsorgstjenester knyttes til bygningsmasse og tallet på institusjonsplasser, og ikke til innholdet i og omfanget av selve tjenestetilbudet.

Husbanken knytter hovedsakelig heldøgnsbegrepet til den enkelte brukers tjenestebehov og tjenestetilbud, og ser det først og fremst som sin oppgave å medvirke til å bygge boliger og institusjonsplasser som er best mulig tilrettelagt for beboere med et slikt tjenestebehov, og for personalet som skal yte heldøgns helse- og omsorgstjenester.

På den måten er det ikke boformen eller organisasjonsformen som konstituerer heldøgnsbegrepet, men innholdet i, og omfanget av, tjenestetilbudet. Det eneste Husbanken krever av organisasjonsmessige forutsetninger, er at kommunen har en omsorgsbasis i boligenes nærmiljø.

For Husbanken har det vist seg å være fruktbart å ha en slik to-trinns tilnærming til heldøgnsbegrepet, der en skiller mellom tjenester og botilbud. Det innebærer i prinsippet at brukerne kan motta heldøgns tjenester både i eget hjem, i omsorgsbolig eller institusjon. I

mange tilfeller oppstår det så et boligbehov som er særlig tilrettelagt når tjenestetilbudet blir så omfattende.

Hvordan tjenestetilbudet organiseres, eller i hvilke lokaler de ansatte har sitt tilhold, varierer, og er opp til den enkelte kommune å finne de beste løsninger på. Dette bør derfor ikke ha betydning for forståelsen av hva som er en heldøgns tjeneste.

Det er naturlig å knytte «heldøgns»-begrepet til kjennetegn og omfang av det tjenestetilbudet som blir gitt den enkelte, og skille klarere mellom behovet for tjenester og behovet for et tilrettelagt botilbud utenfor eget hjem.

Et slikt skille vil gi bedre oversikt over hvor stor andel av befolkningen som har et «heldøgns»-tjenestebehov, og hvilke løsninger den enkelte kommune velger for å møte dette behovet. En to-trinns løsning synliggjør også at det er mulig å organisere «heldøgns»-tjenestetilbud på andre måter enn ved å bygge tradisjonelle omsorgsplasser. Ved å skille mellom tjenestetilbud og botilbud vil kommunen få et bedre grunnlag for å treffe beslutninger om hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene best kan organiseres for å møte pasientens og brukerens ønsker og behov.

Det avgjørende for om en person mottar «heldøgns tjenester» bør ta utgangspunkt i omfanget og sammensetningen av den enkeltes tjenestetilbud, der en legger opp til en to-trinns prosess, for først å se på utformingen av den enkeltes tjenestetilbud og deretter å vurdere boligbehovet.

8.3 Målgrupper for heldøgns bo- og tjenestetilbud

Selv om de fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, vil mange fremdeles ha behov for å bo i institusjoner eller i boliger med heldøgns tjenester i deler av livet. Plass i institusjon er ment for dem som har behov for omfattende bistand.

Målgruppen omfatter alle aldre, og kan inndeles i følgende grupper:

8.3.1 Personer med demens og annen kognitiv svikt

Omfatter innbyggere med demensdiagnose eller annen kognitiv svikt. En regner med at om lag 75 prosent av de som har fast langtids sykehjemsplass har utviklet demenssykdom, og at demens er en av de største helse- og omsorgsutfordringene samfunnet står overfor, som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen.

8.3.2 Personer med somatiske lidelser

Omfatter innbyggere med ulike fysiske symptomer, sykdom og funksjonsnedsettelse, som går under samlebetegnelsen somatikk. Har som oftest behov for korttidsplass, til rehabilitering etter fall eller kirurgiske inngrep, eller etter utskriving fra sykehus med andre somatiske helseutfordringer.

8.3.3 Personer med nedsatt funksjonsevne/psykisk utviklingshemming

Omfatter innbyggere med fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelse, herunder personer som har behov for omfattende heldøgns tjenester. For mange i målgruppen vil behovet for et tilrettelagt bolig med heldøgns tjenester ha vært kjent over lang tid, mens boligbehovet for andre vil oppstå akutt etter skade eller ulykke.

8.3.4 Personer med psykisk sykdom og/eller rusproblematikk

Kan i hovedsak deles inn i tre hovedgrupper; innbyggere med rusavhengighet, med psykisk lidelse og med ROP-lidelse (samtidige utfordringer med rus og psykisk helse). Det er svært varierende behov for bolig- og oppfølgingstjenester i denne gruppen.

