



Grimstad



Universitets-
sykehjem

Tjenestekonseptrapport

RAPPORT

Oppdragsnavn:	Universitetssykehjem i Agder		
Oppdragsgiver:	Grimstad kommune		
Kontaktperson:	Frank Eikeland og Silje Bjerkås		
Emne:	Universitetssykehjem i Agder		
Ansvarlig enhet:	Avdeling for samfunnsutvikling WSP	Utført av:	Grimstad kommune i samarbeid med WSP
Tilgjengelighet:		Dato:	2026

SAMMENDRAG:

Grimstad kommune står overfor et betydelig strukturelt gap mellom fremtidig behov og dagens kapasitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette skyldes særlig sterk vekst i antall eldre, økning i personer med demens og begrenset tilgang på helsepersonell. Samtidig er dagens tjenestestruktur fragmentert, med spredt lokalisering, uhensiktsmessige bygg og omfattende bruk av leide lokaler, noe som er begrensende for driftseffektivitet og kostnader. Behovsanalysen viser at kommunen har behov for å bygge 96 nye heldøgns plasser fram mot 2050. I tillegg må kommunen planlegge for en dobling med 400 flere brukere av hjemmetjenesten fram mot 2050. Fremtidige behov innebærer en forventning om produktivitetsøkning på 4 %, som er avgjørende for å håndtere etterspørselsveksten uten uforholdsmessig økning i ressursbruk.

Tjenestekonseptrapporten belyser trinn 1 av konseptfasen for utvikling av et universitetssykehjem i Agder, og fremhever samlokalisering som et sentralt virkemiddel for å møte nevnte utfordringer. Et universitetssykehjem gir grunnlag for helhetlige pasientforløp, sterkere fagmiljøer, bedre samhandling og økt pasientsikkerhet. I tillegg etableres en integrert arena for forskning, utdanning og innovasjon i samarbeid med Universitetet i Agder og Fagskolen i Agder, som muliggjør utvikling av nye arbeidsformer, sammenhengende pasientforløp og tilgang på kompetanse. Dette vurderes som en forutsetning for å realisere dreining mot forebygging, tidlig innsats og hjemmebaserte tjenester i tråd med kommunens helhetlige innsatstrapp.

Kostnadsanalysen viser at forskjellene i samlede årskostnader mellom alternative tjenestekonsept er relativt små (under 5 %), til tross for ulike investeringsnivå. Dette skyldes at personalkostnader utgjør hoveddelen av kostnadsbildet. Samlokalisering gir imidlertid bedre grunnlag for effektiv drift og lavere bemanningsbehov over tid. Analysen viser også at manglende måloppnåelse på forventet produktivitetsøkning på 4 % kan medføre årlige merkostnader, noe som understreker betydningen av valg av rett tjenestekonsept. Videre optimalisering av valgt tjenestekonsept vil gjennomføres i trinn 2. av konseptfasen.

Samlet sett peker rapportens vurderinger entydig mot tjenestekonsept 1 som det beste alternativet.

Tjenestekonseptet oppnår høyest måloppnåelse på kvalitet, driftseffektivitet, fleksibilitet og samarbeid, og innebærer samlokalisering av tjenester som gir Grimstad kommune størst potensiale til å realisere nødvendig omstilling og produktivitetsvekst i helse- og omsorgstjenesten. Til tross for høyere investeringskostnad gir anbefalt tjenestekonsept de beste forutsetningene for bærekraftige, helhetlige og framtidsrettede helse- og omsorgstjenester i Grimstad kommune.

REV.	DATO	BESKRIVELSE	UTARBEIDET AV	GODKJENT AV
1.0	15.05.2026	Trinn 1 Konseptutredning Universitetssykehus i Agder		

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING - GRUNNLAG FOR KONSEPTFASEN	6
1.1. BAKGRUNN	6
1.2. MANDAT- UNIVERSITETSSYKEHJEM I AGDER	7
1.3. ORGANISERING OG STYRING.....	9
1.4. PROSESS FOR KONSEPTFASE	11
1.5. METODISK TILNÆRMING TRINN 1. KONSEPTFASE	12
2. PROBLEMBESKRIVELSE	15
2.1. OVERORDNET SITUASJONSILDE	15
2.2. OPPSUMMERT PROBLEMBESKRIVELSE	21
3. BEHOVSANALYSE	23
3.1. NORMATIVE BEHOV	23
3.2. INTERESSEBASERTE BEHOV	26
3.3. ETTERSPØRSELBASERTE BEHOV	28
3.4. OPPSUMMERNG - BEHOVSANALYSE	33
4. MÅL OG RAMMEBETINGELSER.....	35
4.1. PROSJEKTETS RAMMEBETINGELSER.....	35
4.2. SAMFUNNSMÅL.....	35
4.3. EFFEKT MÅL	36
4.4. SKAL OG BØR KRAV	37
5. TJENESTEKONSEPTER.....	39
5.1. NY ARENA TIL Å LØSE FREMTIDENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	40
5.2. SAMLOKALISERING – STIMULERING TIL ØKT VERDISKAPING	41
5.3. PLANLEGGE FOR DRIFTSEFFEKTIVE LØSNINGER	42
5.4. UTFORMING AV TJENESTEKONSEPTER	44
5.5. NÆRHETSMATRISE	46
5.6. ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPTER	47
6. ALTERNATIVANALYSE	55
6.1. VURDERING MÅLOPPNÅELSE AV ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPT	55
6.2. VURDERING AV SKAL KRAV	56
6.3. VURDERING AV BØR KRAV	57
6.4. KOSTNADSANALYSE- INVESTERING OG DRIFT.....	63
6.5. KOSTANDSANALYSE FOR ALTERNATIVENE	66
6.6. ØKT PRODUKTIVITET I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	69
6.7. RISIKO OG MULIGHETER VED ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPT	70
7. ANBEFALING VALG TJENESTEKONSEPT	73
8. PROSESS FRAM MOT BP2.....	73
8.1. OPTIMALISERING AV VALGT TJENESTEKONSEPT	73
8.2. MULIGE UTBYGGINGSSALTERNATIVER	75
8.3. OVERORDNET GJENNOMFØRINGSSTRATEGI	75

8.4.	RISIKOVURDERING	75
8.5.	KLIMA OG MILJØ.....	76
9.	VEDLEGG.....	77

FIGURTABELL

FIGUR 1. TABELL OVER SAKER BEHANDLET I KOMMUNESTYRET OM UNIVERSITETSSYKEHJEM I AGDER	8
FIGUR 2. ORGANISASJONSKART PROSJEKT UNIVERSITETSSYKEHJEM I AGDER	9
FIGUR 3. ILLUSTRASJON SAMARBEIDSAKTØRER OG MULIGE SAMARBEIDSAKTØRER	11
FIGUR 4. MODELL PROSJEKTVEIVISEREN	11
FIGUR 5. MODELL KONSEPTFASENS TO TRINN TILPASSET PROSJEKT UNIVERSITETSSYKEHJEM AGDER.....	12
FIGUR 6. MODELL KONSEPTFASE TRINN 1 TJENESTEKONSEPT	13
FIGUR 8. OVERSIKT DAGENS LOKALISERING TJENESTEFUNKSJONER	17
FIGUR 7. OVERSIKT INSTITUSJONSPASSER MAI 2026.....	18
FIGUR 8. OVERSIKT TJENESTER LOKALISERT I LEIDE LOKALER	20
FIGUR 9. OPPSUMMERT PROBLEMBESKRIVELSE	22
FIGUR 10. SENTRALE FØRINGER FOR HELSE- OG OMSORGSFELTET	23
FIGUR 11. OVERSIKT INTERESSENTBASERTE BEHOV	27
FIGUR 12. SSB TABELL 14288 BEFOLKNINGSUTVIKLING GRIMSTAD KOMMUNE.....	29
FIGUR 13. KILDE SSB TABELL 14288, BEARBEIDET AV AGDER FYLKESKOMMUNE. BUDSJETT OG ØKONOMIPLAN 2026-2029	30
FIGUR 14. FREMTIDIG BEHOV FOR HELDØGNS OMSORG. *)128 SYKEHJEMSPASSER + 52 BOLIGER PÅ BERGE GÅRD I DRIFT 2026 ...	30
FIGUR 15. FRAMSKRIVNING ØKNING KAPASITET BRUKERE AV HJEMMETJENESTEN.....	31
FIGUR 16. DEN HELHETLIGE INNSATSTRAPPA GRIMSTAD KOMMUNE, AGENDA KAUPANG.....	32
FIGUR 17. OVERSIKT - PROSJEKTUTLØSTE BEHOV	34
FIGUR 18. 13 EFFEKT MÅL FOR UNIVERSITETSSYKEHJEMMET I AGDER.....	36
FIGUR 19. EFFEKT MÅL MED BESKRIVELSE	37
FIGUR 20. SKAL KRAV	37
FIGUR 21. BØR KRAV	38
FIGUR 22. 7-DELT SKÅRINGSSKALA	38
FIGUR 23. VEKTINGSPRINSIPPER	38
FIGUR 24. MODELL MULIGHETSROMMET SOM VISER INVOLVERING AV AKTØRER MED ULIKE PERSPEKTIV, JORDAL ET.AL 2018.....	39
FIGUR 27 TID UTSATT HJELPEBEHOV NTNU	41
FIGUR 28. OVERSIKT GEVINSTER OG VERDISKAPING SAMLOKALISERING.....	42
FIGUR 29. KILDE, MENON (2012): VERDIEN AV MEDISINSK INNOVASJON. RAMBØLL (2022)	43
FIGUR 30. KOSTNADSFORDELING FOR HELSEBYGG I LØPET AV 60 ÅR. KILDE WSP NORGE (2020)	44
FIGUR 25 TABELL PRIORITERING TJENESTER UNIVERSITETSSYKEHJEM AGDER	46
FIGUR 26 NÆRHETSMODELL "KLYNGER" TJENESTEOMRÅDER UNIVERSITETSSYKEHJEM AGDER	47
FIGUR 31. DIAGRAM TJENESTEKONSEPT 1 – FULLT PROGRAM	50
FIGUR 32. DIAGRAM TJENESTEKONSEPT 2 – REDUSERT PROGRAM	51
FIGUR 33. DIAGRAM TJENESTEKONSEPT 3 – STERKT REDUSERT PROGRAM	53
FIGUR 34. DIAGRAM TJENESTEKONSEPT 4 - MINIMUMSPROGRAM.....	54
FIGUR 35. OVERSIKT AKTUELLE TJENESTEKONSEPT	56
FIGUR 36. OPPSUMMERING SKÅRING AV BØR KRAV	63
FIGUR 37 MODELL SOM VISUALISERER KOSTANDER OG VERDIER I INVESTERINGSPROSJEKT (UTARBEIDET WSP).....	64
FIGUR 38 MODELL VISER BEREGNET KAPITAL KRAV FOR ALTERNATIV TJENESTEKONSEPT.....	67
FIGUR 39 MODELL VISER ÅRLIG GJENNOMSNIITLIG KOSTNADER FINANS, BYGGDRIFT OG PERSONELL FOR TJENESTEKONSEPTENE.....	68
FIGUR 40 MODELL KONSEPTFASE TILPASSET UNIVERSITETSSYKEHJEM AGDER	74

1. INNLEDNING - GRUNNLAG FOR KONSEPTFASEN

Kapittelet gir en oversikt over bakgrunn, mandat og politiske føringer som ligger til grunn for å igangsette en konseptfase for Universitetssykehjem i Agder.

1.1. BAKGRUNN

Vi blir flere eldre og færre i arbeid. Det er NÅ vi må finne de gode løsningene. Derfor ønsker Grimstad kommune å utvikle Norges første universitetssykehjem.

Universitetssykehjem i Agder har som mål å utvikle en arena for forskning, innovasjon og samarbeid i utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Universitetssykehjem skal samle brukere, helsepersonell, forskere, undervisere, studenter, elever, frivillige, næringsliv for først og fremst gi gode og trygge helse- og omsorgstjenester, men også skape en arena for å forske, utdanne og utvikle morgendagens tjenester - på tvers av tjenestenivå. Fra hjem til sykehjem. Slik som universitetssykehusene har bidratt til utvikling innen medisin og spesialisthelsetjenesten, skal Universitetssykehjemmet løfte og styrke utviklingen i de kommunal helse- og omsorgstjenestene.

Grimstad kommune må planlegge for et økende behov for sykehjemsplasser, samt økning i de hjemmebaserte tjenestene og aktivitetstilbud som vil medføre både økonomiske og administrative konsekvenser. Sak 55/2026¹ «Dimensjonering av behov for sykehjem og hjemmetjenester for eldre» viser at Grimstad kommune vil trenge 96 nye heldøgns omsorgsplasser innen 2050. Videre viser saken at antall brukere av hjemmetjenesten vil øke kraftig, hvor antall brukere over 67 år nesten dobles fra 462 i 2024 til 862 i 2050.

I dimensjonering av fremtidig behov har Grimstad kommune lagt inn forventning om økt produktivitet på 4%. Dette er en ambisiøs, men ønsket utvikling og forutsetter at kommunen fortsetter å styrke hjemmebaserte tjenester, aktivitetstilbud og forebyggende innsats. Dette er sentrale innsatsområder for å dempe etterspørslene av helsetjenester og utsette behovet for hjelp på høyere og mer kostnadskrevende omsorgsnivå.

Grimstad kommune må også utvikle seg «smartere» på tvers av tjenester. Gjennom universitetssykehjem vil Grimstad kommunen samlokalisere største delen av helse- og omsorgstjenesten, som gir kommunen unik mulighet til å levere mer helhetlige, effektive og bærekraftige tjenester ved å koble sammen fagmiljø, ressurser og pasientforløp, på en måte som ikke er mulig når tjenestene er fragmentert med spredt lokalisering.

Behovet for sterkere samhandling (både internt og eksternt), bedre planlegging og økt kommunal kapasitet i møte med den voksende eldre befolkning underbygges av regjeringens arbeid som gir tydelige signaler om at kommunen må ruste seg for mer behandling og oppfølging nær pasienten². Kommunen må bygge kapasitet og organisering som faktisk kan ta imot og følge opp flere pasienter, særlig eldre med skrøpelighet og sammensatte behov.

¹ [Dimensjonering av behovet for sykehjemsplasser fram til 2050](#)

² [Helsereformutvalget, NOU Tid for handling, Riksrevisjon- samhandling om eldre 2026](#)

1.2. MANDAT- UNIVERSITETSSYKEHJEM I AGDER

Prosjektet Universitetssykehjem i Agder fikk sitt mandat i kommunestyret sak 23/70, 2.mai 2023 med følgende vedtak:

1. Kommunestyret tar rapport om universitetssykehjem til orientering.
2. Kommunestyret gir kommunedirektøren i oppdrag å finne forslag til egnet plassering av universitetssykehjem, primært på aksene Universitetet – Fagskolen, som legges frem for politisk behandling, der også følgende belyses:
 - a. Mulig tidshorisont for etablering av et universitetssykehjem.
 - b. Vurdering av konsekvenser et universitetssykehjem vil få for ombyggingen til institusjonsplasser på Grom, herunder om det fortsatt vil være behov for å etablere midlertidig modulsykehjem.
 - c. Dimensjonering av et universitetssykehjem med kapasitet for å sikre behovet for institusjonsplasser (både korttids- og langtids plasser) de nærmeste årene.
 - d. Mulighetene for å etablere et nytt legesenter i tilknytning til universitetssykehuset.
3. Kommunestyret gir kommunedirektøren mandat til å fortsette planleggingen av et universitetssykehjem.
4. I videre planlegging skal det tas høyde for at sykehuset kan realiseres som et offentlig og privat samarbeid.
5. Arbeid med universitetssykehjem gjøres uavhengig og parallelt av vedtak KS 23/48 om videre planlegging av sykehjems plasser.

Kommunestyret har videre gitt flere føringer i påfølgende saker om Universitetssykehjem i Agder, jf. tabell under som viser oversikt over gjennomførte saksbehandlinger i kommunestyret:

Sak	Beskrivelse
02.05.2023 - Saksnr. 70/2023	Kommunestyret – Mandat til å fortsette planlegging Oppdrag i å finne tomt i aksene Universitet – Fagskolen, belyse tidshorisont, dimensjonering og legekontor. I videre planlegging skal det tas høyde for at sykehuset kan realiseres som et offentlig og privat samarbeid.
21.11.2023 - Saksnr. 45/2023	Kommunestyret – Status Kommunestyret vedtar at fremtidig sykehjemsutbygging i Grimstad kommune kobles opp mot universitetssykehuset. Forskningsmiljøenes behov samt pasienters evne til å delta i forskning skal tas i betraktning i vurdering av type institusjonsplasser universitetssykehuset skal inneholde.
06.03.2024 - Saksnr. 31/2024	Kommunestyret – Status vår 2024, valg av tomt gbnr. 1/315, arbeid med detaljplan igangsettes
06.03.2025 - Saksnr. 22/2025	Kommunestyret – Status vår 2025, orientering om prosjektet, beskrivelse av hvilke tjenester som vurderes som en del av universitetssykehuset

30.10.2025 - Saksnr. 149/2025	Kommunestyret – Status høst 2025
19.01.2026- Saksnr. 26/278-1	Kommunestyret- Universitetssykehjem i Agder samarbeidsavtale

Figur 1. Tabell over saker behandlet i kommunestyret om Universitetssykehjem i Agder

Grimstad kommune, Universitetet i Agder (UiA) og Fagskolen i Agder (FiA) har lang erfaring med samarbeid. Blant annet gjennom etableringen av universitetet og i4Helse. I samarbeid med Senter for omsorgsforskning Sør, har partene utviklet et kunnskapsgrunnlag for mulighetene og utfordringene med etablering av et universitetssykehjem ved Campus Grimstad³.

Det foreligger ikke per i dag formelle krav for å bruke navnet universitetssykehjem. Prosjektet har dermed sett til vilkår for å være et universitetssykehus, og kommet fram til følgende vilkår for bruk av begrepet universitetssykehjem:

- Tett samarbeid mellom kommune, universitet, fagskole og øvrige aktører
- Helsetjenesten bidrar aktivt i forskningsbasert undervisning
- Studenter og elever har store deler av sin praksis i sykehjemmet
- Dokumentert helsefaglig forskning av høy kvalitet og relevans
- Sterkt fokus på innovasjon og teknologi for fremtidens helsetjenester

Universitetssykehjem er knyttet til realisering av nytt helsebygg med Grimstad kommune som byggherre. Hvilke tjenester og funksjoner for helse- og omsorgstjenesten som er hensiktsmessige å samlokalisere er utredet i egen rapport, *Behovsrapport Universitetssykehjem i Agder* (vedlegg 1.).

Målet med universitetssykehjem er å utvikle en arena for forskning, innovasjon og samarbeid i utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at prosjektet skal se utover et tradisjonelt sykehjem og inkludere funksjoner som støtter utvikling av nye løsninger for å sikre kvalitet og kapasitet i helse- og omsorgstjenesten fremover. Grimstad kommune vil få mulighet å realisere kommunens økende behov for sykehjems plasser, hjemmetjeneste og aktivitetstilbud. Samlokalisering av tjenester som typisk ligger i samme pasientforløp (f.eks. korttids, rehabilitering, fysio, ergo, forvaltning og koordinering, legetjenester, ernæring m.m.) gir «smart» effekt i form av raske tverrfaglige avklaringer og færre «overleveringer».

Partene signerte en forpliktende samarbeidsavtale 12.11.2026, jf. sak 26/278-1. Grimstad kommune forutsetter at arealer som utelukkende skal benyttes til forskning, utdanning og innovasjon skal være selvfinansierende.

I henhold til sak 31/2024 er tomt til universitetssykehjem vedtatt lokalisert ved Campus Grimstad og detaljregulering er varslet i form av planinitiativ. I denne fasen av prosjektet gjennomfører prosjektet en kvalitetssikring av tomten. Arbeid knyttet til tomt vil komme senere i prosessen og omtales ikke videre i denne utredningen.

³ Kunnskapsgrunnlag Universitetssykehjem i Agder [rapport 05 2024 u5.pdf](#)

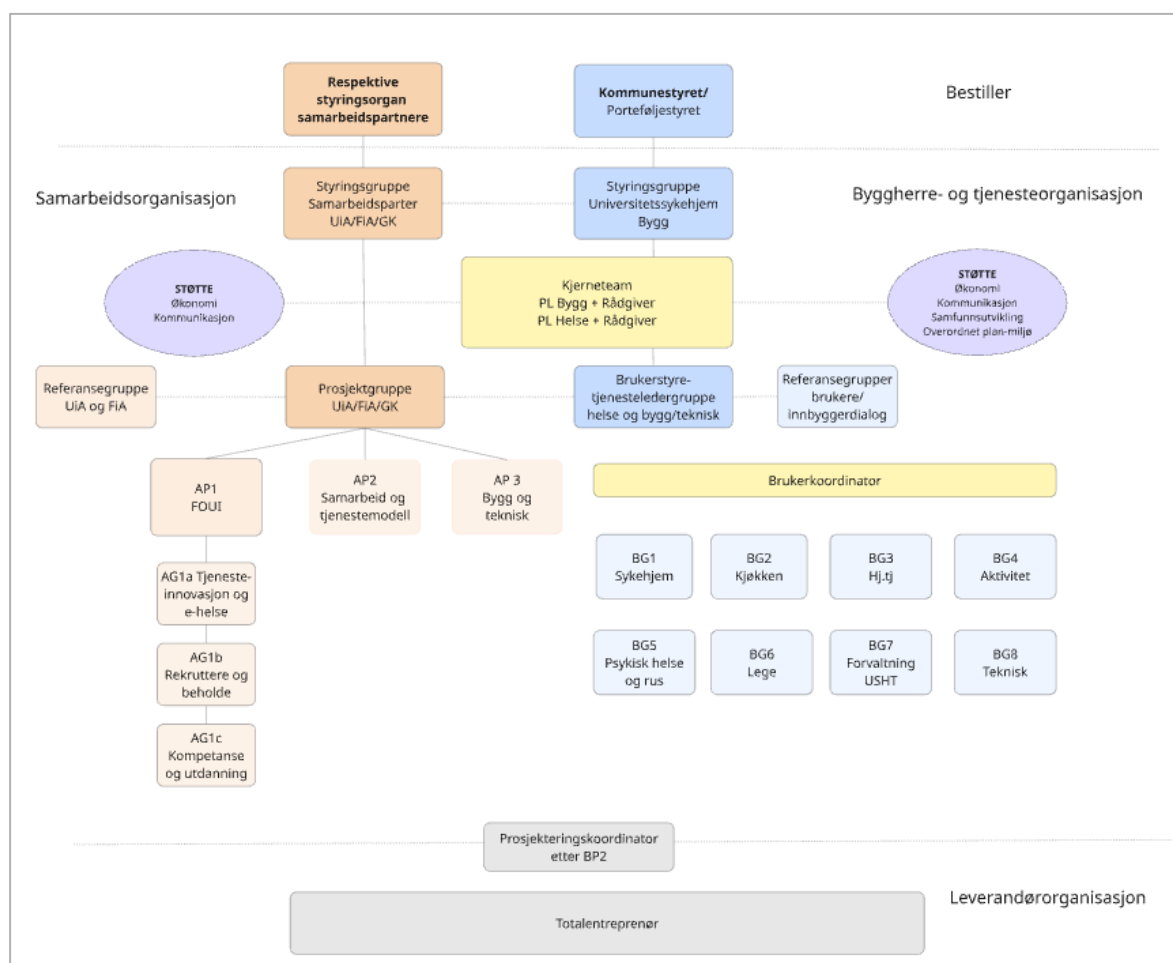
1.3. ORGANISERING OG STYRING

Prosjektet er organisert i to styringslinjer som er tett knyttet sammen. Vi omtaler dette som byggeprosjektet og samarbeidsprosjektet. Byggeprosjektet omfatter alle tjenester og arealer Grimstad kommune investerer i, mens samarbeidsprosjektet omhandler både de arealer samarbeidspartene skal disponere, men også samhandlingsplattformen som skal etableres. Det er en ambisjon om at den nyeste kunnskapen hentes inn fra samarbeidsprosjektet, og benyttes til utviklingen av byggeprosjektet.