8.4 Lokaliseringsvalg – sentrale vurderinger

Et aktuelt grep for å sikre en effektiv tjeneste er samlokalisering av bygg og tverrfaglige miljøer med sentral plassering. Dette vil over tid innebære en utvikling mot færre og større enheter, framfor mange små enheter.

Plasseringen av tilbudet må sees i sammenheng med miljø- og klimavennlige løsninger. For å sikre best mulig tjenester er det viktig å sørge for at botilbudet er effektivt strukturert, ved å fokusere på tilgjengelighet ved plassering av tjeneste- og botilbud.

Basert på gjennomførte egnethet- og tilstandsvurderinger av kommunens bygg, er det vurdert videreutvikling eller avvikling av sykehjemsdriften ved de eksisterende sykehjemmene. Egnethet for andre formål er samtidig vurdert.

Denne planen anbefaler å satse på utvikling av fire hovedsentra, med sykehjem, omsorgsboliger og personalbaser til hjemmesykepleie lokalisert i nærheten av hverandre. De fire områdene er:

- Østsiden
- Onsøy
- Sentrum/FMV
- Glemmen

I tillegg videreføres enkelte av sykehjemmene som i dag har god standard og forutsetninger for effektiv drift.

Planene for både rehabilitering og utbygging av helsebygg forutsetter at en stadig større del av helse- og omsorgstjenesten skal ytes i hjemmet, og en redusert andel på institusjon.

I tråd med planens mål og strategier skal Fredrikstad kommune forsterke arbeidet med forebyggende og helsefremmede tiltak ytterligere, kombinert med økt tilrettelegging og mangfold i boligtilbudet og flere hjemmebaserte tjenester. Dette for å redusere behovet for tradisjonelle institusjonstilbud.

Samtidig er det strategisk viktig å sikre tilstrekkelig tilgang til både korttidsopphold og botilbud med heldøgns tjenester, som ivaretar både likeverdige, trygge og effektive tjenester, og miljømessig bærekraft.

I hvilken grad vi lykkes med strategiene og satsingsområdene, vil være avgjørende for framtidig behov for heldøgns omsorg i sykehjem eller omsorgsboliger, og dermed for de samlede offentlige kostnadene.

Det er utviklet og vurdert scenarier⁶ for avvikling av tjenestedrift ved enkelte lokasjoner og nybygg innen langtids- og korttidsopphold. For å komme fram til de anbefalte tiltakene for sykehjem, er det tatt utgangspunkt i egnethets- og tilstandsanalyser, samt vurdering av lokalisering og hvilket utviklingspotensial som finnes på tomtene.

8.5 Anbefalt lokaliseringsvalg og utbyggingsrekkefølge

8.5.1 Sykehjem

I dette kapitlet presenteres forslag til framtidige lokasjoner for sykehjem, og avvikling av dagens sykehjemsdrift for øvrige sykehjem.

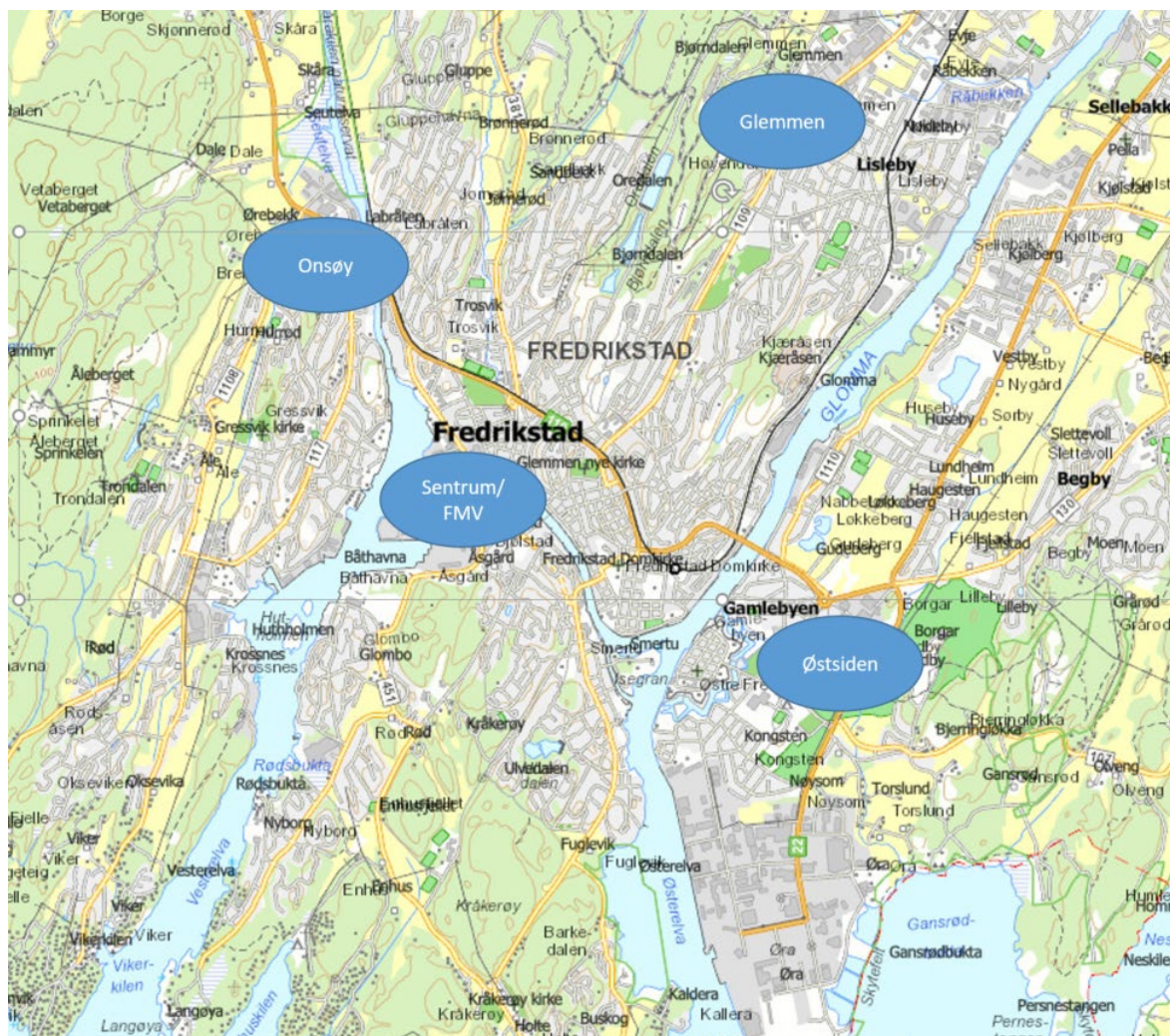
For de eiendommene hvor det foreslås at driften avvikles, vil det iverksettes utredninger for alternativ bruk av tomt og bygningsmasse. Disse utredningene vil vurdere alternativ bruk av bygningsmassen, bruk til andre kommunale formål, utvikling av tomten, salg av tomten, mv.

Ved etablering av nye plasser for langtidsopphold økes ikke nødvendigvis antallet plasser i drift tilsvarende. Antall plasser i drift vil samsvare med behovet for langtidsopphold til enhver tid. Det vil si at antall plasser i drift vil kunne variere, avhengig av det faktiske behovet. Dette må også ses i sammenheng med sykehjem hvor dagens drift foreslås avviklet.

Planen legger opp til:

- Fire hovedlokasjoner – store enheter, med tilleggende tilbud i nærheten; Nord, Syd, Øst og Vest.
- Å beholde plasser som innehar en forsvarlig standard i planperioden.
- Løsninger der vi får en kombinasjon av sykehjem og boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester i samme område.

⁶ Det er sett på ulike scenarier for opprettholdelse av totalt antall plasser i drift som møter behovet til enhver tid.



Kart over framtidige sentra for sykehjem og omsorgsboliger.

Tabellen under viser en oversikt over plan for videre drift av sykehjemsbygg i Fredrikstad kommune. Oversikten er laget med bakgrunn i scenariene som er vurdert for utvikling eller rehabilitering av eksisterende bygg, og etablering av nybygg. Antall plasser i drift vil til enhver tid tilpasses behovet for sykehjemsplasser, innenfor det økonomiske handlingsrommet.