Byggeprosjektet følger samme modell som andre kommunale investeringsprosjekter, med kommunestyret som øverste nivå, vist med blå kolonne i organisasjonskartet. Her inngår byggherrens prosjektorganisasjon, og relevante tjenestefunksjoner deltar gjennom ulike brukergrupper.

Samarbeidsprosjektet er vist i den oransje kolonnen. For denne delen er det etablert en egen samarbeidsorganisasjon med representanter fra Grimstad kommune, UiA og FiA på de ulike nivåene.

De to prosjektlinjene er visualisert i organisasjonskartet under:



Figur 2. Organisasjonskart prosjekt Universitetssykehjem i Agder

Arbeidet er gjennomført i tett samarbeid med Grimstad kommune og samarbeidspartnerne. Prosjektet har rapportert til kommunens styringsgruppe for prosjektet (byggeprosjektet), og styringsgruppe samarbeidspartnere (samarbeidsprosjektet).

Denne rapporten bygger på flere kartlegginger og utredninger, og er et resultat av samarbeidet mellom prosjektlinj 1 (byggeprosjekt) og prosjektlinj 2 (samarbeidsprosjekt). Arbeidet er gjennomført fra mai 2025 til mai 2026.

1.3.1. HVORFOR ET UNIVERSITETSSYKEHJEM

Universitetssykehjem i Agder har mange samarbeidsaktører med ulike roller, ansvar, interesser og bidrag inn i prosjektet. Felles for alle er behovet for felles arena i utviklingen av fremtidens helsetjenester. UiA og FiA vil inneha en større rolle knyttet mot utdanning og forskning, mens Grimstad kommune har rollen som hovedleverandør av helse- og omsorgstjenester.

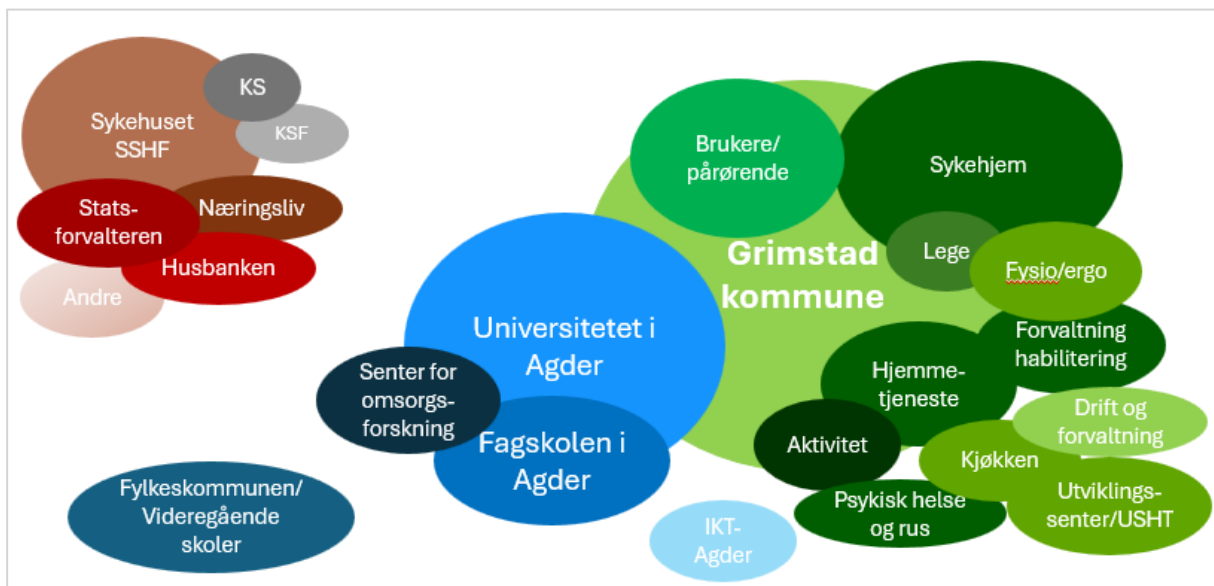
Grimstad kommune må planlegge for et økende behov for helse- og omsorgstjenester for eldre og yngre i årene som kommer. Det er et mål at kommunen skal utvikle tjenestene og øke produktiviteten med 4 %, jf. sak 55/2026⁴. Det krever sterkere tverrfaglig samarbeid og utvikling av nye arena og tjenestetilbud som støtter opp under innbyggernes mestring og selvstendighet. For Grimstad kommunen vil universitetssykehjem være en stor pådriver for en slik utviklingen.

Prosjektet er åpent for samarbeid med andre samarbeidspartnere. Spesielt ser Grimstad kommune at universitetssykehjem vil gi flere tiltak som er særlig relevante for å styrke samhandling mellom kommunen, sykehus, legetjenesten, akademia og tjenestene. Utvikling av arena som stimulerer til tettere samhandling med spesialisthelsetjenesten vil åpne for utvikling av felles modeller for framtidens helsetjenester med større vekt på forebygging, tidlig innsats og behandling nær pasienten. Viktigheten av tettere og forpliktende samarbeid mellom kommunene og sykehuset vektlegges også i ny rapport som tydeliggjør styrker og svakheter ved dagens rammer og virkemidler for helsefellesskapene⁵.

I figuren under er samarbeidspartnere, tjenester og andre interessenter i universitetssykehjem i Agder visuelt fremstilt. Grønne og blå «bobler» er tjenester som er planlagt i universitetssykehjemmet og omtales i denne rapporten. Prosjektet vil samtidig opprettholde dialog og samarbeid med øvrige aktører i videre prosess.

⁴ [Dimensjonering av behovet for sykehjemsplasser fram til 2050](#)

⁵ Styrker og svakheter ved rammer og virkemidler for helsefellesskapene 2026 Menon og Economics



Figur 3. Illustrasjon samarbeidsaktører og mulige samarbeidsaktører

1.4. PROSESS FOR KONSEPTFASE

Grimstad kommune styrer investeringsprosjekter etter [Prosjektveiviseren](#), som beskriver hvordan prosjekter skal gjennomføres gjennom faste faser med klare beslutningspunkter. Ved hvert beslutningspunkt vurderer prosjekteier (administrativt) og eventuelt bestiller (kommunestyret) om prosjektet kan gå videre.



Figur 4. Modell prosjektveiviseren

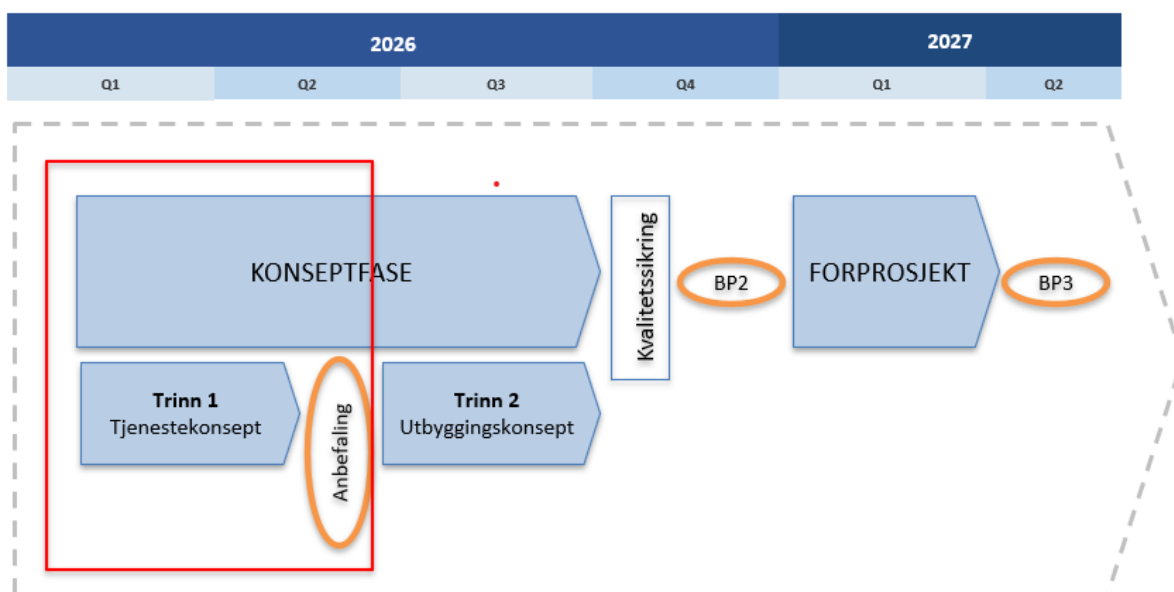
Prosjektet støtter seg i tillegg til sykehusbyggs «veileder for tidligfasen»⁶ og dens oppbygging av inndeling av konseptfasen i to trinn.

Fasen prosjektet befinner seg nå omtales som konseptfase. Formålet med konseptfasen er å utrede og framskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det konseptet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert for prosjektet. Det er behov for tydelig presisering og avgrensning av prosjektet i forhold til andre tiltak, både når det gjelder innhold, økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring.

⁶ [Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter 2023](#)

Av hensyn til prosjektets størrelse og kompleksitet gjennomføres konseptfasen i to trinn. Dette fordi beslutninger underveis er nødvendig for å redusere alternativer og dermed omfang på det som utredes.

Trinn 1 i konseptfasen er markert med den røde rammen, og fører fram til beslutning for anbefalt tjenestekonsept, som dette dokumentet danner et grunnlag for. Trinn 1 handler om å enes om innholdet i universitetssykehjem før man gjøre en mer inngående detaljering av utbyggingskonseptet i trinn 2.



Figur 5. Modell konseptfasens to trinn tilpasset prosjekt Universitetssykehjem Agder

1.4.1.1. *Trinn 1: Tjenestekonsept*

Innebærer en metodisk tilnærming i vurdering av aktuelle tjenestekonsept for Universitetssykehjem i Agder. Denne fasen har fem steg. Det er (1) Problembeskrivelse, (2) Behovsanalyse, (3) Mål og krav, (4) Tjenestekonsepser, (5) Alternativanalyse.

Formålet er å gi Grimstad kommune et godt beslutningsgrunnlag for valg av tjenestekonsept, investeringsomfang og et grovt arealprogram for Universitetssykehjemmet i Agder.

1.4.1.2. *Trinn 2: Utbyggingskonsept*

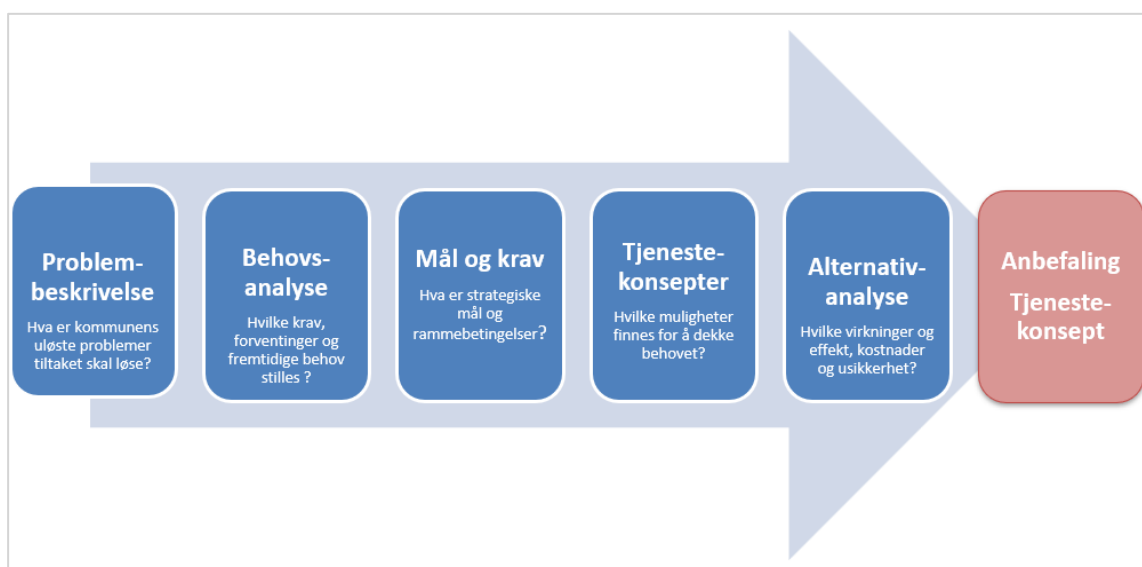
Trinn 2 bygger på anbefaling gitt fra trinn 1. Anbefalt tjenestekonsept utdypes og optimaliseres ytterligere, for så å legges fram til politisk behandling i beslutningspunkt 2 (BP2). Ulike utbyggingsalternativer vil ytterligere redegjøres for i trinn 2, inkludert vurdering om universitetssykehjem bør inneholde flere byggetrinn.

1.5. METODISK TILNÆRMING TRINN 1. KONSEPTFASE

Gjennom trinn 1 er det innhentet stort volum av kvalitativ informasjon fra ansatte, deltakere og prosjektledelsen med ulik tilhørighet, roller og kjennskap til arbeidet med universitetssykehjem

Agder. Det er i tillegg brukt grunnlagsmateriale utarbeidet av Grimstad kommune, nasjonale føringer og forskningsresultater som grunnlag i arbeidet. Hensikten har vært å få innsikt i muligheter og gevinster en kan oppnå med samlokalisering av tjenester, utdanning og forskning, samt hva sambruk av felles arealer vil gi av endringer i realisering av universitetssykehjem.

Øvelsen har krevd en utforskende prosess, da tjenestene og samarbeidspartnere aldri før har utviklet et universitetssykehjem. Kompleksiteten i prosjektet ansees som høy med stor bredde i tjenester, pasientgrupper og utvikling av nye samhandlingsarenaer. Fasene for arbeidet er skissert i modell nedenfor og fremkommer under hvert kapittel i rapporten.



Figur 6. Modell konseptfase Trinn 1 Tjenestekonsept

1) Problembeskrivelse bygger på mandat og premisser gitt av kommunestyret. Grunnlag for problembeskrivelse er dokumentert i et eget dokument som er kalt Behovsrapport, vedlegg 1. Behovsrapporten gir en beskrivelse av tjenester og funksjoner som planlegges inn i Universitetssykehjem- innramming av prosjektet. Behovsrapporten har hatt høy grad av brukerinvolvering med representanter fra både tjenestene i Grimstad kommune, UiA og FiA.

2) Behovsanalyse analyserer og systematiserer behov som følger av problembeskrivelsen. Synliggjør hvilke krav, forventninger og etterspørselsutvikling Grimstad kommune står overfor, og danner grunnlag for å vurdere om etablering av et universitetssykehjem er et relevant og nødvendig tiltak.

3) Mål og krav er utredet i tett samarbeid med tjenestene, og representanter fra samarbeidspartene, og skal gi prosjektet tydelige føringer på hvilke effekter og gevinster prosjektet skal oppnå.

4) Tjenestekonsepter definerer hva slags tjenester som inngår i alternative tjenestekonsepter. Et tjenestekonsept omhandler hvem de er for og hvordan de skal leveres for å gi mer helhetlig og effektive helse- og omsorgstjenester. Med utgangspunkt i det identifiserte behovet og mål er det utviklet flere alternative tjenestekonsepter, med grovt arealprogram.

5) Alternativanalysen vurderer mulige tjenestekonsepser med tilhørende økonomiske analyser og evalueres mot prosjektets mål og krav. De ulike tjenestekonsepser vurderes også mot et 0+-alternativ. Alternativ 0+ er et referansealternativ som omhandler å videreføre dagens løsning, men med kapasitetsøkning som er nødvendig i takt med en eldre befolkning. Alternativanalysen skal sikre at Grimstad kommune får frem det beste tjenestekonseptet for universitetssykehjem som tas videre for optimalisering og detaljering i trinn 2, frem mot beslutningspunkt 2.

Anbefaling valg av tjenestekonsept følger av alternativanalysen og representerer prosjektets innstilling til tjenestekonsept.

2. PROBLEMBESKRIVELSE

Utgangspunktet for prosjektet er et behov for utvikling og forbedring av tjenestene.

Problembeskrivelsen skal synliggjøre hvilke forhold som tilsier behov for tiltak, og hvorfor offentlig innsats er relevant⁷.

Kapittelet redegjør for sentrale faktorer som ligger til grunn for initiering av prosjektet. Det bygger på kunnskapsgrunnlaget for Universitetssykehjem i Agder og behovsrapporten, som samlet beskriver behov, rammer og utviklingsmuligheter. Hensikten er å etablere en felles forståelse av situasjonsbildet. Fremstillingen belyser både dagens utfordringer og utviklingstrekk, og danner grunnlag for behovsanalysen i neste kapittel.

2.1. OVERORDNET SITUASJONSBIKKE

Grimstad kommune har over tid levert gode resultater. Foreløpige resultater fra Kommunebarometeret 2026 viser at Grimstad kommune presterer godt, særlig innen pleie og omsorg⁸. Kommunen har et solid utgangspunkt for videre utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Samtidig står kommunen overfor utviklingstrekk som påvirker behov, kapasitet og organisering av tjenestene.

Behovsgrunnlaget er dokumentert i Behovsrapporten (vedlegg 1). Behovsrapporten gir en samlet fremstilling av behov, brukerinnspill og strategiske føringer. I denne tjenestekonseptrapporten presenteres en kortfattet og overordnet problembeskrivelse som grunnlag for videre behovsanalyse.

Behovsbildet viser noen tydelige utviklingstrekk:

- Økt etterspørsel etter tjenester som følge av endret befolkningssammensetning
- Behov for mer helhetlige og koordinerte tilbud
- Økte krav til kvalitet, effektivitet og bærekraft
- Økende knapphet på personell og kompetanse

Kommunen er i ferd med å dreie tjenestene i retning av mer hjemmebasert oppfølging, i tråd med nasjonale føringer. Samtidig stiller økonomiplanen⁹ krav til økt omstilling gjennom nye arbeidsformer og tettere samarbeid med utdanning og forskning.

Samlet sett viser situasjonen et godt fundament, men også behov for videre utvikling.

Utfordringsbildet handler ikke bare om behov for kapasitetsøkning, men om å utvikle en mer helhetlig og bærekraftig tjenestemodell¹⁰. Dette omfatter både organisering, samhandling og hvordan bygg og lokalisering kan støtte framtidige behov.

Flere av tjenestene driftes i gamle og lite egnede bygg, spredt over mange lokasjoner. En stor andel av tjenestene holder til i leide lokaler med høye leiekostnader.

⁷ [Statens prosjektmodell rundskriv 108/25](#)

⁸ [Tredje best i landet på kommunebarometeret - Grimstad kommune](#)

⁹ Budsjett 2026 og økonomiplan 2026-2029 [Helse og omsorg](#)

¹⁰ [Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2026](#)

I NOU 2023:4 *Tid for handling* påpeker Helsepersonellkommisjonen¹¹ at målsettingen om å beholde og utvikle gode og bærekraftige tjenester til befolkningen bare er mulig dersom det innføres tiltak som er omfattende nok. Omstillinger er helt nødvendig. Grimstad kommune har en vedtatt strategisk kompetanseplan for helse og omsorgssektoren 2024-2027¹². Helse- og omsorgssektoren i Grimstad kommune er godt i gang med å innføre flere anbefalte tiltak. Demografiske endringer og teknologiske krav skaper behov for ny kompetanse og tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og kommunale tjenester.

Grimstad kommune planlegger for å møte en voksende og mer sammensatt eldre befolkning. Stramme økonomiske rammer gjør at kommunen må vokse på en klok måte. Nye arbeidsformer og større investeringer blir nødvendige når antallet eldre øker. Heltidskultur og ny oppgavedeling er sentralt. Å flytte innsatsen fra reparasjon og behandling til forebygging og tidlig hjelp, samt investeringer i nye bygg med ny teknologi og infrastruktur som inneholder fremtidsrettede funksjoner, blir nødvendig.

I tråd med nasjonale føringer om at eldre skal bo hjemme lengst mulig, er Grimstad kommune i ferd med å legge om tjenesteprofilen. Den helhetlige innsatstrappa brukes som et rammeverk for å prioritere og utvikle tjenester mer bærekraftig. Målet er å styrke tiltak som fremmer egenmestring og forebygger behov for tunge tjenester. Kommunen vil utvikle tjenestene mot flere korttids- og rehabiliteringsplasser. Hjemmebaserte tjenester videreutvikles og aktivitetstilbud styrkes.

Tidlig innsats skal bidra til at flere eldre holder seg friske og kan bo hjemme lenger. Innbyggerne skal støttes til å leve sunne og aktive liv, og i større grad ta ansvar for egen helse. Samarbeid med familie, frivilligheten og private aktører blir derfor viktig i fremtidens tjenestemodell.

Universitetssykehjemmet vil bidra til flere arenaer for lavterskeltilbud som kan forebygge skrøpelighet, og redusere behov for tjenester.

2.1.1.

Helse og omsorgssektoren ledes av kommunalsjef og er organisert i 8 tjenesteområder ledet av tjenesteledere. Hvert tjenesteområde er delt i flere virksomheter med egne virksomhetsledere.

Dagens struktur innebærer at mange tjenester og funksjoner er spredt både organisatorisk og geografisk. Dette gir behov for koordinering på tvers og utfordrer samhandling mellom tjenester og fagmiljøer. Tjenestene er blant annet lokalisert ved Campus Helsesenter, Frivolltun, Bark Silas vei og Arendalsveien, i tillegg til flere mindre lokasjoner. Dagens organisering innebærer et potensial for mer samlet og helhetlig utvikling av tjenestene.