Beskrivelse av eksisterende anlegg	Foreslått utvikling	År	Endring antall plasser i drift
Østsiden sykehjem	Videreføres som i dag i hele perioden med 112 plasser.	-	-
Rolvsøy sykehjem	Videreføres som i dag i hele perioden med 41 plasser. Rehabiliteres i 2034.	-	-
Gressvik sykehjem	Videreføres som i dag i hele perioden med 63 plasser.	-	-
Solliheimen sykehjem	Videreføres som i dag i hele perioden med 58 plasser. Rehabiliteres i 2029.	-	-
Onsøyheimen	Byggefase, ferdig 2023.	2023	120
Torsnes	Avvikling/omdisponering, etter nærmere avklaring		-25
Fredrikstad korttidssenter	Avvikling i nåværende form og overføring til Helseparken Onsøyheimen	2023	-90
Nytt medisinsk senter	Ferdigstilles	2027	120
Glemmen	Rives	2027	-75
Nye Glemmen	Ferdigstilles	2030	100
Fjeldberg	Avvikling	2029	-52
Nye Smedbakken	Ferdigstilles	2034	60+15 boliger

Forslag til utvikling for sykehjem mot 2040.

8.5.2 Sykehjem som videreføres i perioden mot 2040

8.5.2.1 Østsiden

Østsiden sykehjem er nylig utvidet til 112 plasser, og videreføres i hele perioden.

8.5.2.2 Rolvsøy

Rolvsøy sykehjem framstår som bygningsmessig godt vedlikeholdt, og er fortløpende oppgradert flere steder. Bygningen er godt egnet til formålet, og legger til rette for effektiv tjenestedrift.

Bygningsmassen er samtidig over 30 år gammel, og enkelte bygningsdeler nærmer seg forventet levetid. Dette medfører behov for en større rehabilitering i løpet av perioden, for å kunne videreføre antall plasser som i dag.

8.5.2.3 Gressvik

Gressvik sykehjem vurderes som godt bygningsmessig vedlikeholdt, og videreføres som i dag.

8.5.2.4 Solliheimen

Solliheimen sykehjem har en del svakheter, både med hensyn til planløsninger, arealer for forskjellige funksjoner, og fysiske muligheter for å utvikle bygget. Flertallet av beboerrommene tilfredsstiller ikke dagens standard for avstander og snusirkler. Svakheterne er ikke så alvorlige at de hindrer fortsatt forsvarlig drift i bygget.

Det foreslås en større rehabilitering i løpet av perioden, for å kunne videreføre antall plasser som i dag.

8.5.3 Vedtatte nye sykehjemsprosjekter

8.5.3.1 Nytt sykehjem i Onsøy – Onsøyheimen

Nytt sykehjem på Onsøy skal stå ferdig i 2023 med 120 plasser. Sykehjemmet bygges på tomte etter riving av gamle Onsøyheimen sykehjem, beliggende sentralt på Ørebekk i Fredrikstad. Kommunen har som mål å bygge et sykehjem som åpner seg mot samfunnet og legger til rette for frivillighet og samspill med nærsamfunnet på Onsøy. Det planlegges for dagsenter i samme bygg, spesielt tilrettelagt for hjemmeboende personer med demens.

I første fase av byggets drift er det besluttet å overføre korttidsplasser ved Fredrikstad korttidssenter til Onsøyheimen.

8.5.3.2 Oppgradering av Østsiden eldresenter – boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Østsiden eldresenter i Borgarveien 1-3 rehabiliteres i 2022. Prosjektet omfatter både ombygging og oppgradering av leiligheter, fellesarealer og inngangsparti.

8.5.4 Anbefalte nye sykehjemsprosjekter

8.5.4.1 Nytt korttidssenter/medisinsk senter

Som følge av samhandlingsreformen vil det i årene framover bli en økning i overføring av tjenester fra spesialisthelsetjenesten over til kommunen. I tillegg vil en stadig aldrende befolkning bety at behovet for korttidsplasser vil øke.

For å effektivisere tilbudet av korttidsplasser og kunne tilby innbyggerne et sterkt fagmiljø og en helhetlig tjeneste vil kommunen samle alle korttidsplasser i et senter. Det er også særlig viktig at tjenestene som tilbys på korttidssenteret har til hensikt å være rehabiliterende, og med fokus på egenmestring for å gjøre brukerne klare til å vende tilbake til eget hjem.

I planarbeidet framkom det en faglig anbefaling om å lokalisere et nytt medisinsk senter i sentrum av kommunen. I det videre utredningsarbeidet legges det til grunn at medisinsk senter bygges på nåværende tomt. Opprusting og bruk av eksisterende bygg skal utredes.

8.5.4.2 Nytt senter på Glemmen

Det anbefales å satse på Glemmen som et område for utvikling av et nytt senter for sykehjem, omsorgsboliger og eventuelle servicetilbud. Området består i dag av Glemmen sykehjem, kontorer til etat hjemmesykepleie, samt tre anlegg med ordinære kommunale utleieboliger i umiddelbar nærhet til sykehjemmet.

Dagens bygningsmasse ved Glemmen sykehjem består av mange ulike bygningsdeler, av ulik alder. Egnetheten og tilstanden er svært varierende, og anlegget er vurdert som uegnet for ombygging og omfattende rehabilitering. Det er store begrensninger i arealpotensialet i eksisterende konstruksjoner. Den sammensatte bygningsmassen punkterer tomten i stor

grad, og tomten er dermed ikke egnet for flere tilbygg. Ytterligere tilbygg vil forringe en allerede utfordrende situasjon når det gjelder rasjonell drift av sykehjemmet. Det anbefales derfor å erstatte dagens bygg med nybygg. Det må påregnes behov for nødvendig vedlikehold for å opprettholde videre drift fram til sanering.

Tomten er stor og har sentral beliggenhet i nærheten av fylkesvei 109, med mulighet for kollektivtransport og andre servicetilbud. Det må gjennomføres en regulering av tomten for videre utvikling.

8.5.5 Avvikling av sykehjem mot 2040

Det foreslås avvikling av sykehjemsdriften ved Fjeldberg innen 2030, samt avvikling av dagens bruk av tilliggende omsorgsboliger. Fjeldberg er vurdert som uegnet for videre drift, på grunn av blant annet uhensiktsmessige halvetasjer, dårlig isolasjon og heisproblematikk.

Svakhetene ved den bygningsmessige egnetheten ved sykehjemmet er så alvorlige og omfattende at det vurderes som lite hensiktsmessig å foreta investeringer for å heve standarden. Fram til tidspunkt for avvikling vil alternativ bruk av tomten utredes nærmere.

Torsnes sykehjem er vurdert som uegnet for videre sykehjemsdrift, og tomta ligger ikke til rette for videre utbygging. Sykehjemmet har i dag 25 langtidsplasser, fordelt på to etasjer. Dette gjør driftssituasjonen uoversiktlig og medfører en utfordring i perioder med lav bemanning. Beboerrommene tilfredsstillende, eller er ganske nær, dagens standard. Den usentrale beliggenheten vurderes imidlertid å være et problem for rasjonell sykehjemsdrift. Det utredes alternativer bruk av bygget, før en eventuell avvikling av sykehjemsdriften tidfestes.

8.5.6 Økonomiske konsekvenser i planperioden – sykehjem

De økonomiske konsekvensene av de anbefalte tiltakene i planperioden er oppsummert i tabellen under. Tabellen viser framdrift, antall plasser og investeringsbehov for de tiltakene som er i gang og for videre planlagte tiltak.

	Første driftsår	Antall plasser i drift	Investeringsbehov eks. tilskudd, MNOK	Investeringsbehov ink. tilskudd, MNOK
Onsøy	2023	120	526	309
Nytt medisinsk senter	2027	120	500-600	300-350
Rehabilitering Solliheimen	2029	58	200-220	110-130
Glemmen	2030	100	400-500	230-280
Smedbakken	2034	60 (oppussing av 20 plasser)	250-300	130-180
Rehabilitering Rolvsøy	2035	41	140-150	80-90

Tabell 1 Økonomiske investeringer i planperioden for sykehjem.

8.6 Omsorgsboliger

Teknisk tilstand og bygningsmessig egnethet er kartlagt for kommunens omsorgsboliger. Analysene viser at de fleste omsorgsboligene fungerer bra til den brukergruppen som bor der i dag.

Denne planen vurderer ikke levetid for eksisterende bygg eller investeringsbehov for nye omsorgsboliger. For å ivareta kommunens klima- og miljømål foreslås imidlertid at det, i tilknytning til de framtidige sentrene for sykehjem, også kan etableres boliger med heldøgns tjenester og personalbaser for hjemmetjenesten. En slik løsning vil gjøre det mulig å dele på infrastruktur og personalets fagmiljøer.