¹¹ [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4)

¹² [strategisk-kompetanseplan-2024-2027.pdf](#)

Tjenester og funksjoner	Lokalisert i dag
Forvaltning og koordinering	Campus Helsesenter
Utviklingssenter	Campus Helsesenter
Ernæring og kjøkkendrift (produksjonskjøkken)	Frivolltun
Sykehjemslege	Flere legekantor og sykehjem
Grøn legesenter	Campus Helsesenter
Arbeid og aktivitet	Flere lokasjoner
Jobbsentral	Flere lokasjoner
Livsmestring	Frivolltun
Rehabilitering og hjemmetjenesten	Campus Helsesenter
Frivolltun bo- og omsorgssenter – 22 korttidsplasser	Frivolltun
Mestring og rehabilitering inkludert hjelpemiddellager	Bark Silas Vei
Sosialambulerende team	Arendalsveien
Forebygging og rehabilitering	Arendalsveien
Habilitering administrasjon	Flere lokasjoner
Grom – 24 langtidsplasser	Frivolltun
Frivolltun bo- og omsorgssenter – 26 langtidsplasser	Frivolltun

Figur 7. Oversikt dagens lokalisering tjenestefunksjoner

2.1.1.1. Dagens organisering og fremtidig behov for kommunale heldøgntjenester til eldre

Problem 1.

Dagens organisering av heldøgns tjenester for eldre, slik de er etablert i eksisterende bygningsmasse, vurderes ikke å være tilstrekkelig tilpasset fremtidig behov og krav til tjenestekvalitet, kapasitet og effektiv drift.

Årsaker

Grimstad kommune tilbyr heldøgntjenester gjennom sykehjemsplasser og korttidsplasser, organisert i flere virksomheter. I tillegg ytes hjemmebaserte tjenester og rehabilitering for å legge til rette for at innbyggere kan bo lengst mulig hjemme.

Per mai 2026 har kommunen 128 institusjonsplasser fordelt på Fevikun og Frivolltun. Samtidig er dekningsgraden lavere enn landsgjennomsnittet¹³ og det oppstår perioder med ventelister. Dette gir økt press på hjemmebaserte tjenester.

Bygg	Virksomhet	Plasser
Feviktun bo- og omsorgssenter	Feviktun	56 langtidsplasser
Frivolltun bo- og omsorgssenter	Grom	24 langtidsplasser
Frivolltun bo- og omsorgssenter	Frivolltun	26 langtidsplasser
Frivolltun bo- og omsorgssenter	Korttid	22 korttidsplasser

¹³ [Statusrapport Eiendomsmassen for helse og omsorg](#)

Figur 8. Oversikt institusjonsplasser mai 2026

Kommunestyret har lagt til grunn at fremtidig utbygging og kapasitetsøkning skal knyttes til universitetssykehjemmet (sak 45/2023). Sak 55/26 om dimensjonering av behovet for sykehjemsplasser fram til 2050¹⁴ ble behandlet i kommunestyret 30. april 2026.

Universitetssykehjemmet planlegges slik at Grimstad kommune, når prosjektet er realisert, får en samlet kapasitet på 197 korttids- og langtidsplasser, i tråd med beregnet behov fram til 2040.

Forventede fordeler med samlokalisering og etablering av universitetssykehjem, legges til grunn for at kommunen skal oppnå 4% økt produktivitet i årene fremover.

Utvikling over tid

Behovet for heldøgns omsorg vil øke i årene fremover. Antall innbyggere over 80 år forventes å vokse betydelig, noe som vil gi økt etterspørsel etter tjenester. Samtidig legges det opp til at flere skal bo hjemme lenger. Dette vil redusere dekningsgraden, men øke behovet for hjemmebaserte tjenester, forebygging og aktivitetstilbud. Utviklingen stiller dermed krav til både økt kapasitet og en omstilling av tjenestene.

Grimstad kommune har behov for flere sykehjemsplasser. Statusrapporten for eiendomsmassen i helse- og omsorg (2022)¹⁵ viser at Grimstad kommune har utfordringer med både kapasitet og funksjonalitet i bygningsmassen. I juni 2022, sak PS 22/79, vedtok kommunestyret å prioritere arbeidet med å sikre nok sykehjemsplasser i det videre investeringsarbeidet. I desember 2023 vedtok et enstemmig kommunestyre, sak 45/2023, at fremtidig sykehjemsutbygging i Grimstad kommune skal kobles til universitetssykehjemmet.

Det er ingen klar definisjon på hvor mange sykehjemsplasser en kommune skal planlegge for. Alle norske kommuner er lovpålagt å tilby nødvendig helsehjelp, herunder heldøgnsomsorg til innbyggere som har behov for det. Det er ikke vedtatt egne nasjonale normer for dekningsgrad, og det er opp til den enkelte kommune å vurdere den samlede plasskapasiteten innen heldøgnsomsorg. Sykehjemsplasser er plassert i det øverste «trappetrinnet» i den helhetlige innsatstrappen.

Konsekvenser

Dagens kapasitet og organisering er ikke tilstrekkelig på sikt. Uten tilpasninger vil det være risiko for at kommunen ikke klarer å gi forsvarlige tjenester. Videreføring av dagens modell vil også være krevende å bemanne. Tilgangen på helsepersonell er begrenset, og det er ikke realistisk å dekke fremtidig behov gjennom økt bemanning alene. Dette peker mot behov for en mer bærekraftig tjenestemodell, med både økt kapasitet og styrket samspill mellom institusjons- og hjemmebaserte tjenester.

Uten investering og kapasitetsøkning, vil kommunen få større utfordringer med å levere forsvarlige tjenester innenfor lovens krav. Konsekvensen er høy risiko for tjenestesvikt og brudd på lovpålagte forpliktelser.

¹⁴ [Dimensjonering av behovet for sykehjemsplasser fram til 2050](#)

¹⁵ [Statusrapport Eiendomsmassen for helse og omsorg](#)

2.1.1.2. Bygningmessige begrensninger ved Frivolltun bo- og omsorgssenter

Problem 2:

Kommunens bygg ved Grom og Frivolltun bo- og omsorgssenter har bygningmessige begrensninger i møte med dagens krav til helse- og omsorgstjenester

Årsaker

Frivolltun bo- og omsorgssenter består av et hovedbygg fra 1975. Bygget ble rehabilitert rundt år 2000, da Grom ble oppført. Utforming, arealdisponering og teknisk tilstand gir utfordringer for både kvalitet og effektivitet. Blant annet er det lange korridorer, uoversiktlige arealer og mangel på støttefunksjoner og personalfasiliteter. Korttidsavdelingen mangler egnede treningsarealer, og Grom benyttes som sykehjem uten å være tilpasset dette formålet. Produksjonskjøkkenet ved Frivolltun er ikke tilpasset dagens behov eller fremtidig volum.

Samlet sett har byggene Selve hovedbygget ved Frivolltun er et sykehjem fra 1975. Bygget ble renoverert rundt år 2000 da GROM var nyoppført og pasientene midlertidig kunne flyttes dit slik at renoveringen kunne gjennomføres. Byggene er et hjem for pasienter og beboere, og en arbeidsplass for ansatte. Det er utført egnethetsvurdering av GROM og Frivolltun som viser at byggene i dag er lite egnet for moderne institusjonsdrift. Både utforming, arealdisponering og teknisk tilstand gir betydelige utfordringer for tjenestene som tilbys.

Opprinnelig er Grom oppført som omsorgsboliger, men benyttes til sykehjemsplasser. Midlertidig institusjonsdrift ved Grom vurderes som særlig kritisk, da bygget ikke er tilpasset denne bruken. Det er kun gikk en kortvarig, midlertidig dispensasjon for slik drift knytte til brannsikkerhet. vedlikeholdsetterslep og begrensninger som gjør dem lite egnet for dagens drift.

Andre institusjoner, herunder Feviktun bo- og omsorgssenter og Berge gård, inngår ikke i utredningen.

Utvikling over tid

Utfordringene i bygningsmassen vil forsterkes over tid. Behovet for heldøgns omsorg øker, og flere pasienter vil ha sammensatte og krevende behov. Samtidig stilles det strengere krav til pasientsikkerhet, gode arbeidsforhold til ansatte og effektiv drift. Eksisterende bygg har begrenset mulighet til å møte disse kravene uten omfattende tiltak. Behovet for matproduksjon vil øke, noe dagens kjøkkenkapasitet ikke er dimensjonert for. Samlet sett gjør dette dagens situasjon lite bærekraftig på sikt.

Konsekvenser

Uten større tiltak vil kommunen få økende utfordringer med å levere gode og effektive tjenester. Byggenes begrensninger påvirker både kvalitet, ansattes arbeidsforhold og drift. Dagens løsning, særlig bruk av Grom til institusjon, er ikke langsiktig holdbar. For å møte fremtidige behov bør bygningsmassen enten oppgraderes betydelig eller erstattes med nybygg.

2.1.1.3. Omfang leie av lokaler til kommunale helsetjenester

Problem 3:

Kommunen leier mange lokaler til formålsbygg.

Årsaker

Kommunens bruk av leide lokaler innen helse- og omsorgstjenester skyldes i stor grad kapasitetsutfordringer i egen bygningsmasse. Leie har vært en rask løsning, men lokalene er i begrenset grad tilpasset tjenestenes behov. Mange arealer er lite fleksible og i varierende grad egnede. Samtidig har kommunen et vedlikeholdsetterslep i egne bygg, noe som gjør det krevende å samle tjenestene der. Dagens leieforhold fremstår derfor som midlertidige løsninger på mer langsiktige strukturelle utfordringer.

Tjenester i leide lokaler:

Tjenester og funksjoner	Lokalisert i dag
Forvaltning og koordinering	Grøm næringspark
Utviklingssenter/USHT Agder (Øst)	Grøm næringspark
Grøm legesenter	Grøm næringspark
Rehabilitering og hjemmetjeneste	Grøm næringspark
Mestring og rehabilitering	Bark Silas Vei

Figur 9. Oversikt tjenester lokalisert i leide lokaler

Utvikling over tid

Behovet for rehabiliteringstjenester og hjemmebaserte tjenester vokser, og det stilles større krav til samhandling, teknologi og fleksible løsninger. Samtidig forventes vekst i legetjenester med økt behov for arealer til oppfølging av pasienter. Dette forsterker behovet for lokaler som er bedre tilpasset fremtidige tjenester.

Konsekvenser

Leide lokaler gir begrenset mulighet for utvikling og tilpasning av tjenestene. Dette påvirker både effektiv drift og kvalitet i tjenestene. Ordningen medfører også høye løpende kostnader uten å bygge opp langsiktige verdier. Samlet sett vurderes dagens situasjon som lite bærekraftig.

2.1.1.4. Barrierer for samarbeid, innovasjon og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene

Problem 4:

Kommunens fragmenterte tjenestestruktur, geografisk spredte lokasjoner og manglende arenaer for samskaping med forskning og utdanning svekker mulighetene for samhandling og systematisk kompetanse- og innovasjonsarbeid innen helse- og omsorgstjenestene.

Vurderingene i dette avsnittet er i hovedsak basert på rapporten *Universitetssykehjem i Agder – en arena for forskning, innovasjon og samarbeid om fremtidens helse- og omsorgstjenester*, rapport nr. 5/2024¹⁶.

Årsaker:

Dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene på flere geografisk adskilte lokasjoner utgjør en barriere for samarbeid, innovasjon og kompetanseutvikling. Fysisk avstand gjør det krevende å etablere felles arenaer for læring, tverrfaglig samarbeid og utviklingsarbeid.

Lokalene er i begrenset grad tilrettelagt for fleksibel bruk og nye arbeidsformer. Manglende arealer for simulering, teknologitest og felles læringsarenaer begrenser muligheten til å utvikle og prøve ut nye løsninger i praksis. Samlet sett mangler kommunen en struktur som understøtter samarbeid på tvers av tjenester og tett samspill med utdannings- og forskningsmiljøer.

Utvikling over tid:

Helse- og omsorgstjenestene er i endring, med økt behov for tverrfaglighet, digitalisering og kontinuerlig kompetanseutvikling. Samtidig får tjenestene mer komplekse oppgaver. Grimstad kommune har en strategisk fordel gjennom nærheten til universitet og fagskole, men dagens struktur utnytter i begrenset grad dette potensialet. Det er økende behov for arenaer som legger til rette for samarbeid, læring og utvikling.

Konsekvenser:

Dagens organisering begrenser muligheten til å utvikle framtidsrettede tjenester. Dette gir fragmenterte fagmiljøer, redusert samhandling og svakere kobling til kunnskapsmiljøene. Det blir mer krevende å bygge sterke fagmiljøer som tiltak for å beholde og rekruttere helsepersonell. Samlet svekker dette kommunens evne til å møte framtidige krav til kvalitet, effektivitet og bærekraft.

2.2. OPPSUMMERT PROBLEMBESKRIVELSE

Grimstad kommune har et godt utgangspunkt for videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene. Samtidig viser kapittel 2 at det er behov for omstilling og strukturelle endringer for å møte framtidige behov på en bærekraftig måte. Dagens tjenestestruktur er preget av flere lokasjoner, varierende byggkvalitet og bruk av leide lokaler. Dette gir potensial for en mer effektiv ressursbenyttelse. Framskrivninger viser økt behov for både heldøgnstjenester og hjemmebaserte tjenester i årene framover. Samtidig vil tilgangen på helsepersonell være begrenset. Dette innebærer at utvikling av tjenester må skje gjennom nye arbeidsformer, ny organisering og økt produktivitet.

¹⁶ [rapport_05_2024_u5.pdf](#)

Problembeskrivelsen identifiserer fire hovedproblem. Disse er oppsummert og strukturert i tabellen under:

Problem 1	Problem 2	Problem 3	Problem 4
Dagens organisering og framtidig bærekraft i kommunale heldøgntjenester.	Bygningsmessige begrensninger ved Frivolltun og Grom bo- og omsorgssenter.	Omfang leie av lokaler til kommunale helsetjenester.	Strukturelle barrierer for samhandling, innovasjon og kompetanseutvikling.
Årsak			
Kapasitetsutfordringer. Eksisterende plasser fordelt på flere institusjoner med varierende egnethet. Helsepersonellmangel. Kommunen er pålagt å levere nødvendige og forsvarlige heldøgns tjenester.	Bygg fra 1970-tallet med lav egnethet. Grom benyttes som sykehjem uten å være bygd for formålet. Produksjonskjøkken med større kapasitetsutfordringer og dårlige arbeidsforhold.	Leieforhold etablert pga. akutte behov. Midlertidige og lite fleksible lokaler, ofte ikke formålstjenlige. Fragmentert geografi med avstander mellom tjenester.	Grimstad kommune har behov for å utvikle framtidens helse og omsorgstjenester i tettere samarbeid med UiA og FiA.
Utvikling over tid			
Kraftig vekst i innbyggere over 80 år. Økt behov for sykehjemsplasser og korttidsplasser. Økt press på hjemmebaserte tjenester og forebyggende tjenester.	Økende krav til arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og institusjonsdrift. Flere pasienter med komplekse behov. Byggenes tekniske standard og planløsning henger ikke med utviklingen. Økende matproduksjon.	Tjenester utvikler seg med nye krav til arealer. Voksende hjemmetjeneste og rehabiliteringstjeneste krever fleksible og moderne lokaler.	Helse- og omsorgssektoren beveger seg mot mer digitalisering, forskning og tverrfaglige tjenester. UiAs Campus utviklingsplan 2020–2035 vektlegger samskaping, innovasjon og samarbeidssoner. Kommunen har vedtatt at universitetssykehjemmet etableres på campus.
Konsekvenser			
Risiko for tjenestevikt med brudd på lovpålagte tjenester uten kapasitetsøkning. Uholdbar drift pga. personellmangel og økende behov. Dagens tjenestemodell kan ikke videreføres. Behov for større strukturelle endringer.	Lite effektive driftsforhold. Manglende kvalitet i tjenester til pleietrengende og personer med demens. Behov for nybygg for å sikre forsvarlig drift.	Lite handlingsrom for tilpasninger og utvikling. Fragmenterte tjenester svekker kvalitet, samhandling og effektivitet. Høye leiekostnader uten egenkapitalbygging.	Redusert samhandling og svakere fagmiljøer. Svakere muligheter for innovasjon, forskning og utviklingsarbeid.

Figur 10. Oppsummert problembeskrivelse

3. BEHOVSANALYSE

I dette kapittelet analyseres og systematiseres behov som følger av problembeskrivelsen i forrige kapittel. Behovsanalysen vil synliggjøre hvilke krav, forventninger og etterspørselsutvikling Grimstad kommune står overfor, og danner grunnlag for å vurdere om etablering av et universitetssykehjem er et relevant og nødvendig tiltak.

Behovene er strukturert i tre hovedkategorier: normative behov, interessebaserte behov og etterspørselsbaserte behov. Kapittelet avsluttes med en samlet vurdering av det prosjektutløsende behovet.

3.1. NORMATIVE BEHOV

Normative behov omfatter rammer og føringer gitt gjennom lover, forskrifter, politiske målsettinger og overordnede strategier. For Universitetssykehjemmet i Agder innebærer dette krav og forventninger som påvirker valg av konsept og løsninger.

3.1.1. NASJONALE FØRINGER

De siste årene har Stortinget og Regjeringen samt ulike utredninger (NOU) lagt frem flere sentrale føringer for helse- og omsorgsfeltet. Disse føringene har stor betydning for hvordan kommunene skal innrette tjenestetilbudet til befolkningen generelt, og til eldre og pleietrengende.

Tittel	Hovedinnhold
Samhandlingsreformen (2008-2009)	Har hatt størst innvirkning på utviklingen av tjenestene. Reformen vektlegger pasientenes behov for koordinerte tjenester, og kommunens ansvar for å begrense og forebygge sykdom, samt oppgavefordelingen mellom kommuner og sykehus.
Morgendagens omsorg (2012-2013)	Handler om en helhetlig tilnærming til omsorgstjenestene, der bygg, fysiske strukturer, ny teknologi og nye tjenestemodeller ses i sammenheng.
Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014 – 2015)	Presenterer forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Her vektlegges flerfaglighet, helhetlige tjenester, kvalitet og kompetanse.
Leve hele livet (2017 – 2018)	Har samlet og systematisert erfaringer fra kommuner som har funnet nye, og bedre løsninger for tilbud til eldre.
Omsorg 2020	Har som mål å sikre bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunene.
Stortingsmelding 2019 – 2020: En innovativ offentlig sektor	Tar for seg innovasjon i offentlig sektor, utviklingstrekk, status, endringsbehov og regjeringens politikk for videre arbeid med innovasjon.
Mestre hele livet (2017 – 2022)	Er regjeringens strategi for god psykisk helse, med mål om at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at sosiale forskjeller i psykisk helse skal reduseres.
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten	Slår fast at toppledelsen har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

Figur 11. Sentrale føringer for helse- og omsorgsfeltet

De nasjonale føringer danner et viktig bakteppe for planlegging og utvikling av et Universitetssykehjem i Agder og har direkte relevans for prosjektet.

3.1.2. HUSBANKENS INVESTERINGSTILSKUDD

Ved planlegging av helse- og omsorgsbygg som skal finansieres av Husbanken, skal prinsippene om normalisering og integrering ligge til grunn. Dette innebærer at boligene ikke skal ha institusjonspreg, og at de bør plasseres i ordinære bomiljøer med tilgang til sosiale møteplasser, rekreasjonsområder og servicetilbud. Brukere skal delta aktivt i planleggingen, og prosessen skal ha tydelig sluttbrukerfokus.

Fra 1. januar 2022 gjelder det et plankrav ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Dette skal sikre at kommunene gjør helhetlige og langsiktige vurderinger av framtidig plassbehov, sett opp mot eksisterende bygninger og utviklingsmuligheter. Fra 1. juli 2024 har Husbanken også innført et nytt krav knyttet til smittevern.

Omsorgsbygg som finansieres med investeringstilskudd må være universelt utformet (NS 11001), oppfylle branntekniske krav til risikoklasse 6 og tilfredsstillende arbeidsmiljølovens krav. Byggene skal tilrettelegges for elektroniske hjelpemidler, kommunikasjonssystemer og velferdsteknologi, og naturligvis oppfylle krav etter plan- og bygningsloven og gjeldende byggeforskrifter.

Veilederen for investeringstilskudd presiserer at beboere som tildeles plass må ha vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester.

For 2026 er tilskuddssatsen per plass:

- **2 350 000 kr for sykehjem/institusjonsplass**
- **1 922 000 kr for omsorgsbolig**

Husbanken kan også gi tilskudd til 55 % av godkjente anleggskostnader for fellesarealer, tekniske anlegg og velferdsteknologi tilknyttet eksisterende omsorgsplasser. Det samme gjelder for lokaler som benyttes til dagaktivitetstilbud.

3.1.3. KOMMUNALE FØRINGER OG TIDLIGERE UTREDNINGER

Grimstad kommune har en tydelig ambisjon om å være en framoverlent og samskapende kommune, slik det er forankret i kommunens samfunnsplan og øvrige styringsdokumenter. Samskaping handler om å involvere flere aktører – innbyggere, fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner, næringsliv og frivillighet – for å identifisere utfordringer og utvikle de beste løsningene sammen. Det innebærer også en vilje til å utforske nye arbeidsformer, tenke annerledes og satse på innovative utviklingsprosesser.

Det er vedtatt at Grimstad kommune skal utvikle helse- og omsorgstjenestene etter den helhetlige innsatstrappen. Kommunen må kontinuerlig vri satsingen mot hjemmebaserte tjenester, og styre mot at innbyggerne i større grad selv er ansvarlig for å skaffe sin egen tilpassende bolig. Helse- og omsorgssektoren har vært igjennom en omorganisering som blant annet resulterte i et nytt tjenesteområde *Arbeid og aktivitet*. Kommunens dag- og aktivitetstilbud er organisert i det nye

tjenesteområdet. Økende antall hjemmeboende eldre og personer med demens vil gi et økt behov for avlastnings- og aktivitetstilbud. Aktivitetstilbud er lavterskeltilbud i den helhetlige innsatstrappen. Samling, styrking og utvikling av aktivitetstilbudene har som mål å utsette behov for andre kommunale tjenester som økt hjemmetjeneste og heldøgntjenester i tråd med vedtatt plan for kommunens aktivitetstilbud for eldre 2020-2024 ¹⁷.