I de tilfeller hvor planen legger opp til avvikling av driften ved eksisterende sykehjem, vil omsorgsboliger som ligger på samme tomt også vurderes avviklet, eventuelt også revet. Alternativt utredes etablering av nye omsorgsboliger, salg av tomt osv.

Fredrikstad kommune vil sikre kapasiteten i tjenestetilbudet som en helhet, og vil derfor øke antall omsorgsboliger etter behov. Omsorgsboligene kan være både privat og kommunalt eid, og gir innbyggerne et fleksibelt og dynamisk tjenestetilbud.

Behovet for omsorgsboliger avhenger av effekten av ytterligere tiltak som er presentert i planen.

Kommunen vil også tilrettelegge for etablering av både kommunale og private plusskonsepter. Både omsorgsboliger og plusskonsepter kan løses ved hjelp av tildelings- og tilvisningsavtaler med private aktører. Slike avtaler gjør det enkelt for kommunen å tilpasse boligtilbudet etter behovet.

8.6.1 Såkalte boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Med tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester menes bolig:

- a) der beboers tjenestebehov vanligvis er så stort at det kan sammenliknes med tjenestebehovet som beboer i sykehjem har,
- b) der det er mulig å gi døgnkontinuerlige tjenester,
- c) der det er mulig å føre tilsyn med beboer som i sykehjem,
- d) der det er mulig å motta tjenester fra helse- og omsorgspersonell med kompetanse tilsvarende det personellet vanligvis har i sykehjem,
- e) der muligheten for å tilkalle hjelp, og responstiden, er som i sykehjem, og
- f) som kommunen tildeler disposisjonsrett til.

Det er utredet hvorvidt boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er mer kostnadseffektive å drifte enn tradisjonelle sykehjem. Disse vurderingene viser at det ikke er store forskjeller knyttet til den bygningsmessige driften. Forskjellene oppstår ved eventuelle ulikheter i bemanningssituasjonen.

En mer kostnadseffektiv drift fordrer at tjenestemottakerne i omsorgsboligene har et bistandsbehov som normalt kan dekkes med tjenestenivået i en omsorgsbolig. Ellers vil situasjoner der tjenestemottaker har et mer omfattende bistandsbehov tilsi at tjenestemottakeren heller burde vært tildelt plass i sykehjem.

8.7 Forutsetninger for kostnadsberegningene

Estimerte investeringskostnader er hentet fra nøkkeltall (erfaringstall) for etablering av en sykehjemsplass (4,5 MNOK) og boliger med heldøgns tjenester (4,1 MNOK).

Investeringen er fordelt over en periode på fire år for nybyggsprosjektene. For rehabiliteringsprosjektene er det estimert 80 prosent av nybyggskostnader for investering. Tilskudd fra Husbanken følger gjeldende satser, og forutsetter godkjent søknad om tilskudd.

For å komme fram til de anbefalte tiltakene for sykehjem og omsorgsboliger, er det tatt utgangspunkt i egnethetsvurderinger, tilstandsanalyser, lokalisering, samt utviklingspotensial på tomten. Det er videre vurdert hvilke konsekvenser de ulike scenarioene vil ha for kapital- og driftskostnader for kommunens portefølje av sykehjem.

Alle skisserte investeringsbehov må videre justeres for oppdatert framdrift og prosjektkostnad, slik dette framkommer i løpende budsjettprosesser. For flere av prosjektene foreligger foreløpig kun skisser og mulighetsstudier med grove kostnadsestimater, og ved videre prosjektering vil løsningene detaljeres ut og kostnadsestimatene bli sikrere enn hva de er i dag. Kostnadsestimatene tilfredsstiller per i dag ikke kommunens egne krav til *usikre anslag* som grunnlag for budsjettering i forbindelse med budsjett og økonomiplan.

8.8 Forslag til investerings- og prioriteringsrekkefølge

Plan for helse- og omsorgsbygg mot 2040 skal danne grunnlag for planlegging av utvikling og investeringer i helse- og omsorgsbygg i Fredrikstad kommune. Målet er å få en samlet oversikt over investerings- og rehabiliteringsbehovene i tiden framover. Dette vil gi økt forutsigbarhet når mindre eller større investeringer skal planlegges og vurderes opp mot hverandre.