Utviklingen av universitetssykehjemmet tar utgangspunkt i flere sentrale planer og strategiske dokumenter som legger føringer for Grimstad som kompetanseby, samskapingsarena og framtidsrettet helsekommune. Dette inkluderer kommunens samfunnsplan, eiendomsstrategi, budsjett og økonomiplan samt tema- og fagplaner innen helse og omsorg:

1. [Kommunens plan for forebyggende arbeid \(PDF, 986 kB\)](#)
2. [Aktivitetsplan for eldre 2020-2024 \(PDF, 2 MB\)](#)
3. [Boligsosial handlingsplan 2017-2020 \(PDF, 2 MB\)](#)
4. [Demensplan Grimstad kommune 2023-2026 \(pdf, 925 kb\) \(PDF, 925 kB\)](#)
5. [Digitaliseringsplan for helse og omsorg 2023-2024 \(PDF, 522 kB\)](#)
6. [Habiliterings- og rehabiliteringsplan 2019-2031 \(PDF, 2 MB\)](#)
7. [Handlingsplan mot vold i nære relasjoner](#)
8. [Handlingsplan for velferdsteknologi \(PDF, 762 kB\)](#)
9. [Kommunedelplan for helse og omsorg 2014 - 2026 \(PDF, 2 MB\)](#)
10. [Vedtatt planprogram for kommunedelplan helse- og omsorg 2014-2016 \(PDF, 2 MB\)](#)
11. [Plan for psykisk helse \(PDF, 295 kB\)](#)
12. [Pårørendestrategi \(PDF, 311 kB\)](#)
13. [Rusmiddelpolitisk plan \(PDF, 191 kB\)](#)
14. [Strategisk kompetanseplan helse- og omsorgssektoren 2024 - 2027 \(PDF, 357 kB\)](#)
15. [Tiltaksplan for barn i familier med lav inntekt \(PDF, 634 kB\)](#)
16. [Plan for legetjenesten i Grimstad kommune 2023-2026 \(PDF, 400 kB\)](#)
17. [Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Grimstad kommune 2023 \(PDF, 7 MB\)](#)

3.1.4. FØRINGER OG TIDLIGERE UTREDNINGER UiA OG FIA

Universitetet i Agder (UiA) etablerte Campus Grimstad i 2010 og har i dag sterke forskningsmiljøer og studietilbud på bachelor-, master- og ph.d.-nivå, særlig innen helse, teknologi og ingeniørfag. Campus Grimstad har om lag 3 500 studenter og over 350 ansatte, og er utviklet med tydelig vekt på samarbeid med samfunns- og arbeidsliv. Campusen tilbyr blant annet innovasjons- og forskningslaboratorier innen helse, teknologi og mekatronikk, og har etablert gode strukturer for praksisnær utdanning og samhandling med kommunale tjenester.

Grimstad kommune mottar årlig om lag 80–90 studenter fra UiA i praksis innen helse- og omsorgstjenestene, primært innen sykepleie- og vernepleierutdanningene. Kommunen har dermed en sentral rolle som praksisarena i utdanningen av framtidens helsepersonell.

¹⁷ [aktivitetsplan-for-eldre-2020-2024-vedtatt-081019.pdf](#)

UiA har som mål å styrke kvaliteten i forskning, utdanning og innovasjon, samt ta en ledende rolle i utvikling og bruk av ny teknologi og nye arbeidsformer. Dette innebærer et behov for tett kobling mellom utdanning, forskning og praksisfelt, og for arenaer som understøtter samarbeid, kunnskapsutvikling og praksisnær forskning.

Fagskolen i Agder (FiA) er lokalisert på Campus Grimstad og tilbyr høyere yrkesfaglig utdanning innen blant annet tekniske fag, maritime fag og helse- og oppvekstfag. Skolen har moderne lokaler og omkring 1 000 studenter, hvorav om lag 200 innen helse- og oppvekstfag. FiA samarbeider tett med lokalt og regionalt arbeidsliv for å sikre høy relevans i utdanningene og rask tilpasning til endrede kompetansebehov. Dette innebærer et behov for praksisnære læringsarenaer og tett samspill mellom utdanning og tjenesteleveranser i offentlig sektor.

Samlet viser føringer og tidligere utredninger at både UiA og FiA har behov for:

- økt kapasitet og kvalitet i praksisarenaer
- tett samhandling med kommunale tjenester
- arenaer for praksisnær forskning, utvikling og innovasjon
- strukturer som understøtter tverrfaglig læring og kompetanseutvikling

Dette forutsetter en sterkere kobling mellom utdanning, forskning og kommunale tjenester enn det dagens organisering og fysiske rammer i tilstrekkelig grad legger til rette for.

Andre viktige behov

Andre viktige behov omfatter forhold som ikke er direkte knyttet til det prosjektutløsende behovet, men som er av vesentlig betydning for om investeringen kan gjennomføres på en effektiv, bærekraftig og fremtidsrettet måte. Dette gjelder særlig behovet for å øke omstillingstakten innen tjenesteområdet helse og omsorg, redusere langsiktige driftskostnader og styrke kommunens evne til å beholde og rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Videre er det viktig å begrense klima- og miljøpåvirkningen knyttet til investeringen, samt å sikre at tiltaket ikke medfører konflikter med viktige frilufts- og naturområder.

3.2. INTERESSEBASERTE BEHOV

Etableringen av Universitetssykehjem i Agder berører et bredt spekter av interessenter med ulike roller, ansvar og forventninger. Dette kapittelet sammenfatter de interessebaserte behovene slik de kommer til uttrykk hos brukere, tjenesteytere, samarbeidspartnere og andre sentrale aktører rundt prosjektet.

Tabellen under gir en samlet og forenklet oversikt over sentrale interessentgrupper knyttet til Universitetssykehjem i Agder:

Interessent	Relasjon til prosjektet	Behov, ønsker og forventning
Pasienter og beboere	Tjenestemottakere	Trygghet, kvalitet og boforhold
Pårørende	Samarbeidspartnere	Informasjon, involvering og møteplasser
Helse og omsorgssektoren	Tjenesteansvarlig	Bærekraftig drift og helhetlige tjenester
Husbanken	Premissgiver, finansieringspartner	Etterlevelse av lover, forskrifter og tilskudds krav
Universitetet i Agder (UiA) og Fagskolen i Agder (FiA)	Utdannings-, forsknings og utviklingspartnere	Praksiskapasitet, samhandling og fag- og kompetanseutvikling
Spesialisthelsetjenesten	Samarbeidspartner	Bedre overgangsforløp, koordinering og samhandling
KSF Sør – Kommunenes samarbeidsarena for forskning Sør SOF Sør – Senter for omsorgsforskning Sør (UiA)	Forsknings, og kompetansemiljø	Arenaer for kunnskapsutvikling og innovasjon
USHT – Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste	Regionalt utviklings- og kompetansesenter for sykehjem og hjemmetjenester	Kvalitetsutvikling, fagutvikling og implementering av kunnskapsbasert praksis
Frivillige lag og organisasjoner	Samarbeidspartnere	Møteplasser, god samhandling og tilgjengelige lokaler
Næringslivet	Teknologi- og tjenesteleverandører	Samarbeidsmuligheter og innovasjon
Nødetatene	Operativ støtte i nødsituasjoner	Enkelt adkomst og trafikksikkerhet
Transport og leveranser	Logistikkaktører	Enkelt adkomst og trafikksikkerhet

Figur 12. Oversikt interessentbaserte behov

For pasienter og beboere er behovet for trygghet, kvalitet og verdige boforhold det mest sentrale. Dette omfatter både fysiske omgivelser som oppleves som hjemlige, oversiktlige og tilpasset ulike funksjonsnivå, samt tjenester som er helhetlige, forutsigbare og individuelt tilpasset. Pårørende er tett knyttet til dette perspektivet, med forventninger om god informasjon, tilgjengelighet, involvering og gode møteplasser som legger til rette for samarbeid og deltakelse i hverdagen rundt beboerne.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har ansvar for å ivareta lovpålagte oppgaver innenfor stramme rammer for økonomi og tilgang på arbeidskraft. Fra kommunens side er det derfor et tydelig behov for løsninger som gir bærekraftig drift, gode pasientforløp og effektiv utnyttelse av kompetanse og arealer. Samlokalisering, bedre logistikk og tverrfaglig samarbeid løftes frem som viktige virkemidler for å møte både dagens og fremtidens utfordringer.

Universitetet i Agder og Fagskolen i Agder har et langsiktig behov for flere og bedre praksisarenaer, tettere kobling mellom utdanning, forskning og kommunale tjenester samt styrkede fagmiljøer.

Spesialisthelsetjenesten etterspør sterkere samarbeid med kommunene for å sikre mer sammenhengende pasientforløp, bedre overgang mellom nivåene og redusert behov for unødvendige innleggelser.

Forsknings- og utviklingsaktører, som Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF Sør), Senter for omsorgsforskning Sør (SOF Sør) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), har behov for praksisnære arenaer der ny kunnskap kan utvikles, testes og implementeres i kommunale tjenester.

Andre viktige interessenter, som Husbanken, nødetater, frivillige organisasjoner og aktører innen transport og logistikk, har behov knyttet til regelverksetterlevelse, finansiering, tilgjengelighet, trafiksikkerhet og hensiktsmessige lokalløsninger. Disse interessene må ivaretas gjennom god planlegging og helhetlige løsninger i prosjektet.

Samlet viser interessentkartleggingen et tydelig og samstemt behov for et moderne, fleksibelt og inkluderende universitetssykehjem som:

- styrker kvalitet og bærekraft i helse- og omsorgstjenestene
- setter brukernes behov i sentrum
- fungerer som en regional arena for samarbeid, innovasjon og kunnskapsutvikling

3.2.1. MULIGE INTERESSEKONFLIKTER

Gjennom prosjektet er det løftet opp flere områder av motstridende faktor. Blant annet er det kommet bekymring rundt at «pasienter skal forskes på» og at forskning kan overskygge eldreomsorgen. Det har vært viktig for prosjektet og avklare at dette ikke er tilfelle, og at en heller vurderer at kombinasjonen praksis og forskning vil bidra til å styrke statusen til eldreomsorgen.

Andre interessekonflikter som er nevnt er knyttet til bruk av arealer, prioritering av faglige behov og ønsket om tilgang til lokaler fra ulike aktører. Utdannings-, forsknings- og næringslivsaktører kan ha behov som utfordrer driftshensyn, pasientsikkerhet og kapasitet. Mulige interessekonflikter må håndteres gjennom tydelige prioriteringer og god koordinering i den videre planleggingen.

3.3. ETTERSSPØRSELBASERTE BEHOV

Et gap mellom tilbud og etterspørsel vil indikere et samfunnsbehov for å enten dempe etterspørselen eller møte behovet. I Grimstad kommune er etterspørselbehovene i stor grad knyttet til:

- Demografisk utvikling
- Formålsbygg med kjente vedlikeholdsetterslep
- Behov for kapasitetsøkning innen heldøgnsomsorg
- Behov for vridning av helse- og omsorgstjenester med styrkning av forebyggende og hjemmebaserte tjenester

3.3.1. DEMOGRAFISK UTVIKLING

Tall fra SSB viser at befolkningssammensetningen i Grimstad vil endre seg fremover. Befolkningstall per november 2025 viser at Grimstads befolkning nå er 25 523. Dette gir en befolkningsvekst på ca. 0,5 % i 2025. Fortsetter veksten i Grimstad tilsvarende som tidligere år, vil den faktiske veksten være noe høyere enn hva SSB sine befolkningsframskrivninger legger opp til. Dette skyldes blant annet en større netto innenlands innflytting til Grimstad kommune enn hva SSB sine framskrivninger viser. I tillegg til en forventet netto innenlands innflytting, er det også grunn til å tro at det blir både netto innvandring og fødselsoverskudd i årene fremover. Selv om SSB sine befolkningsframskrivninger ikke treffer eksakt, vil de nasjonale/globale megatrendene fortsatt gjelde for Grimstad. Relativt sett blir det flere eldre og færre yngre innbyggere i Grimstad i årene som kommer.

- Antall personer i eldre aldersgrupper øker. For aldersgruppen 80 år og eldre blir veksten nesten 36 % de neste 8 årene.
- Nedgang i antall barn i grunnskolealder frem mot 2033 blir på 5-6 %.
- Antall barn i barnehagealder forventes en liten nedgang første del av perioden, før aldersgruppen igjen øker i antall.

Aldersgruppe	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
0 år	253	259	265	269	273	275	279	282
1-5 år	1 318	1 306	1 335	1 334	1 366	1 395	1 419	1 438
6-12 år	2 087	2 090	2 044	2 037	2 012	1 983	1 993	2 008
13-15 år	1 005	988	989	958	964	963	928	911
16-19 år	1 372	1 386	1 408	1 427	1 391	1 385	1 381	1 345
20-44 år	8 687	8 773	8 848	8 901	8 982	9 026	9 059	9 099
45-66 år	6 862	6 932	6 984	7 068	7 145	7 178	7 207	7 264
67-79 år	2 864	2 882	2 892	2 919	2 909	2 979	3 084	3 136
80 år eller eldre	1 213	1 297	1 382	1 451	1 519	1 572	1 595	1 646
Totalt	25 661	25 913	26 147	26 364	26 561	26 756	26 945	27 129

Figur 13. SSB tabell 14288 Befolkningsutvikling Grimstad kommune

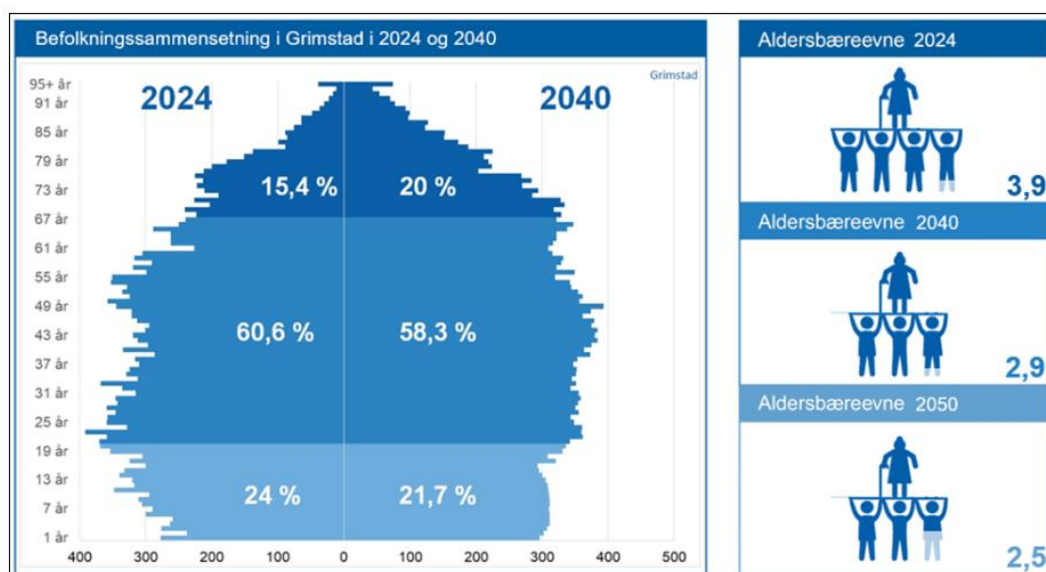
Endret demografi fører til endret utgiftsbehov. Samtidig som antall eldre øker reduseres antall personer i yrkesaktiv alder, omstilling og utvikling er derfor avgjørende.

Det er også slik at det vil være økt etterspørsel etter helsetjenester i aldersgruppen 0 – 67 år. Denne gruppen omtales ofte som “yngrebølgen”. På landsbasis står denne gruppen for 39% av de samlede kostnadene innen kommunale pleie- og omsorgstjenester. Grimstad kommune har per 2025 181 brukere innen habiliteringstjenesten hvor gjennomsnittsalderen er 25 år¹⁸.

Demografiutviklingen setter store krav til sektoren; innovasjon i tjenestene, helseteknologi, oppgavedeling og datainnhenting er avgjørende for at tjenestene som blir levert av sektoren skal være bærekraftige.

¹⁸ Budsjett og økonomiplan 2026-2029 Grimstad kommune [Helse og omsorg](#)

Figuren viser befolkningssammensetningen i Grimstad kommune i henholdsvis år 2024 (venstre side)



Figur 14. Kilde SSB tabell 14288, bearbejdet av Agder fylkeskommune. Budsjett og økonomiplan 2026-2029

og år 2040 (høyre side) basert på SSB sin framskriving for deres hovedalternativ. Konsekvensen er at aldersbæreevnen (forholdet mellom antall i arbeidsfør alder og antall eldre) vil bli lavere fremover.

3.3.2. DEKNINGSGRAD

Grimstad kommune må planlegge for et betydelig økende behov for sykehjemsplasser og boliger for eldre i årene som kommer. Demografien viser at antallet innbyggere over 80 år vil mer enn dobles i perioden 2026 til 2050.

I april 2026 ble det lagt frem en dimensjonerings sak som omhandler framtidig behov for sykehjemsplasser fram mot 2050¹⁹. KS har utviklet en ny framskrivningsmodell for sykehjemsplasser og boliger med mulighet for heldøgns tjenester som er benyttet. Beregningene tar utgangspunkt i Grimstad kommunes eksisterende kapasitet målt i 2026 og viser et økende behov fram mot 2025. Det er laget tre alternative framskrivingstall basert på parameter som økt produktivitet og saktere aldring i befolkningen:

Alternativer	Heldøgns-omsorg 2026*	Økt produktivitet	Faktor saktere aldring	2030 økning i plasser	2035 økning i plasser	2040 økning i plasser	2045 økning i plasser	2050 økning i plasser
1	128+52(180)	1%	0,1	+37(217)	+62(242)	+85(265)	+101(281)	+125(305)
2	128+52(180)	3%	0,1	+34(214)	+55(235)	+74(254)	+86(266)	+106(286)
3	128+52(180)	4%	0,1	+32(212)	+52(232)	+69(249)	+79(259)	+96(276)

Figur 15. Fremtidig behov for heldøgns omsorg. *)128 sykehjemsplasser + 52 boliger på Berge gård i drift 2026

Kommunestyret besluttet at alternativ 3 med økt produktivitet på 4% vil være det riktige nivået å dimensjonere fremtidige behov etter. Dette framskrivingsalternativet viser behov for 69 nye plasser i 2040, totalt 249 plasser. Det har tidligere vært vurdert at antall sykehjemsplasser bør økes i årene

¹⁹ [Dimensjonering av behovet for sykehjemsplasser fram til 2050](#)

fremover. Dette anses fremdeles for å være en riktig vurdering. Det kommer frem av saken at nye plasser frem mot 2050 hovedsakelig bør være sykehjemsplasser.

Kommunen planla opprinnelig 110 sykehjemsplasser i universitetssykehjemmet.

Dimensjoneringsaken viser imidlertid at Grimstad kommune bør dimensjonere for totalt 197 korttids- og langtidsplasser i 2040, i tillegg til eksisterende drift av 52 boliger med mulighet for heldøgntjenester på Berge gård. Dette gir en samlet kapasitet på 249 plasser i 2040.

Dimensjoneringsaken gir vider føringer for forventet utvikling for brukere av hjemmetjenesten. Beregningen gjelder brukergruppen fra 67 år og oppover. Det legges til grunn 4 % økt produktivitet, vist som alternativ 3 i nedenfor tabell.

Alternativ 3 viser at antall brukere av hjemmetjenesten vil øke med 400 brukere fra 2024 til 2050.

Dette er en økning på 187%. For universitetssykehjemmet vil de være naturlig å planlegge arealbehov til hjemmetjenesten i tråd med anslått behov i 2040, som innebærer en økning med 245 brukere.

Alternativer	2024 Antall brukere 67 år+	Økt produktivitet	Faktor saktere aldring	2030 antall brukere	2035 antall brukere	2040 antall brukere	2045 antall brukere	2050 antall brukere
1	462	1%	0,1	544	622	695	764	837
2	462	3%	0,1	546	627	703	776	853
3	462	4%	0,1	547	630	707	782	862

Figur 16. Framskrivning økning kapasitet brukere av hjemmetjenesten

3.3.3. UTVIKLING OG FOREKOMST AV DEMENS

Hovedmålgruppen for fremtidige sykehjemsplasser er personer med kognitiv svikt/demenssykdom som ikke kan gis forsvarlige helse- og omsorgstjenester i eget hjem. Ifølge Aldring og helse²⁰ vil antall personer med demens i befolkningen øke betydelig. I 2025 var det 483 personer med demens i Grimstad. I 2040 vil det ifølge framskrivningen være 780 personer. I løpet av inneværende tiår viser framskrivningen at det i Grimstad kommunen vil være nærmere en dobling av antall personer med demens for innbyggere over 80 år.

3.3.4. EKSISTERENDE EIENDOMSMASSE

Statusrapporten for eiendomsmassen i helse- og omsorg (2022)²¹ viser at Grimstad kommune har utfordringer med både kapasitet og funksjonalitet i bolig- og bygningsmassen. I juni 2022 vedtok kommunestyret i sak (PS 22/79) å prioritere arbeidet med å sikre nok sykehjemsplasser i det videre investeringsarbeidet.

Beboere og pasienter har økende pleiebehov, og flere av dagens bygg er lite tilpasset moderne krav. Dette gir høyere driftskostnader. Kommunen har allerede gjort enkelte grep, som å gjøre om Grom

²⁰ [DEMENSKARTET - Demenskartet](#)

²¹ [Statusrapport Eiendomsmassen for helse og omsorg](#)

fra omsorgsboliger til sykehjemsplasser. På Frivolltun er det fortsatt behov for bygningsmessige endringer for å sikre effektiv og faglig forsvarlig drift.

Produksjonskjøkkenet på Frivolltun har kapasitetsutfordringer og må utvides og moderniseres. Tilstandsrapporten fra 2021 understreker dette. Den peker også på behov for oppgradering av tekniske anlegg og tak, se vedlegg.

Dagsenteret på Frivolltun er trangt til dagens brukergruppe. Økt antall hjemmeboende eldre og personer med demens krever flere og bedre tilpassede dagsenterplasser.

Kommunen har også flere leieavtaler med faste kostnader, blant annet for hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten.

3.3.5. UTENFORSKAP OG DELTAKELSE I ARBEIDSLIVET

En av hovedutfordringer i Agder er at man samlet har en lavere andel sysselsatte enn landet som helhet, og Grimstad kommune er en av kommunene i Agder som har lav sysselsetting. Kommunen er derfor helt avhengig av å mobilisere arbeidskraft videre fremover for å ha tilstrekkelig arbeidskraft i årene som kommer.

3.3.6. UTVIKLING AV EN HELHETLIG INNSATSTRAPP

Den helhetlige innsatstrappa er utviklet av konsulentfirmaet Agenda Kaupang, som et rammeverk for prioritering og tjenesteutvikling i kommunene.

Den helhetlige innsatstrappa er en modell som viser kommunens tjenestetilbud gradert etter hvor mye tjenestene griper inn i innbyggernes liv. Modellen brukes i en rekke norske kommuner som et strategisk verktøy for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester gjennom riktig innsats på riktig nivå og en omstilling fra «reparasjon» til forebygging og egenmestring.



Figur 17. Den helhetlige innsatstrappa Grimstad kommune, Agenda Kaupang

De nederste trinnene omfatter forebygging, aktivitet og egenmestring, mens de øverste trinnene består av omfattende og ressurskrevende tjenester som bolig med mulighet for heldøgns tjenester og institusjonsplasser.

Grimstad kommune har vedtatt å utvikle helse- og omsorgstjenestene i tråd med den helhetlige innsatstrappen. Kommunen må kontinuerlig vri satsingen mot hjemmebaserte tjenester, og styre mot at innbyggerne i større grad selv er ansvarlig for å skaffe sin egen tilpassende bolig.

3.4. OPPSUMMERING - BEHOVSANALYSE

Behovsanalysen viser at normative behov, interessentinnspill og etterspørselsbehov peker tydelig i samme retning. Summen av disse behovene kan ikke løses innenfor dagens bygningsmasse, organisering eller tjenestemodell. Dette utløser behov for et større og helhetlig grep. De prosjektutløsende behovene for etablering av Universitetssykehjem i Agder er oppsummert i tabellen under. Merk at behov ikke er listet opp i prioritert rekkefølge:

Prosjektutløste behov	
1. Sikre tilstrekkelig kapasitet på sykehjemsplasser	Normative behov: Kommunen er lovpålagt å levere nødvendige og forsvarlige heldøgns tjenester. Lav dekningsgrad og risiko for brudd på helse- og omsorgstjenesteloven krever kapasitetsøkning.
	Interessentbaserte behov: Tjenesteområder og helsefaglige miljøer melder om press på korttid, rehabilitering og sykehjem.
	Etterspørselbaserte behov: Prognoser viser sterk vekst i 80+ befolkningen og betydelig økning i demens, som gir et stort og permanent behov for flere plasser.
2. Etablere egnet bygg for effektiv og bærekraftig drift	Normative behov: Bygningsmassens utforming og byggets vedlikeholdsbehov begrenser måloppnåelse knyttet ansatte arbeidsforhold og effektive tjenester. Dyre leieavtaler i bygg med uhensiktsmessige arealer.
	Interessentbaserte behov: Brukere, ansatte, frivillighet og samarbeidspartnere etterspør bedre logistikk, mer funksjonelle rom, bedre arbeidsforhold og støttearealer.
	Etterspørselbaserte behov: Eksisterende bygg har funksjonelle mangler og vedlikeholdsetterslep. Kapasitetsutfordringer i støttefunksjoner som kjøkken, lager og logistikk. Dagens struktur gir ineffektiv drift og høye driftskostnader.
3. Omstille tjenestene mot	Normative behov: Føringer om styrking og utvidelse av tjenester lavt i den helhetlige innsatstrappen. Økte tiltak innen forebygging, tidlig innsats og bruk av teknologi.
	Interessentbaserte behov: Behov for samhandling mellom tjenester, frivillighet og kompetansemiljøer.

forebygging og tidlig innsats	Etterspørselbaserte behov: Flere hjemmeboende med omfattende behov. Økt behov for forebyggende tiltak og helhetlige tjenester som reduserer og utsetter behov for heldøgntjenester.
4. Behov for ny samarbeidsarena i utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester	Normative behov: Nasjonale føringer krever økt kompetanse, teknologiutvikling og kunnskapsbasert praksis i kommunal sektor.
	Interessentbaserte behov: UiA og FiA etterspør praksisplasser, læringsarealer, samhandling og arenaer for kunnskapsutvikling og innovasjon.
	Etterspørselbaserte behov: Mangel på helsepersonell, nye kompetansekrav, mer avansert behandling i hjemmet og behov for tverrfaglig utvikling krever infrastrukturløsninger dagens bygg ikke kan støtte.

Figur 18. Oversikt - Prosjektutløste behov

4. MÅL OG RAMMEBETINGELSER

Mål og rammebetingelser utgjør prosjektets styrende rammeverk og gir en tydelig retning for konseptutvikling og vurdering av konseptalternativer. Kapittelet tydeliggjør hva prosjektet skal oppnå, hvilke føringer som gjelder, og hvilke krav som legges til grunn for valg av anbefalt konsept.

4.1. PROSJEKTETS RAMMEBETINGELSER

Rammebetingelsene angir de sentrale forutsetningene som konseptet for Universitetssykehjem i Agder må forholde seg til. Disse fastsetter prosjektets handlingsrom og danner grunnlag for vurdering av ulike konseptalternativer.

Rammebetingelsene er forankret i:

- kommunale og nasjonale føringer og strategier
- gjeldende lover, forskrifter og tilskuddsordninger, herunder:
 - Krav fra Husbanken
 - Helse- og omsorgslovgivning
 - Arbeidsmiljøloven
 - Plan- og bygningslovgivning
- vedtak og politiske føringer knyttet til universitetssykehjemmet
- mandat for konseptfasen desember 2024

4.2. SAMFUNNSMÅL

Samfunnsmålet for Universitetssykehjem i Agder knyttes til Grimstads kommuneplan 2023–2035²². Kommuneplanen vektlegger bærekraftig samfunnsutvikling, høy livskvalitet for innbyggerne, samskaping, kompetanse og innovasjon som sentrale strategiske mål for kommunens utvikling.

Etableringen av universitetssykehjemmet skal bidra til å realisere målene gjennom utvikling av bærekraftige og kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester, styrket samarbeid mellom kommune, utdanning og forskningsmiljøer, samt løsninger som fremmer trygghet, mestring og livskvalitet for eldre og deres pårørende.

Samfunnsmålet gir en overordnet ramme for prosjektet og tydeliggjør hvilken samfunnsverdi Universitetssykehjem i Agder skal bidra til å skape, utover prosjektets direkte effekter for tjenestene. Universitetssykehjemmet understøtter Grimstad kommunes ambisjon om livsmestring i alle faser og å være en attraktiv kompetanseby, og representerer et langsiktig samfunnsgrep for å møte demografiske endringer og framtidens behov for helse- og omsorgstjenester.

Samfunnsmålet til Universitetssykehjem i Agder er:

«Sammen skaper vi fremtidens helse- og omsorgstjenester»

²² [samfunnsdelen-v4.pdf](#)

Demografiske endringer med flere eldre og færre yrkesaktive stiller nye krav til helse- og omsorgstjenestene. For å sikre bærekraftige tjenester med høy kvalitet må vi utvikle nye løsninger som er både faglig sterke og tilpasset brukernes behov.

Universitetssykehjem i Agder etableres som Norges første universitetssykehjem og er en nasjonal pilot for framtidens eldreomsorg. Som en del av satsingen skal det bygges sykehjemsplasser utformet som trygge og funksjonelle hjem og med gode rammer for pårørende som viktige samarbeidspartnere.

Universitetssykehjemmet kobler tjenesteutvikling, forskning og utdanning tett til praksis. Gjennom samarbeid mellom kommuner, academia, spesialisthelsetjenesten, næringsliv, frivillige, beboere og pårørende skal det utvikles, testes og tas i bruk løsninger med overføringsverdi nasjonalt.

4.3. EFFEKTMÅL

Effektmålene beskriver hvilke virkninger som søkes oppnådd for brukerne av tiltaket. Effektmålene er utarbeidet og behandlet gjennom flere arbeidsmøter. Kommunestyret ga innspill på effektmål i eget arbeidsmøte 5.februar:



Figur 19. 13 Effektmål for Universitetssykehjemmet i Agder

Nedenfor vises effektmål med beskrivelse

 Trygge helse- og omsorgstjenester	• Et godt sted å være • Etikk, kvalitet og kompetanse i tjenesteleveransene • Møteplass for sosiale og kulturelle aktiviteter i samhandling med kommunale tjenester, frivillighet og andre samarbeidsaktører
 Sammen om en fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste	• Samarbeid om nye arbeidsformer, forskning, utviklingsarbeid og innovasjon (FOUI), i tillegg til innføring av teknologiske løsninger som skaper ressurseffektive helsetjenester for fremtiden • Helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet i møte med økte behov og redusert aldersbæreevne
 Arena for forskning, utdanning og innovasjon med regional og nasjonal betydning	• Utvikle, forske og teste nye løsninger og teknologi i utvikling av fremtidens helse og omsorgstjenester • Målbevisst satsning på kunnskap og skaperkraft sammen med studenter, elever og lærlinger • Være en aktør som bidrar til å styrke forskningsaktivitet i samarbeid med etablerte forskningsaktører • Universitetssykehjem som konsept skal være en modell for utvikling av fremtidige universitetssykehjem i andre regioner.
 Attraktiv arbeidsplass som ansatte er stolte av	• Videreutvikle et tverrfaglig og rekrutterende kompetansemiljø • Mulighet for alle ansatte til faglig utvikling og kompetanseheving på tvers av fag og aktører
 Areal- og energieffektivt bygg med fleksible arealer	• Fleksibel sambruk av areal inne- og ute • Logistikken skal være effektiv med digitale og automatiserte løsninger • Bygget har en robust arkitektur tilrettelagt for alle aldersgrupper, med demensvennlig inne- og uteområder

Figur 20. Effektmål med beskrivelse

4.4. SKAL OG BØR KRAV

Krav utgjør et samlet sett av forutsetninger som prosjektet skal eller bør oppfylle, og danner grunnlaget for en faglig vurdering og sammenligning av alternative tjenestekonsepter.

Skal krav er absolutte krav som alle tjenestekonsepter må oppfylle.

Skal-krav må være oppfylt for at et konsept skal anses som aktuelt. Disse kravene vurderes som ja/nei i analysen. Konsepter som ikke tilfredsstiller de absolutte minimumskravene, videreføres ikke i den videre analysen.

	Skal krav	Forankring
S1	Investeringen skal oppfylle nødvendige krav for å tilskudd fra Husbanken	Husbankens plankrav
S2	Investeringen skal oppfylle premisser for å være et universitetssykehjem	Forankret i effektmål

Figur 21. Skal krav

Bør krav for valg av tjenestekonsept

Krav bør benyttes for å vurdere kvaliteten og styrken i de aktuelle konseptene. Kravene er dels forankret i prosjektutløste behov og effektmål, og dels i behovsanalysen.

	Bør krav	Forankring
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	Forankret i effektmål 1. Normativt behov.
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	Forankret i effektmål 1 og 2. Prosjektutløst og interessebasert behov. Et åpnert og integrert bygg er

		anbefaling fra Husbanken for omsorgsbygg.
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	Forankret i effektmål 2 og 5. Normativ og etterspørselbaserte behov. Krav til bærekraftig tjenesteutvikling
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk av arealer inne og ute	Forankret i effektmål 5.
BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	Forankret i effektmål 2, 3 og 4. Prosjektutløst og interessentbasert behov.

Figur 22. Bør krav

I alternativanalysen foretas en faglig vurdering av bør-kravene for de alternative konseptene, basert på en 7-delt skala fra -3 til +3.

-3	Ikke ivarettatt
-2	I svært liten grad
-1	I liten grad
0	Nøytral
1	I noen grad
2	I stor grad
3	I svært stor grad

Figur 23. 7-delt skåringsskala

Deretter vektes bør-kravenes skåring ut fra betydningen av kostnader og driftseffektivitet sett opp mot forventet nytte. Prinsippene for vekting kommer frem av tabellen nedenfor.

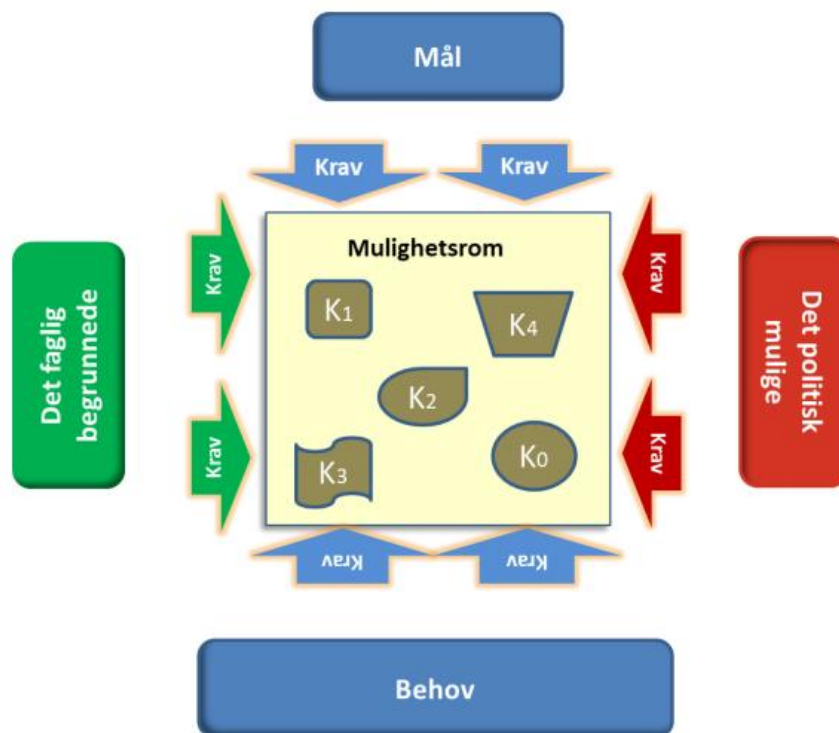
Kostnader – driftseffektivitet 60%		
Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk, bruk av digitale og automatiserte løsninger og samlokaliseringsgevinst		Arealeffektivt og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk inne og ute
40%		20%
Nytte 40%		
Sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	Samarbeidsarena for nye arbeidsformer, forskning, utdanning og innovasjon. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet
20%	15%	5%

Figur 24. Vektingsprinsipper

5. TJENESTEKONSEPTER

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for identifiserte tjenestekonseppter innenfor mulighetsrommet. Mulighetsrommet avgrenses av faglige krav som lovverk, føringer og dokumenterte behov, og av politiske rammer som økonomi og prioriteringer.

Tjenestekonseptene representerer ulike strategiske veivalg med ulikt investerings- og ambisjonsnivå. Kravene er avgjørende for hvilke konseptuelle løsninger som kan være aktuelle, og ikke. Se modell under:



Figur 25. Modell mulighetsrommet som viser involvering av aktører med ulike perspektiv, Jordal et.al 2018

De aktuelle tjenestekonseptene er i stor grad satt av Grimstad kommune gjennom arbeidsmøter og større samlinger, samt føringer fra styringsgruppe og helse- og omsorgs tjenesteledergruppe.

Neste steg i konseptfasen, steg 2, vil blant annet omhandle vurdering av alternative fremgangsmåter for å realisere bygging av valgt tjenestekonsept.

Nedenfor redegjøres det først for hvordan Grimstad kommune planlegger utviklingen av nye arenaer for å møte fremtidens behov innen helse- og omsorgstjenester, samt hvordan samlokalisering i et universitetssykehus kan bidra til økt verdiskaping og mer driftseffektive løsninger. Deretter presenteres alternative tjenestekonseppter.

5.1. NY ARENA TIL Å LØSE FREMTIDENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

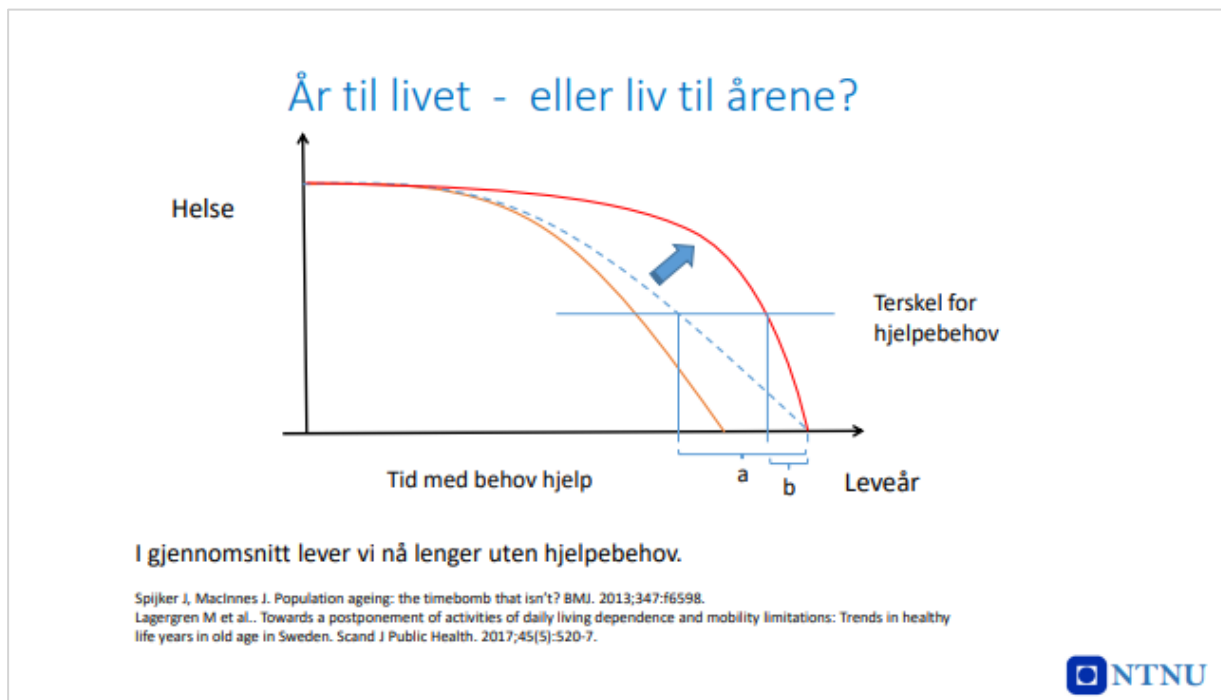
Samarbeid mellom tjenester, utdanning og forskning er helt sentralt i utviklingen av bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter at Grimstad kommune legger til rette for driftsoptimalisering. Kommunen må sikre en mer effektiv drift, slik at en får mer helsetjenester per krone. Videre handler det om å utvikle arenaer og tilbud som bidrar til å redusere og utsette behov for helsehjelp. Slik vil veksten i tjenestene dempes. Det er her den største gevinsten vil være for Grimstad kommune.

Ut fra et folkehelseperspektiv vil universitetssykehjem være et grep for å utvikle nye arenaer for å styrke kommunens innsatstrapp på de nederste trinnene. Fokuset er å forebygge og redusere ensomhet og isolasjon, utenforskap og utrygghet, samt bidra til bedre levekår og økt psykisk helse for alle aldersgrupper.

Planlagte tjenester og aktiviteter ved universitetssykehjem har som ambisjon å speile innbyggernes behov nå, og i fremtiden. Forskning og erfaring løfter fram noen kjerneområder som er viktige for å **utsette behov** for helsehjelp. Disse er:

- Aktivitetstilbud
- Ernæring
- Tilrettelegging- hjelpemidler
- Møteplass- sosial arena- frivillighet
- Servicetilbud- dropp inn
- «en dør inn» til flere helsetilbud
- Tilbud til yngre målgruppe, en gruppe som vokser mest
- Psykisk helse
- Egnen bolig
- Velferdsteknologi

Figuren under, hentet fra Sintef, illustrerer alternative kurver for behov for helsehjelp i siste fase av livet. Økt levealder, tilrettelegging for tidlig innsats og felles sosial møteplass skal bidra til flere «friske» leveår. Tiden med behov for helsetjenester kan kortes ned og bevege seg fra punkt **a** til **b** i figuren. Figuren illustrerer et slikt mulighetsbilde, som vil ha betydelige økonomiske gevinster med lavere etterspørsel av helsetjenester.



Figur 26 Tid utsatt hjelpebehov NTNU

5.2. SAMLOKALISERING – STIMULERING TIL ØKT VERDISKAPING

Nasjonal og internasjonal forskning viser at fysisk samlokalisering kan gi betydelige faglige, organisatoriske og driftsmessige gevinster. Særlig der målet er bedre samhandling, kunnskapsdeling og mer helhetlige tjenester, jf. SINTEF-rapporten *Samlokaliseringseffekter – hva sier litteraturen?*²³.

Samlokalisering av kommunale tjenester, utdanningsmiljøer og forskningsaktører i et nytt universitetssykehus er et sentralt virkemiddel for å møte utfordringene identifisert i problembeskrivelsen. Ved å samle dagens fragmenterte tjenestestruktur i ett formålsbygg, legges det til rette for mer effektiv drift, sterkere fagmiljøer og bedre samhandling på tvers av sektorer. Samlokaliseringen skaper samtidig verdiskaping gjennom økt kvalitet i tjenestene, bedre ressursutnyttelse, flere praksis- og læringsarenaer og et styrket grunnlag for innovasjon og utviklingsarbeid i Grimstad kommune.

Følgende er identifisert:

Samlokalisering og verdiskaping	
Hvorfor er samlokalisering nødvendig	- Dagens tjenester er spredt på mange lokasjoner og gir ineffektiv drift. - Gamle og lite egnede bygg hindrer moderne institusjonsdrift og nye arbeidsformer. - Leide lokaler gir høye kostnader, lite fleksibilitet og begrenset utviklingsrom. - Økende demografisk press og arbeidskraftmangel krever ny organisering.

²³ [Samlokaliseringseffekter - hva sier litteraturen. SINTEF 2016](#)

	- Manglende felles arena hemmer samarbeid mellom fagmiljøer, utdanning og forskning.
Hva samlokalisering løser	- Samler tjenestefunksjoner i ett formålsbygg. - Gir bedre logistikk, kortere avstander og mer effektiv arbeidsflyt. - Muliggjør deling av støttefunksjoner og fleksibel arealbruk. - Styrker pasientforløp mellom korttid, rehabilitering, hjemmebaserte tjenester og sykehjem.
Verdiskaping for brukere og pårørende	- Mer helhetlige og koordinerte tjenester i én integrert modell. - Bedre kvalitet, kontinuitet og trygghet for pasienter og beboere. - Styrket rehabilitering, aktivitet og oppfølging i hverdagslivet.
Verdiskaping for tjenestene	- Robuste fagmiljøer og bedre rekruttering. - Økt kvalitet gjennom tverrfaglighet og nye arbeidsformer. - Bedre beredskap og mer stabil drift.
Verdiskaping for utdanning og forskning	- Flere og bedre praksisplasser for UiA og FiA. - En praksisnær arena hvor studenter, ansatte og forskere jobber tett sammen. - Styrker forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i tjenestene.
Verdiskaping for kommunen	- Lavere livsløpskostnader enn dagens leie- og driftsstruktur. - Bedre arealutnyttelse og langsiktig eierskap i tråd med eiendomsstrategien. - Et fremtidsrettet tjenestekonsept tilpasset befolkningsutvikling og arbeidskraftbehov.