Tabellen under oppsummerer forslag til utbyggingsrekkefølge og investeringer i botilbudet innen heldøgns omsorg for eldre og syke i Fredrikstad kommune i perioden:

	Første driftsår	Antall plasser i drift	Investerings-behov eks. tilskudd, MNOK	Investerings-behov inkl. tilskudd, MNOK
Onsøy	2023	120	526	309
Østsiden boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	2023	36	46	46
Nytt medisinsk senter	2027	120	500–600	300–350
Solliheimen sykehjem Rehabilitering	2029	58	200–220	110–130
Glemmen sykehjem	2030	100	400–500	230–280
Glemmen boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	2030	36	140–160	80–100
Smedbakken sykehjem	2034	60 (oppussing av 20 plasser)	250–300	130–180
Smedbakken boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	2034	15	50–70	30–40
Rolvøy sykehjem Rehabilitering	2035	41	140–150	80–90

Tiltakene som foreslås gir grunnlag for videre utrednings- og prosjekteringsarbeid, og skal følges opp i de årlige rulleringene av økonomiplan og budsjett.

9 Referanser

Brækhus, A., Dahl, T., Engedal, K., & Laake, K. (2013). *Hva er demens?* Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål

Departementene (2016). Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Fredrikstad kommune (2018). Kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030

Fredrikstad kommune (2022). BDO kostra-analyse 2021

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_6#§6-6

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra [regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Rom for omsorg - Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*. Hentet fra [regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115_rom_for_omsorg.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115_rom_for_omsorg.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet

Helse- og omsorgsdepartementet og KS. (2017). "Heldøgns" - et notat om bruken av begrepet "heldøgns helse- og omsorgstjenester" i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning. Omsorg 2020

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2014). *Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* Hentet fra [helsedirektoratet.no: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf)

Helsedirektoratet (2014). *Veileder - Sammen om mestring*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*

Hentet fra helsedirektoratet.no/retningslinjer:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>

Husbanken (2009). Rom for trygghet og omsorg - Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem

Husbanken (2017). *Utforming av sykehjem og omsorgsboliger til personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.*

Hentet fra husbanken.no: https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder_2012/ovrige_vikaar_utforming/

Husbanken (2018). <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/forebygging-helse-bolig-og-eldrebolge/eldrebolge-malrettet-boligplanlegging-og-tilpasset-boligmasse>

Husbanken (2018). <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/tilvisingsavtaler-kommunalt-disponerte-utleieboliger>

KS & Telemarksforskning (2017). Befolkningsendringer og kommunale investeringer - kompenseres kapitalkostnader som følge av befolkningsendringer?

KS (2019). Kommunerapport - ASSS-nettverket 2017 (rapporteringsåret 2018)

KS (2021). Kommunerapport - ASSS-nettverket 2020 (rapporteringsåret 2019)

KS og Rambøll (2017). FOU-prosjekt nr. 164037: "Boliger til pleie og omsorgsformål - Egnethet for dagens og fremtidens brukere"

Myrbostad, A., Østerlund, S. P., & Lauvsnes, M. (2011). *Forprosjekt Fremskrivingsmodell* Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn

Rambøll (2016, Desember). *Boliger til pleie- og omsorgsformål - levetid og egnethet.* Hentet fra ks.no: <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/utvikling/fou/boliger-til-pleie-og-omsorgsformal---levetid-og-egnethet.pdf>

Ramm, J., & Otnes, B. (2013). Personer med nedsatt funksjonsevne - Indikatorer for levekår og likestilling. Statistisk sentralbyrå

Sager, T. (2017). *Fremsynsmetoder.* Trondheim: Conceptprogrammet, NTNU

SSB. (2015). *Institusjon eller omsorgsbolig?* Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/institusjon-eller-omsorgsbolig>

SSB.(2018). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017

Store norske leksikon (2017). *Abraham Maslow.* Hentet fra https://snl.no/Abraham_Maslow
VID vitenskapelige høyskole/Agenda Kaupang. (2016). *Heldøgns omsorg - kommunenes dekningsgrad.* KS

10 Vedlegg

Vedlegg 1: Kriterier for tilstands- og egnethetsvurderinger sykehjem og omsorgsboliger

Vedlegg 2: Tilstandsvurderinger sykehjem og omsorgsboliger

Vedlegg 3: Egnethetsvurderinger sykehjem og omsorgsboliger

Vedlegg 4: Medvirkningsdager august 2018 – spørsmål til innbyggere

Vedlegg 5: Scenarier antall plasser i drift