Figur 27. Oversikt Gevinster og verdiskaping samlokalisering

Til sammen tydeliggjør disse forholdene hvorfor samlokalisering ved et nytt universitetssykehjem vurderes som et viktig grep og hvilke verdiskaping dette vil utløse for tjenester, ansatte, brukere og samarbeidspartnere.

5.3. PLANLEGGE FOR DRIFTSEFFEKTIVE LØSNINGER

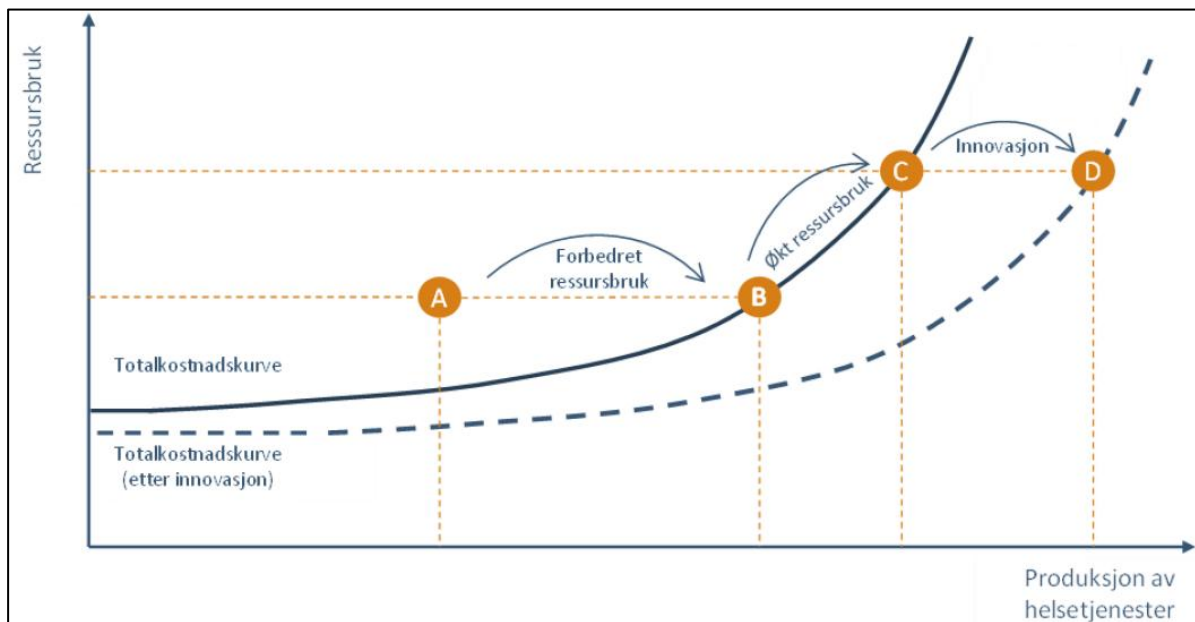
Når helsepersonell blir et større knapphetsgode, må helse og omsorgstjenesten søke etter nye løsninger som bidrar til å bruke personellet og deres kompetanse mer effektivt enn før, uten at det blir til hindre for god omsorg. I fremtiden må Grimstad kommune på lik linje med andre kommuner forvente å bli færre ansatte per pasient ²⁴.

For å løse fremtidige utfordringer må kommunene finne smartere måter å drifte tjenesten på. Her vil byggenes utforming ha stor betydning for optimale driftsmessige løsninger²⁵. Byggets egnethet og hvordan arkitekturen og fysisk funksjonalitet støtter opp under ansattes arbeidshverdag og tjenestedrift, blir derfor sentralt i arbeidet med utforming av nytt helsebygg.

En viktig del av fremtidens løsninger må omhandle innovasjon, teknologi og nye samarbeids- og samdriftsløsninger. I rapport «Bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren- utfordringsbildet og løsningsdimensjoner» (2022), belyser Rambøll hvordan produksjon av helsetjenester kan økes gjennom høyere effektivitet, forbedret ressursbruk og/eller innovasjon som gjør at vi kan «få mer for mindre».

²⁴ Helsepersonellkommisjonen (2023)

²⁵ Ny sykehjems modell, et bedre tilbud. Erfaringer fra tre nye sykehjem. SINTEF. Er smått alltid godt i demensomsorgen? (2016) SINTEF.



Figur 28. Kilde, Menon (2012): verdien av medisinsk innovasjon. Rambøll (2022)

Punkt A i figuren viser behov for en tilpasning i driften hvor ressursene ikke brukes effektivt. Det er potensial for økt produktivitet (forflytning fra A til B), som kan realiseres enten ved å produsere like mye helsetjenester med mindre ressursbruk, eller mer helsetjenester uten at ressursbruken øker.

Et annet alternativ kan være å investere i ny teknologi, infrastruktur eller bygg. Økt investering innebærer at kapasiteten øker, som bidrar til økt produktivitet (forflytning fra B til C). Løsningen forutsetter økte helsebudsjetter (økt ressursbruk) til investering i bygg, teknologi og lønn til flere helsepersonell. Her ligger det også mulighet for økt produksjon av helsetjenester (illustrert i steget fra C til D) som følge av innovasjon.

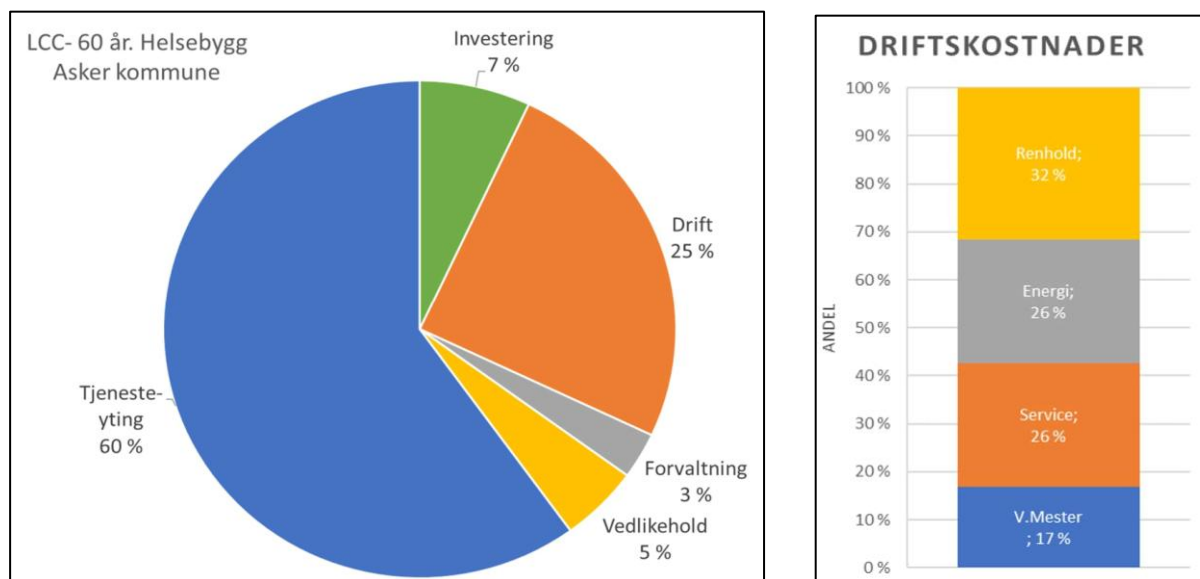
Innovasjon som belyst over, kan komme fra løsninger knyttet til digitaliseringer, kunstig intelligens, nye arbeidsmetoder og samarbeidsarenaer og oppgavedeling, som danner endrede strukturer med en høyere effektiv bruk av arbeidskraft og investeringer. På den måten åpner innovasjon muligheten for økt produksjon av helsetjenester uten at ressursbruken øker.

Ser en isolert på driftskostnadene til kommunale tjenester, er tjenester med heldøgns omsorg det mest ressurskrevende tjenestetilbudet innen helse- og omsorg. For Grimstad kommune blir det derfor viktig at universitetssykehuset planlegges med rett antall plasser og et tjenestetilbud som er rett dimensjonert og differensiert i henhold til kommunens behov i dag og i fremtiden.

Dersom andelen av kommunens ressursinnsats til heldøgns omsorg blir for stor (på grunn av høy bemanning, uhensiktsmessige bygg osv.), vil det svekke kommunens øvrige tjenestetilbud lenger ned i innsatstrappen. Det kan hindre kommunens mål om 4% økt produktivitet i helse- og omsorgstjenesten.

Ved å se på kostnadsfordelingen mellom årlige drift- og investeringskostnader knyttet til investering av nytt helsebygg i løpet av 60 år, ser en tydelig at driftskostnadene er den største kostnaden for en kommune.

For et nytt helsebygg vil tjenstedriftskostnadene (60%) utgjøre nærmere 8-gangen av investeringskostnadene i løpet av de neste 60 årene. Dette er belyst i nedenfor figur.



Figur 29. Kostnadsfordeling for helsebygg i løpet av 60 år. Kilde WSP Norge (2020)

Den største årlige kostnaden for Grimstad kommune knyttes ikke til investeringen av universitetssykehjem alene, men i størst grad til de årlige driftskostnader til lønn ansatte, drift, forvaltning og vedlikehold av bygget. Et nytt helsebygg som bidrar å ta ned driftskostnadene i tjenesten kan med andre ord forsvare en større investering.

5.4. UTFORMING AV TJENESTEKONSEPTER

Utforming av aktuelle tjenestekonsept er gjennomført som en del av brukerprosessen, gjennom flere runder, se møteoversikt i behovsrapporten. Alle tjenesteledere, virksomhetsledere og fagkoordinatorer i helse- og omsorgstjenesten har gjennom workshop arbeidet med prioritering av hvilke tjenester som må, bør og kan være en del av universitetssykehjemmet. Tjenesteledergruppen har videre prioritert tjenester som anbefales samlokalisert i universitetssykehjemmet for å nå definerte mål og ta ut gevinster. I arbeid med prioriteringer har fokuset vært på hvordan universitetssykehjemmet kan være et virkemiddel til å utvikle og ivareta fremtidige helse og omsorgstjenester på en smart måte, med økt verdiskapning og driftseffektive tjenester. Tjenestene som er vurdert er beskrevet i behovsrapporten.

Tjenestene er skåret i tre nivå fra 1(må)- til 3 (kan):

1. Tjenesten vurderes som helt nødvendig for imøtekomme kommunens behov og med størst driftsoptimalisering og verdiskapning- må samlokaliseres.
2. Tjenesten vurderes som viktig for å utvikle og sikre effektiv drift og nye tjenestearena- bør samlokaliseres.
3. Tjenesten vurderes som aktuelle tjenester med positive synergier gjennom tettere samarbeid mot andre tjenester ved en samlokalisering- kan samlokaliseres.

Skåring med begrunnelse for prioriteringen er gjengitt i nedenfor tabell.

Tjenester	Skåring	Begrunnelse
Åpen møteplass publikum		
Foaje med vrimle/venteareal, kafe besøkende/kantine ansatte	1	Sosial arena for gode møter. Sambruk kafe, kantine ansatte og ventesone publikum. Et inviterende bygg hvor innbyggere oppsøker for veiledning, råd og aktivitet i forebyggende perspektiv
Frivillighet	2	Viktig rolle og utvikling i nye arenaer for lavterskeltilbud. Bør lokaliseres i nærhet av foaje
Møte-samtalerom publikum	1	Rom for veiledning, informasjon og oppfølging hvor innbygger er aktiv part i bruk av lavterskeltilbud
Tverrfaglig forsknings- og samskapingsarena		
Prosjekt-/forskningsarena	1	Forutsetning for universitetssykehjem
Forvaltning og koordinering	2	Fordel å være lokalisert nært tjenestene, tett samarbeid i vurdering/kartlegging av tjenester. Sikre god økonomiforvaltning
Møteromspool	1	Forutsetning for universitetssykehjem
Konferansearena	3	Mulighet for å vurdere samarbeid og plassering opp mot hotell og universitetet. Større grad streamer og bruke videoløsninger som danner mindre behov for eget konferansesenter
Utviklingssenter	1	Samlokalisert med UiA og FiA- forutsetning for universitetssykehjem
Service- støttetjenester		
Teknisk	3	Nødvendig areal i et helsebygg, dimensjoneres iht. innhold
Hjelpemiddellager	1	Hjelpemiddellager er sentral i utvikling av fremtidens helsetjenester. Lavterskeltilbud med selvbetjening kan styrke egenmestring. Mulighet for organisering med nærlager sentralt i bygget og med hovedlager plassert i nærheten
Produksjonskjøkken	2	Produksjonskjøkken kan være plassert andre steder, men må ha god logistikk inn mot omsorgssenter (mottakskjøkken). Ernæring vurdert som sentralt tilbud for både hjemmeboende og institusjon
Kommunale helsetjenester		
Hjemmetjeneste - administrasjon	1	Synergier og tett samarbeid med korttidsavdeling, mestring og rehabilitering, dagsenter. Sikre gode pasientforløp og tverrfaglighet
Hjemmetjenestesoner	1	
Hverdagsrehabilitering	2	Tjenester med mye samarbeid mot hjemmetjeneste. Gir tjenester til bred pasientgruppe som bor hjemme med oppfølging/treningstilbud. Samlokalisering vil gi felles møteplass og "en dør inn". Positivt for brukerne og ansatte.
Mestring og rehabilitering (fysio/ergo)	2	Viktig arena for å styrke aktivitetstilbud både for tjenester på huset og eksterne. Viktig arena for lavterskeltilbud
Treningsrom	1	
Sosialambulerende (psykisk helse-rus)	3	Alle har en psykisk helse. Samlokalisering kan dra nytte a samarbeid hjemmetjeneste. Mulighet for tjenesteutvikling fra individuelle samtaler til gruppeterapi og kurs. Ny møtearena som del av lavterskeltilbudet muliggjør utvikling av kursporteføljen og tverrfaglig tilnærming
Forebygging og rehabilitering (psykisk helse-rus)	3	
Habilitering administrasjon	3	Forholdsvis lite arealbehov. Gevinst med samlokalisert ledelse - en felles retning
Legekontor	2	Vurdert som fordel med lokalisert legekontor i bygget. Viktig grep for fremtidig utvikling av helsetjenesten. Samarbeid mot spesialisthelsetjeneste, pasientforløp og sykehjemslege. Vil ha stor nytte av å være tett på forskningsprosjekt mot universitetet. En arena hvor det vil skje mye, jf. Helsereformutvalget.

Arbeid og aktivitet - administrasjon	3	Forholdsvis lite arealbehov. Gevinst med samlokalisert ledelse - en felles retning
Jobbsentral	3	Universitetssykehjem vil skape flere arbeidsoppgaver for jobbsentralen. Gode møteplasser for brukergruppen
Livsmestring – dagsenter eldre	1	Aktivitetstilbud eldre som er egnet samlokalisert med omsorgssenter, kafe/kantine, trening og møteplass
Omsorgssenter		
Langtidsplasser	1	Ivaretar kommunens behov for økt kapasitet
Korttidsplasser	1	Ivaretar kommunens behov for økt kapasitet
Sykehjemslege (kontor)	1	Antall plasser tilsier behov for økning i legetjenester. Tilsynslege må være lokalisert på bygget. Ser fordel med at sykehjemslege kan plasseres i ett legekortor med et stort fagmiljø

Figur 30 Tabell prioritering tjenester universitetssykehjem Agder

5.5. NÆRHETSMATRISSE

Som en del av brukerprosessen er det gjort en vurdering av hvilke funksjoner som må ligge i umiddelbar nærhet til hverandre og hvilke som kan plasseres med større avstand. Utarbeidet nærhetsmatrise gir et tydelig fundament for at alternativene bygger på reelle behov belyst i behovsrapporten og problembeskrivelse. Fokuset har vært på sikre funksjonelle sammenhenger og en effektiv logistikk.

Åpen møteplass publikum. Åpen del skal fungere som byggets hovedinngang og felles møteplass med kafe for beboere, brukere, pårørende, studenter, elever, forskere, ansatte og lokalsamfunn. Området skal bidra til å gjøre universitetssykehjemmet tilgjengelig, inkluderende og tydelig forankret i både nærmiljøet og regionen. Det skal legges til rette for samhandling mellom kommunale tjenester, frivillighet, utdanning og innbyggere, innenfor trygge og oversiktlige rammer. Området skal være lett å orientere seg i og gi gode førsteinntrykk av bygget.

Bør ha umiddelbar nærhet til: kafé, ventesoner, møteplass, frivillighet, møteromspool/konferanse, aktivitet, dagsenter, treningsrom, hjelpemidler, jobbsentral, arbeid og aktivitet.

Tverrfaglig forskning og samskaping. Også en åpen del, samtidig litt mer tilbaketrukket fra hovedinngangen. Dette er en arena felles med UiA og FiA og utgjør hjertet for samhandlingen og samskapingen i universitetssykehjemmet. Ambisjonen er å gå lenger enn tradisjonelle samhandlingsmodeller gjennom etablering av dedikerte forsknings-, simulerings- og samskappingsarenaer, tett integrert med ordinær drift.

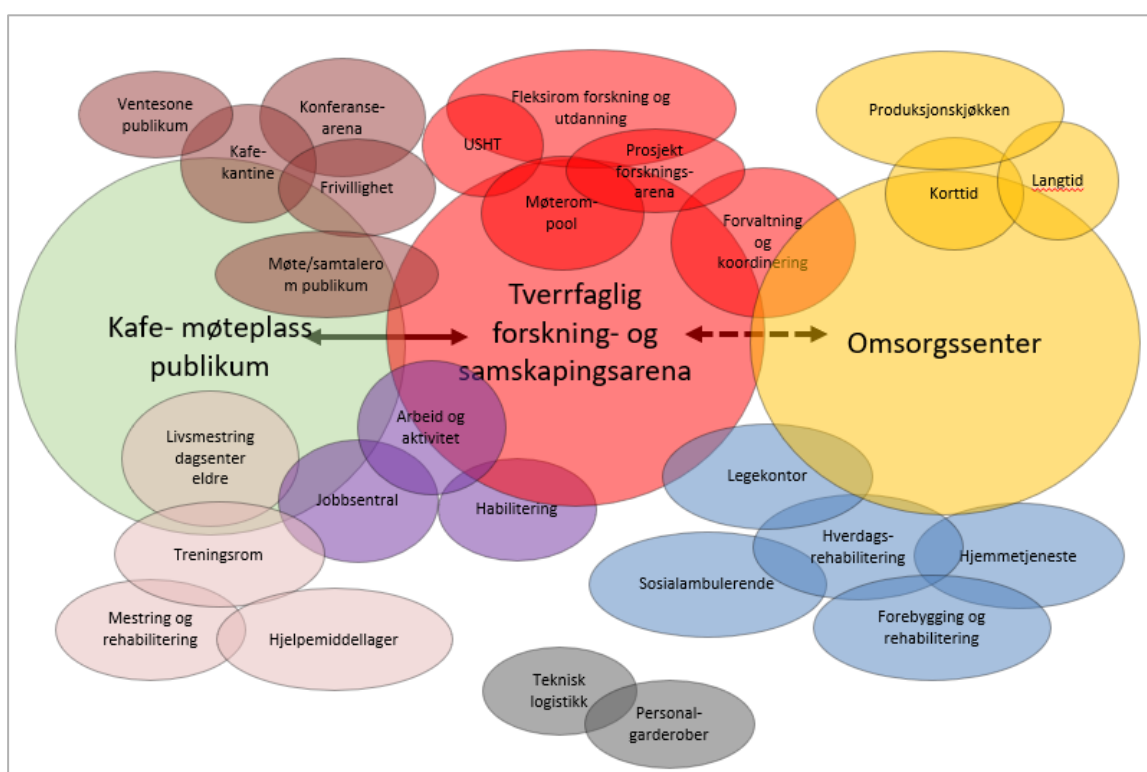
Den tverrfaglige arenaen skal støtte samarbeid mellom Grimstad kommune, (UiA), (FiA) og andre relevante aktører, og gjøre det mulig å utvikle, teste og implementere nye løsninger i skjæringspunktet mellom tjeneste, teknologi og kompetanse. Forskning, læring og innovasjon skal skje på tjenestenes og brukernes premisser, med tydelige rammer for etikk, personvern, pasientsikkerhet og skjerming.

Bør ha umiddelbar nærhet til: kontoer og fellesarealer, utviklingssenter, forsknings- og utdanningsarena, møteromspool/konferanse, forvaltning og koordinering.

Omsorgssentre. Består av sykehjemsplasser med tilhørende støtte- og tjenestearealer og utgjør universitetssykehjemets primært største tjenester i areal og personell. Omsorgssenter danner utgangspunktet for byggets overordnede organisering og har stor betydning for både arealdisponering, logistikk og daglig drift.

Korttid og langtidsplasser bør ligge nært hverandre med god logistikk mot både produksjonskjøkken, lager og legekantor. Korttid må i tillegg ha nærhet til mestring og rehabilitering.

Kommunale tjenester er legekantor, hjemmetjeneste, rus og psykisk helsetjeneste, mestring og rehabilitering, hverdagsmestring, habilitering og arbeid og aktivitet. Dette er tjenester som både er mer eller mindre publikumsrettet. I nærhetsmodellen er tjenester som er mer utadrettet plassert nært åpen møteplass, mens kommunale tjenester med mindre besøk er plassert lenger inn i bygget



Figur 31 Nærhetsmodell "klynger" tjenesteområder universitetssykehjem Agder

5.6. ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPTER

Med utgangspunkt i arbeidet med utforming av tjenestekonsept (se kap. 5.4) er det utviklet fire alternative konseptalternativer i tillegg til 0+- alternativet. Tjenestekonseptene gir et mulighetsrom fra et fullt utbygget og faglig integrert universitetssykehjem til en kostnadsoptimalisert minimumsløsning.

0+	Tjeneste-konsept 1	Tjeneste-konsept 2	Tjeneste-konsept 3	Tjeneste-konsept 4
Videreføring dagens driftsmodell	Fullt program	Redusert program	Sterkt redusert program	Minimumsprogram

Forskjellen mellom alternativene handler ikke bare om areal og investering, men vel så mye om hvordan kommunen kan rigge seg til å levere mer helhetlige, effektive og bærekraftige tjenester som forutsetning for forventning om økt produktivitetsvekst. I tillegg til ambisjon om utvikling av en ny arena for samhandling, tjenesteutvikling, forskning og innovasjon.

Alle fire tjenestekonsept samt 0+ alternativet, inneholder kapasitetsøkning på sykehjemsplasser i tråd med kommunens behov for totalt 197 plasser i 2040 jf. dimensjoneringsaken. Det er i tillegg hensyntatt forventet kapasitetsøkning for hjemmetjeneste og dagsentertilbud for eldre. Arealoppsettet som vises i de ulike alternativene, er foreløpige, og skal videre kvalitetssikres i konseptfasens steg 2 frem mot BP2 og ytterligere til BP3. De anses likevel som tilstrekkelig kvalitetssikret for analysens formål.

5.6.1. 0+-ALTERNATIVET

0+ alternativet innebærer videreføring av dagens driftsmodell. Det er vurdert at dagens løsning, konsept 0, uten tiltak **ikke** representerer en løsning som gir et universitetssykehjem. Eksisterende bygg ved Frivolltun bo- og omsorgssenter når sin maksimale levetid (60 år) om 10 år. Byggets utforming er ikke i tråd med dagens krav og standarder for helsebygg, og er lite egnet for både tjenesteutøvelsen og å bo i for de aktuelle beboerne jf. Tilstandsvurdering og Egnethetsvurdering Frivolltun.

Alternativet forutsetter nybygg i to byggetrinn og betegnes derfor som 0+. I alternativet blir gjeldende leieavtaler videreført, med utvidelser av dagens struktur der det er behov. Kostnader er framskrevet i et 50-års perspektiv og synliggjør de økonomiske og driftsmessige konsekvensene ved å videreføre dagens løsning over tid. 0+-alternativet oppfyller ikke minimumskrav til å kalles et universitetssykehjem.

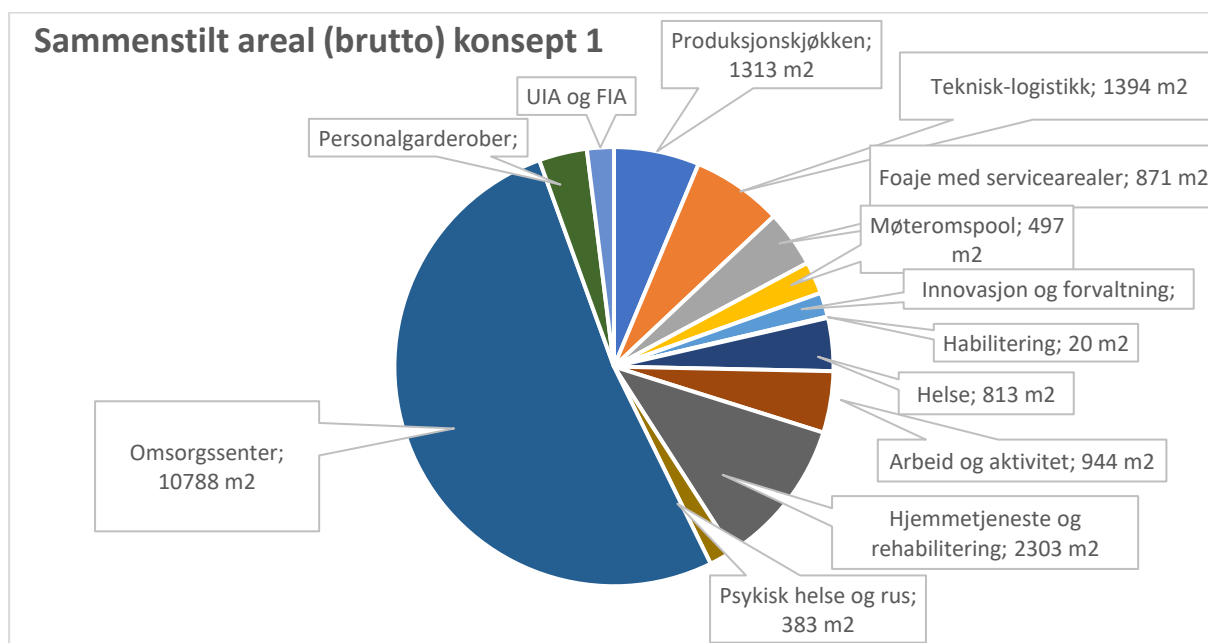
5.6.2. TJENESTEKONSEPT 1 – FULLT PROGRAM

Tjenestekonsept 1 samler store deler av helse- og omsorgstjenestene i universitetssykehjemmet. Konseptet gir samlokalisering av tjenester og fagmiljøer lavt i den helhetlige innsatstrappen som et nødvendig hovedgrep for omstilling slik at fremtidige behov kan møtes.

Konseptet inneholder følgende tjenestefunksjoner:

Tjenestekonsept 1	Sum bruttoareal
Fullt program:	20851 m2
Åpen del- bydelstorg	
Foaje med vrimle/venteareal, kafe besøkende/kantine ansatte	
Frivillighet	
Møte-samtalerom publikum	
Tverrfaglig forskning- og samskapingsarena	
Prosjekt-/forskningsarena	
Forvaltning og koordinering	
Møteromspool	
Konferansearena	
Utviklingssenter	
Service- støttetjenester	
Teknisk – logistikk	
Hjelpemiddellager	
Produksjonskjøkken	
Kommunale helsetjenester	
Hjemmetjeneste – administrasjon	
Hjemmetjenestesoner	
Hverdagsrehabilitering	
Mestring og rehabilitering (fysio/ergo)	
Treningsrom	
Sosialambulerende team	
Forebygging og rehabilitering	
Habilitering administrasjon	
Legekontor	
Arbeid og aktivitet – administrasjon	
Jobbsentral	
Livsmestring – dagsenter eldre	
Omsorgssenter	
Langtidsplasser	
Korttidsplasser	
Sykehjemslege (kontor)	

Tjenestekonseptet gir en helhetlig og fremtidsrettet løsning som legger til rette for omstilling, tverrfaglig samarbeid, effektive pasientforløp og utvikling av tjenester og praksisarenaer. Samtidig har det det største arealbehovet. Diagrammet under viser hvordan bruttoarealet fordeles mellom de ulike tjenestefunksjonene i konseptet.



Figur 32. Diagram Tjenestekonsept 1 – Fullt program

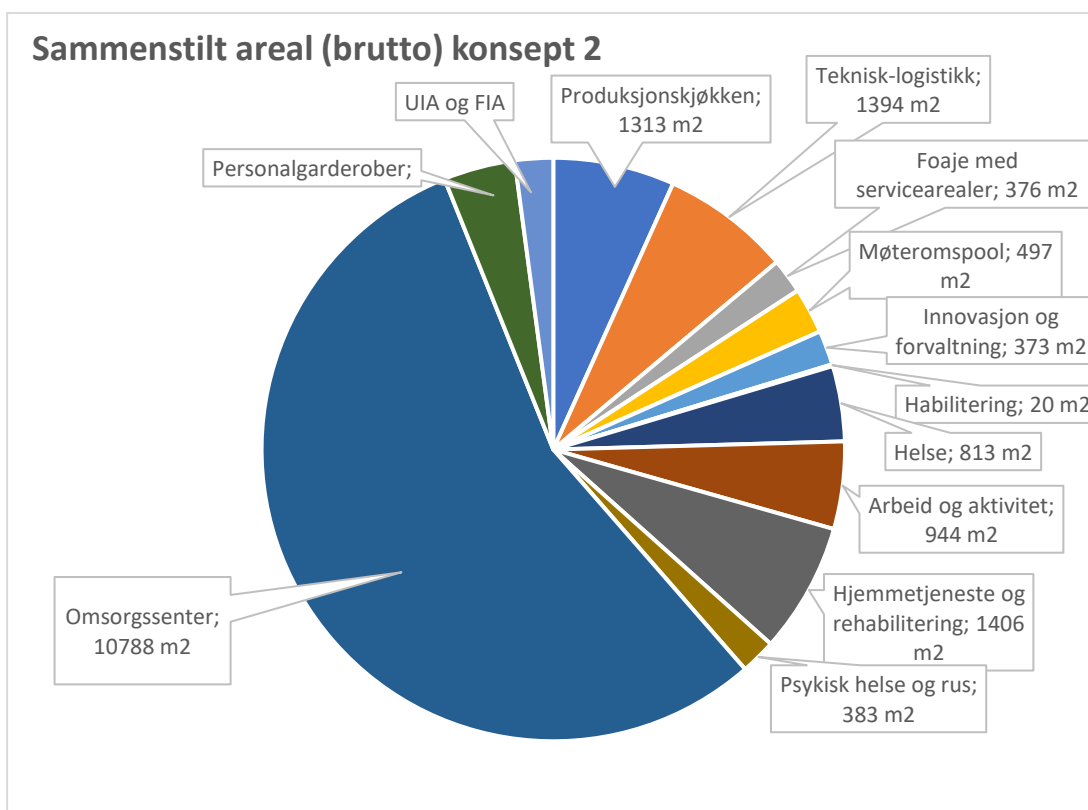
5.6.3. TJENESTEKONSEPT 2 – REDUSERT PROGRAM

I konsept 2 videreføres hovedgrepet med bred samlokalisering, men enkelte funksjoner er tatt ut for å redusere arealbehov.

Tjenestekonsept 2	Sum bruttoareal
Redusert program:	19494 m2
Åpen del- bydelstorg	
Foaje med vrirle/venteareal, kafe besøkende/kantine ansatte	
Frivillighet	
Møte-samtalerom publikum	
Tverrfaglig forskning- og samskapingsarena	
Prosjekt-/forskningsarena	
Forvaltning og koordinering	
Møteromspool	
Konferansearena Fjernet fra programmet	
Utviklingscenter	
Service- støttetjenester	
Teknisk – logistikk	
Hjelpemiddelager Fjernet fra programmet	
Produksjonskjøkken	
Kommunale helsetjenester	
Hjemmetjeneste – administrasjon	
Hjemmetjenestesoner	
Hverdagsrehabilitering	
Mestring og rehabilitering (fysio/ergo)	
Treningsrom	
Sosialambulerende team	
Forebygging og rehabilitering	

Habilitering administrasjon
Legekontor
Arbeid og aktivitet – administrasjon
Jobbsentral
Livsmestring – dagsenter eldre
Omsorgssenter
Langtidsplasser
Korttidsplasser
Sykehjemslege (kontor)

Hjelpemiddellager fjernes fra programmet og det bygges ikke konferanseareal. Det gir et redusert arealbehov, men også lavere fleksibilitet og færre synergier sammenlignet med fullt program. Fordeling av bruttoareal mellom tjenestefunksjoner, se diagram under.



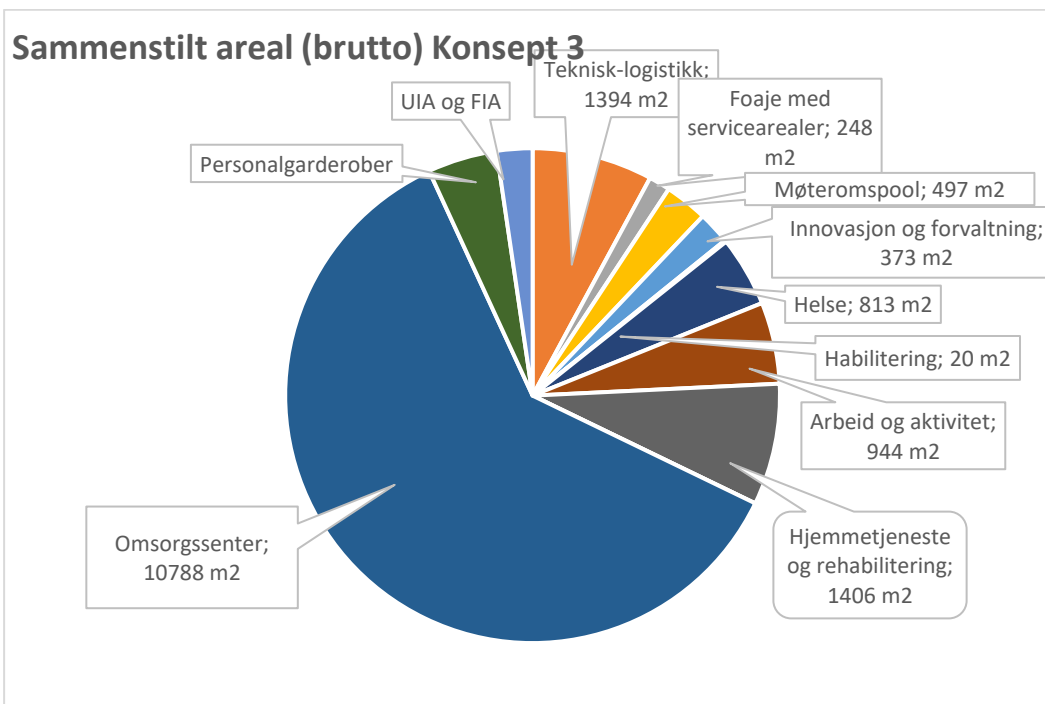
Figur 33. Diagram Tjenestekonsept 2 – Redusert program

5.6.4. TJENESTEKONSEPT 3 – STERKT REDUSERT PROGRAM

Konseptet innebærer at flere tjenestefunksjoner forblir lokalisert utenfor universitetssykehjemmet. Samlokaliseringen begrenses til sykehjemsdrift og utvalgte støttedfunksjoner. Allerede fjernede funksjoner i konsept 2 utgår også fra dette tjenestekonseptet. I tillegg blir tjenestefunksjoner fra psykisk helse og rus og produksjonskjøkken fjernet fra programmet.

Tjenestekonsept 3	Sum bruttoareal
Sterkt redusert program:	17697 m2
Åpen del- bydelstorg	
Foaje med vrimle/venteareal, kafe besøkende/kantine ansatte	
Frivillighet	
Møte-samtalerom publikum	
Tverrfaglig forskning- og samskapingsarena	
Prosjekt-/forskningsarena	
Forvaltning og koordinering	
Møteromspool	
Konferansearena Fjernet fra programmet	
Utviklingssenter	
Service- støttetjenester	
Teknisk – logistikk	
Hjelpemiddelager Fjernet fra programmet	
Produksjonskjøkken Fjernet fra programmet	
Kommunale helsetjenester	
Hjemmetjeneste – administrasjon	
Hjemmetjenestesoner	
Hverdagsrehabilitering	
Mestring og rehabilitering (fysio/ergo)	
Treningsrom	
Sosialambulerende team Fjernet fra programmet	
Førebygging og rehabilitering Fjernet fra programmet	
Habilitering administrasjon	
Legekantor	
Arbeid og aktivitet – administrasjon	
Jobbsentral	
Livsmestring – dagsenter eldre	
Omsorgssenter	
Langtidsplasser	
Korttidsplasser	
Sykehjemslege (kontor)	

Effekten av samlokalisering og samhandling reduseres. Det samme gjør fleksibilitet og omstillingsevne. Men konseptet gir lavere arealbehov. Se diagram under for fordeling av tjenestenes areal:



Figur 34. Diagram Tjenestekonsept 3 – Sterkt redusert program

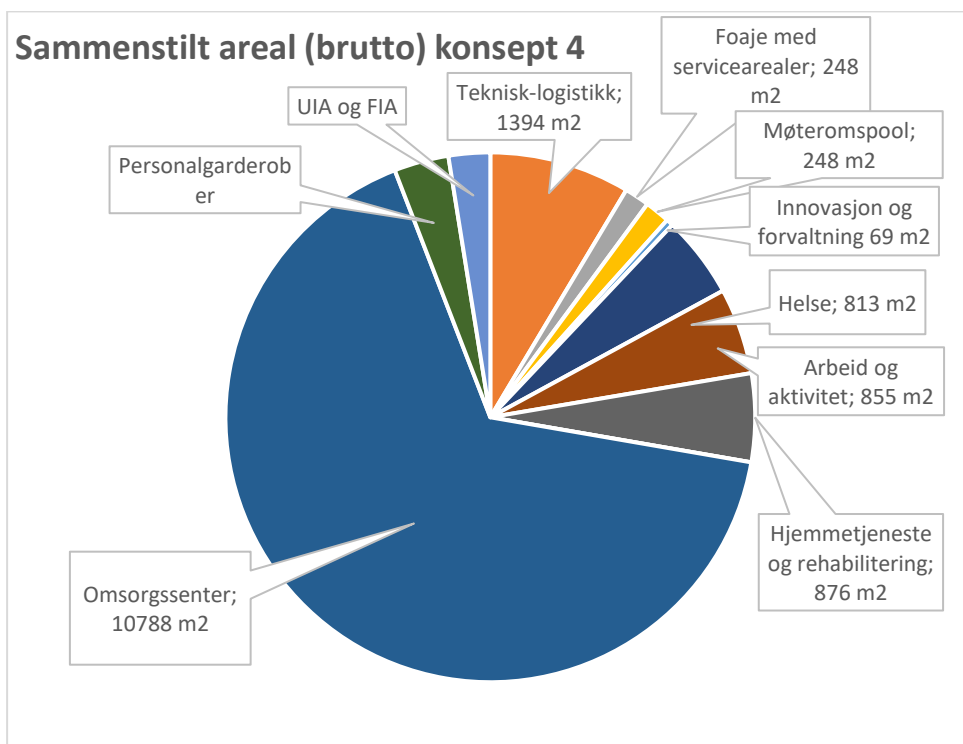
5.6.5. TJENESTEKONSEPT 4 – MINIMUMSPROGRAM

Tjenestekonsept 4 er et minimumsprogram som kun omfatter sengeplasser med helt nødvendige støttefunksjoner i tillegg til hjemmetjenesten og legekantor. Utviklingssenteret samt prosjekt- og forskningsarenaen, som vurderes nødvendig for å oppnå ambisjon om å være et universitetssykehjem, er beholdt. Allerede fjernede funksjoner i konsept 3 utgår. I tillegg fjernes tjenestefunksjoner fra Innovasjon og forvaltning, Mestring og rehabilitering samt Arbeid og aktivitet.

Tjenestekonsept 4	Sum bruttoareal
Minimumsprogram:	16247 m2
Åpen del- bydelstorg	
Foaje med vrimle/venteareal, kafe besøkende/kantine ansatte	
Frivillighet	
Møte-samtalerom publikum	
Tverrfaglig forskning- og samskapingsarena	
Prosjekt-/forskningsarena	
Forvaltning og koordinering Fjernet fra programmet	
Møteromspool Møteromspoolen er halvert	
Konferansearena Fjernet fra programmet	
Utviklingssenter	
Service- støttetjenester	
Teknisk – logistikk	
Hjelpemiddellager Fjernet fra programmet	
Produksjonskjøkken Fjernet fra programmet	
Kommunale helsetjenester	

Hjemmetjeneste - administrasjon
Hjemmetjenestesoner
Hverdagsrehabilitering Fjernet fra programmet
Mestring og rehabilitering (fysio/ergo) Fjernet fra programmet
Treningsrom
Sosialambulerende team Fjernet fra programmet
Forebygging og rehabilitering Fjernet fra programmet
Habilitering administrasjon Fjernet fra programmet
Legekantor
Arbeid og aktivitet – administrasjon Fjernet fra programmet
Jobbcentral Fjernet fra programmet
Livsmestring – dagsenter eldre
Omsorgssenter
Langtidsplasser
Korttidsplasser
Sykehjemslege (kontor)

Tjenestekonseptet omfatter et minimum av funksjoner med hovedvekt på institusjonsdrift og tilhørende kjernefunksjoner. Samlokaliseringen er begrenset, og flere tjenester som bidrar til forebygging, rehabilitering og tidlig innsats er lagt utenfor bygget. Dette gir et lavere arealbehov, men innebærer også færre muligheter for omstilling til nødvendig tjenesteprofil, tverrfaglig samarbeid, sambruk av arealer og utvikling av nye tjenesteløsninger. Se diagram under for fordeling av areal mellom tjenester:



Figur 35. Diagram Tjenestekonsept 4 - Minimumsprogram

Konseptalternativene viser et tydelig spenn fra et helhetlig og fremtidsrettet konsept (konsept 1) til en kostnadsoptimalisert minimumsløsning (konsept 4). Forskjellene gjelder særlig grad av samlokalisering med mulighet for omstilling, tjenesteutvikling, samarbeid og innovasjon.

I neste kapittel vurderes alternative tjenestekonsept systematisk i en alternativanalyse.

6. ALTERNATIVANALYSE

Hensikten med analysen er å komme frem til et anbefalt tjenestekonsept vurdert opp mot mål og krav. Aktuelle konsept vurderes og sammenlignes mot hverandre og vurderes opp mot konseptenes grove kostnadsanslag, usikkerhet og forventet måloppnåelse. Konseptene detaljeres ut så langt som nødvendig for at enn kan gi en anbefaling til tjenestekonsept.

Alternativanalysen skal gi grunnlag for å gjøre gode estimer av innhold og kostnader for å vurdere utfordringer og muligheter. En sentral faktor har vært å vurdere alternativ som kan sette Grimstad kommune i best posisjon til å møte framtidens behov gjennom bedre og smartere helse- og omsorgstjenester. Forventet økt produktivitet innebærer at Grimstad kommune i fremtiden skal levere samme eller bedre kvalitet, men med lavere ressursinnsats per bruker enn i dag. I tillegg må tjenestene utvikles mot mer innsats for forebygging og styrking av innbyggernes egenmestring, som redusere og utsetter behov for helsehjelp.

Anbefalt tjenestekonsept må sees på som det alternativet prosjektet vurderer har de beste betingelsene for Grimstad kommune til å møte et strukturelt kapasitetsgap i helse- og omsorg i fremtiden.

Vurderingsramme i alternativanalysen har hatt fokus på hva anbefalt tjenestekonsept må inneholde for å støtte opp om kommunens strategiske grep for ønsket produktivitet og omstilling, og opp mot rapportens bør- krav, der driftseffektivitet og arealeffektivitet er vektet høyt (60%).

Kjerneområder er:

- Helhetlig innsatstrapp og mulighet for å dreie tjeneste fra institusjon til hjem/forebygging.
- Tverrfaglige pasientforløp og «én dør inn» som reduserer overleveringer og ventetid.
- Driftseffektiv logistikk og sambruk (støttefunksjoner, areal og personell).
- Teknologi- og hjelpemiddelkompetanse/arena for uttesting og implementering.
- Sterk lærings-, utdannings- og FoU-arena i samspill med UiA/FiA og øvrige aktører.

6.1. VURDERING MÅLOPPNÅELSE AV ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPT

Det er gjort en helhetlig vurdering av måloppnåelsen til alternative tjenestekonsept. Alternativene er vurdert kvalitativt opp mot kriterier hentet fra prosjektets effektmål. Effektmålene beskriver ønsket fremtidig situasjon som skal oppnås med gjennomføring av alternativt konsept. Vurderingen skal sikre at videre arbeid konsentreres om de konseptene som i størst grad vurderes som relevante, realistiske og målrettede i lys av prosjektets behov, mål og krav.

Vurdering av måloppnåelse er gjennomført i to trinn. Konseptene er først vurdert opp mot definerte skal-krav, der konsepter som ikke oppfyller kravene sorteres ut. Deretter er konseptene vurdert faglig opp mot bør-krav, med tilhørende poengskåring og vekting for å synliggjøre styrker og svakheter.

Analysegrunnlaget består av fire alternative tjenestekonsept. Alle er basert på etablering av et nytt universitetssykehjem, men med ulikt omfang og innhold i tjeneste- og funksjonsprogrammet:

0+	Konsept 1 Fullt program	Konsept 2 Redusert program	Konsept 3 Sterkt redusert program	Konsept 4 Minimumsprogram
Tjenester videreføres som i dag med nødvendig utvidelse og utbedringer for å ivareta fremtidige behov	Alle nødvendige tjenestefunksjoner er med i programmet	Hjelpemidler og konferansearena er fjernet	Følgende funksjoner er fjernet: - Hjelpemidler - Konferansearena - Sentralkjøkken - Psykisk helse	Følgende funksjoner er fjernet: - Hjelpemidler - Konferansearena - Sentralkjøkken - Psykisk helse - Forvaltning og koordinering - Mestring og rehabilitering inkl. Hverdagsrehabilitering, - Jobbsentral - Administrasjon Arbeid og aktivitet og Habilitering

Figur 36. Oversikt aktuelle tjenestekonsept

I det videre arbeidet vil faglige vurderinger basert på skal- og bør-krav utføres.

6.2. VURDERING AV SKAL KRAV

Skal-kravene representerer absolutte minimumskrav som må være oppfylt for at et konsept anses som aktuelt for videre vurdering. Vurderingen er gjennomført binært (ja/nei).

	Skal krav
SK1	Investeringen skal oppfylle nødvendige krav for å til tilskudd fra Husbanken
SK2	Investeringen skal oppfylle premisser for å være et universitetssykehjem

Alle fire tjenestekonsept oppfyller begge skal-kravene og vurderes som prinsipielt gjennomførbare løsninger. Dette innebærer at samtlige alternativer:

- tilfredsstillende nødvendige forutsetninger for å kunne motta investeringstilskudd
- oppfyller grunnleggende premisser for etablering av universitetssykehjem.

0+ alternativet oppfyller ikke premissene for etablering av et universitetssykehjem.

6.3. VURDERING AV BØR KRAV

Bør-kravene benyttes for å vurdere i hvilken grad de ulike tjenestekonseptene bidrar til å oppfylle prosjektets effektmål og prosjektutløste behov. Vurderingene er basert på en 7-delt skala fra -3 til +3 og er vektet i henhold til fastsatte prinsipper.

SKÅRING OG BEGRUNNELSE 0+

	Bør krav	Skåring	Begrunnelse
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	-2	Konsept 0+ innebærer videreføring av dagens tjenestestruktur. Behovsanalysen peker imidlertid på et betydelig behov for omstilling av helse- og omsorgstjenestene, herunder nye arbeidsformer og større grad av samhandling. Uten helhetlig omstilling av tjenestene vurderes det som lite sannsynlig at konseptet kan sikre tilstrekkelig trygge, framtidsrettede og robuste tjenester for pasienter, beboere, brukere og pårørende. Forutsetningene for vedtatt dimensjonering av fremtidige sykehjemsplasser og produktivitetsforbedringer er ikke lenger gyldige ved dette konseptvalget. Konseptet vurderes derfor å ikke ivareta bør-kravet.
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	-3	Konsept 0+ ivaretar ikke behovet for vekst og styrking av lavterskeltjenester. Videreføring av dagens tjenestestruktur gir begrensede muligheter for å utvikle og samordne lavterskeltilbud i tråd med den helhetlige innsatstrappa. Konseptet har svekket mulighet for å etablere inkluderende møteplasser som understøtter mestring, aktivitet og fellesskap på tvers av brukergrupper og generasjoner.
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	-3	Konsept 0+ innebærer i hovedsak videreføring av dagens organisering, med spredte tjenestefunksjoner og begrenset grad av samlokalisering. Dette gir svake forutsetninger for effektiv logistikk og sambruk av støttefunksjoner. Manglende samling av sentrale tjenestefunksjoner reduserer potensialet for effektiv ressursbruk, både når det gjelder personell, areal og tekniske løsninger. Konseptet vurderes derfor i liten grad å stimulere til ressurseffektive helsetjenester slik bør-kravet beskriver.
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk av arealer inne og ute	-3	God arealeffektivitet for sykehjemstjenester samlokalisert i nytt bygg. Men 0+ gir, i et helhetlig perspektiv, fortsatt fragmenterte tjenester fordelt på mange bygg. Dette gir lav arealeffektivitet sammenlignet med alternative konsept som legger til rette for fleksibel sambruk. Konseptet skårer derfor lavt sammenlignet med andre konseptalternativ.
BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne	-3	0+ legger ikke til rette for samarbeid med eksterne aktører innen forskning, utdanning og innovasjon.

	samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø		Prosjekt Universitetssykehjem er ikke realiserbart i dette konseptet.
--	--	--	--

SKÅRING OG BEGRUNNELSE TJENESTEKONSEPT 1

	Bør krav	Skåring	Begrunnelse
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	3	Konseptet bidrar til å styrke helsetjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende. Samlokalisering av sentrale tjenestefunksjoner muliggjør bedre pasientforløp, styrket tverrfaglighet og høyere grad av pasientsikkerhet, i tråd med behovsrapport og prosjektet effektmål.
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	3	Samlokalisering av flere tjenester styrker prinsippet om «én dør inn» for innbyggere. Konseptet gir svært gode forutsetninger for å utvikle bygget som en møteplass for alle generasjoner, med støtte til frivillighet, aktivitet og lavterskeltilbud i tråd med behovsrapportens føringer.
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	3	Alle sentrale tjenestefunksjoner er samlokalisert i ett bygg, noe som gir betydelige gevinster knyttet til effektiv logistikk, sambruk, kortere avstander og stordriftsfordeler. Dette støtter både behovsrapportens beskrivelser og prosjektets mål om ressurseffektive helsetjenester.
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk av arealer inne og ute	3	Samlokalisering av mange tjenester gir høy grad av sambruk og fleksibilitet og stimulerer til større samdrift mellom tjenester. Konseptet legger godt til rette for effektiv arealbruk både inne og ute.

BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	3	Alternativet gir svært gode forutsetninger for nye samarbeidsformer, samdriftsmodeller og samarbeid med eksterne aktører innen forskning, utdanning og innovasjon, i tråd med prosjektets effektmål.
------------	---	----------	--

SKÅRING OG BEGRUNNELSE TJENESTEKONSEPT 2

	Bør krav	Skåring	Begrunnelse
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	3	Konseptet gir et svært mye svakere tilbud innen hjelpemiddelformidling sammenlignet med tjenestekonsept 1. Det vurderes likevel at konseptet bidrar til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende. Bør-kravet vurderes samlet sett derfor som ivaretatt i svært stor grad.
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	2	Tjenestekonsept 2 gir i stor grad grunnlag for møteplassfunksjon og aktivitet, men redusert program medfører mindre fleksibilitet. Behovsrapporten viser et økende behov for kurs- og opplæringsarealer for innbyggere, pårørende og ansatte, noe som trekker vurderingen noe ned sammenlignet med tjenestekonsept 1.
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	1	Lavere skår enn tjenestekonsept 1 skyldes at hjelpemiddeltjenesten er tatt ut. Behovsrapporten beskriver at hjelpemiddelformidling vil vokse betydelig i takt med flere eldre og hjemmeboende brukere. Manglende samlokalisering av lager, verksted, rengjøring - teknikere, terapeuter, hjemmetjenesten og korttidsplasser gir en mindre effektiv logistikk og svekker samhandlingsgevinstene betydelig. Når hjelpemidler fjernes fra konseptet, gir det dårligere logistikk og mindre effektiv bruk av ressurser.
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk av arealer inne og ute	2	Redusert konsept gir fortsatt god arealeffektivitet, men er mindre fleksibelt enn konsept 1.

BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	1	Hjelpemiddelformidling og velferdsteknologi er fjernet fra konseptet, til tross for at disse fagområdene er sentrale i framtidig omstilling av helse- og omsorgstjenestene. Manglende samlokalisering gir mindre effektiv bruk av teknikerressurser og svakere samarbeid innen forskning og utvikling. Videre er konferanseareal fjernet, noe som begrenser muligheten for større kurs, opplæring og regionale samlinger i bygget.
------------	---	----------	--

SKÅRING OG BEGRUNNELSE TJENESTEKONSEPT 3

	Bør krav	Skåring	Begrunnelse
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	1	Konsept 3 gir et ytterligere svekket tjenestetilbud. Tjenester tidlig i den helhetlige innsatstrappen fjernes, herunder psykisk helse og rus. Behovsrapporten peker på økende forekomst av psykiske lidelser, også blant eldre, og et framtidig behov for økt innsats på disse områdene. Når disse tjenestene tas ut av programmet, reduseres muligheten for omstilling fra individrettet tilbud til mer gruppeterapi og kurstilbud, tverrfaglig samarbeid og forebyggende arbeid. Videre fjernes sentralkjøkkenet, til tross for dokumentert behov for økt matproduksjon og kritisk driftssituasjon i dag. Bygg og utstyr er utdatert som gir utfordringer iht. både arbeidstilsyn og mattilsyn. Plassmangel gjør at produksjonskapasiteten er nådd. Avstand mellom kjøkken og sykehjem vil svekke kvalitet, fleksibilitet og tilpasning til individuelle kost- og allergibehov.
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	1	Når flere lavterskeltjenester fjernes fra konseptet, reduseres også muligheten for å styrke lavterskeltilbud, aktivitet og møteplassfunksjoner. Dette svekker helhetlig dimensjonering av innsatstrappen og byggets rolle som en inkluderende arena for fellesskap og aktivitet.
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	-1	Det blir vanskeligere å styrke den helhetlige innsatstrappa, når flere tjenester plassert lavt i trappa tas ut av konseptet. I tillegg spres tjenestefunksjonene over flere bygg. Dette svekker muligheten for å øke nødvendig omstillingstakt innenfor helse- og omsorg.
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy	-2	Når flere tjenestefunksjoner forblir lokalisert i ulike bygg, reduseres arealeffektiviteten samlet sett. Større samlet areal, gir

	grad av sambruk av arealer inne og ute		høyere investerings- og leiekostnader og begrenser sambruk, slik behovsrapporten beskriver som en utfordring ved dagens situasjon.
BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	-2	I konseptet reduseres samhandlingsmuligheter med flere viktige lavterskeltjenester, som er avgjørende for nødvendig omstilling i helse og omsorg i samarbeid med eksterne samarbeidspartnere.

SKÅRING OG BEGRUNNELSE TJENESTEKONSEPT 4

	Bør krav	Skåring	Begrunnelse
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	0	Konseptet skåres nøytralt da det i liten grad bidrar til å løse eksisterende og fremtidige utfordringer i tjenestene, utover økt kapasitet i form av flere sykehjemsplasser. Vurdering av konsept 3 videreføres, i tillegg innebærer konsept 4 at ytterligere sentrale tjenester er fjernet, herunder mestring og rehabilitering. I tillegg er forvaltning og koordinering fjernet fra programmet. Samlet sett begrenses helhetlig tjenesteutvikling og omstillingsmuligheter betydelig sammenlignet med øvrige alternativ.
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	-1	Kaféfunksjon bidrar positivt, men samlet sett gir konseptet svært begrenset grunnlag for å styrke møteplass- og frivillighetsfunksjoner slik prosjektets målsettinger legger opp til.
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	-3	Hjemmetjenesten inngår i programmet, men er skilt fra mestring og rehabilitering inkludert hverdagsrehabilitering. Behovsrapporten understreker betydningen av tett samhandling mellom disse funksjonene. Videre fjernes forvaltning og koordinering, som i dag er samlokalisert med hjemmetjenesten. Å skille disse tjenestene fra hverandre i ulike bygg vurderes som særlig uheldig for effektiv drift og logistikk, helhetlige pasientforløp og god økonomiforvaltning.
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk av arealer inne og ute	-3	Alternativet skåres enda lavere enn konsept 3. Ytterlige fragmentering av tjenester øker behovet for transport og intern logistikk, gir lav fleksibilitet og dårlig utnyttelse av arealer.

BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	-2	Konseptet skårer lavere enn konsept 3, da et minimumsprogram gir svært begrenset grunnlag for samarbeid og utviklingsarbeid. Færre tjenester er lokalisert i bygget, noe som reduserer samhandlings- og innovasjonspotensialet betydelig. F.eks. reduseres muligheten for tverrfaglige forskningsprosjekter som benytter fysio- og ergoterapeuters mestrings- og rehabiliteringskompetanse.
------------	---	-----------	---

6.3.1. OPPSUMMERING AKTUELLE TJENESTEKONSEPT

Faglige vurderinger viser at tjenestekonsept 1 og 2 samlet sett fremstår som klart overlegne sammenlignet med tjenestekonsept 3, 4 og 0+-alternativet. Vurderingene avdekker klare og systematiske forskjeller mellom alternative tjenestekonsept, særlig når det gjelder måloppnåelse, strategisk handlingsrom og langsiktig bærekraft.

Konsept 1 og 2 oppnår høyere skår på tvers av samtlige bør krav, noe som underbygger deres relative styrke og robusthet:

	Bør krav	0+ Skåring	1 Skåring	2 Skåring	3 Skåring	4 Skåring
BK1	Investeringen bør bidra til sikre trygge helse- og omsorgstjenester til pasienter, beboere, brukere og pårørende	-2	3	3	1	0
BK2	Investeringen bør legge til rette for at bygget blir en møteplass for alle generasjoner, utløse lokale frivillige krefter og bidra til helhetlig dimensjonering av innsatstrappen med fokus på mestring, fellesskap og aktivitet	-3	3	2	1	-1
BK3	Investeringen bør stimulere til ressurseffektive helsetjenester gjennom god logistikk og bruk av digitale og automatiserte løsninger	-3	3	1	-1	-3
BK4	Arealeffektiv og fleksibelt bygg med høy grad av sambruk av arealer inne og ute	-3	3	2	-2	-3
BK5	Investeringen bør legge til rette for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i utvikling og uttesting av nye arbeidsformer, forskning og utviklingsarbeid. Øke aktiviteten i regionen som attraktivt kompetansemiljø	-3	3	1	-2	-2
Sum score		-14	15	9	-3	-9

Sum vektet score	-2,8	3	1,7	-0,7	-2,1
Rangering	5	1	2	3	4

Figur 37. Oppsummering skåring av bør krav

Tjenestekonsept 1 gir høyest samlet måloppnåelse, særlig innen kvalitet i tjenestene, ressurseffektive helsetjenester, fleksibilitet, samhandling samt samarbeid med forskning og utdanning. Konseptet gir størst handlingsrom for framtidig utvikling og nødvendig omstilling av helse- og omsorgstjenestene.

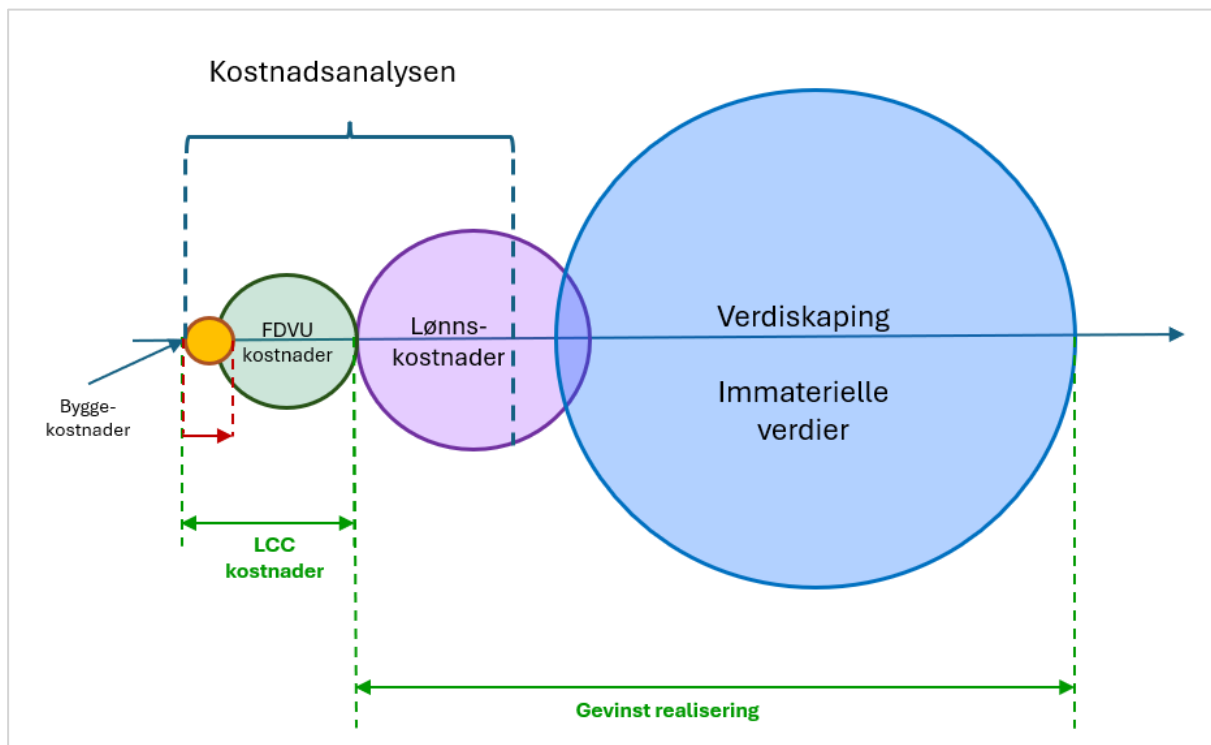
Tjenestekonsept 2 fremstår som et mer moderat alternativ, med god balanse mellom måloppnåelse og ressursbruk. Konseptet gir fortsatt gode rammer for effektiv drift og samhandling, men med lavere ambisjonsnivå enn konsept 1. Det vurderes uheldig å fjerne hjelpemidler fra programmet da tjenesten er i sterk vekst som følge av en stadig aldrende befolkning og flere hjemmeboende eldre.

Tjenestekonsept 3 og 4 gir redusert måloppnåelse, særlig knyttet til framtidig utviklingskraft, ressurseffektive helsetjenester, fleksibilitet og rolle som regional samarbeids- og kompetansearena. Disse alternativene innebærer lavere kompleksitet og mindre omfang, men begrenser samtidig prosjektets strategiske potensial. Vurderingene synliggjør at reduserte program reduserer mulighetene for å møte utviklingsbehov og omstillingskrav innen helse- og omsorgstjenestene.

Alternativ 0+ har lavest måloppnåelse. Videreføring av dagens tjenestestruktur er ikke forenlig med etablering av universitetssykehjem. Alternativet gir svake forutsetninger for effektiv logistikk og sambruk av areal og støttefunksjoner. Manglende samlokalisering av sentrale tjenestefunksjoner reduserer potensialet for effektiv ressursbruk, både når det gjelder personell, areal og tekniske løsninger. 0+ gir, i likhet med konsept 3 og 4, ikke grunnlag for nødvendig omstilling av tjenesteområdet.

6.4. KOSTNADSANALYSE- INVESTERING OG DRIFT

Hensikten med kostnadsanalysen er å få frem et økonomisk bilde på både investering, forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og tjenestedrift, som skal bidra til rett valg av tjenestekonsept. Det er likevel noen avgrensninger som har vært nødvendig, og det er derfor viktig å lese kostnadsanalysen som en *del* av det økonomiske bildet og ikke *hele* det økonomiske bildet. Enkelte effekter vil være svært utfordrende å kvantifisere, og blir derfor omtalt separat. For å illustrere hvilke elementer som er hensyntatt kan vi se på følgende figur.



Figur 38 Modell som visualiserer kostnader og verdier i investeringsprosjekt (utarbeidet WSP)

Som vi ser tar kostnadsanalysen hensyn til byggekostnader, forvaltning, drift, vedlikehold og deler av tjenestekostnadene. De tjenestekostnadene som er med i analysegrunnlaget, er knyttet til personell på selve sykehjemsdriften uten ledelse og administrative ressurser. Det innebærer at eventuelle effektiviseringsgevinster for andre deler av tjenesten, samt øvrige tjenesteområder ikke blir synliggjort i kostnadsanalysen. Dette med bakgrunn i manglende erfaringstall, som vil kreve en dypere analyse.

Den største effekten, som ikke er med i kostnadsanalysen, er de immaterielle verdiene, som også inkluderer redusert etterspørsel etter kostnadskrevende helsetjenester som konsekvens av tiltak på lavere trinn i innsatstrappen. Kvaliteten i tilbudet er også en del av den blå sirkelen.

6.4.1. FORUTSETNINGER

Kostnadsanalysen er en livsløpsvurdering (LCC) over 50 år og inkluderer investering, forvaltning, drift, vedlikehold og tjenestekostnader for sykehjemsdelen knyttet til de ulike tjenestekonseptene for Universitetssykehuset i Agder.

Tid og økonomiske rammer

Analyseperiode og nedbetalingstid er 50 år og det er benyttet en diskonteringsrente på 4 % og en lånerente på ca. 4,1 %. Inflasjon over tid er satt til 2,6%.

Kapasitet og organisering

Behovet for sykehjemsplasser er dimensjonert for totalt 197 sykehjemsplasser frem mot 2040. De 56 plassene på Fevikstun er besluttet beholdt og analysen er derfor fokusert rundt de resterende 141 plassene. Disse fordeler seg med 48 plasser på Frivolltun, 24 plasser på GROM og 69 nye plasser.

Grom er tatt ut av samtlige alternativ. Behovet for nye plasser frem mot 2040 er derfor 93 boenheter.

Tjenestekonsept 1-4 varierer i hvilke tjenestefunksjoner som vurderes samlet i det nye helsebygget (fullt program, redusert program, sterkt redusert program og minimumsprogram). Alle tjenestekonsept presenteres med 141 plasser, men i 0+ er dette gjort over to separate byggetrinn. Vurderinger og optimalisering av valgt tjenestekonsept med beregninger utføres frem mot BP2. Flere byggetrinn kan også gjøres i tjenestekonsept 1-4.

Det er en forutsetning at moderne bygg planlegges optimalt for effektiv drift av tjenestene. Nye bygg gir derfor mer effektiv drift, med lavere bemanningsbehov enn eldre bygg. Dette gir positivt økonomisk utslag i alternativene hvor alle boenheten bygges nye. I analysen er det beregnet at det er rundt 19% rimeligere å drive tjenestene i nytt bygg. Tallene er basert på faktisk bemanning i eksisterende bygg vurdert mot bemanningsnormer fra moderne helsebygg.

Kostnadsforutsetninger

Prosjektkostnader inkluderer bygg, merverdiavgift, utomhusanlegg, inventar og usikkerhetsavsetninger (P50–P85) og er basert på et nivå rundt 77 500 kr per m² (2026-prisnivå). Det er ikke differensiert på andre typer arealer, da dette krever en dypere analyse. Eksempelvis kan man anta at areal til lager er av lavere kostnad enn andre arealer. Det er lagt til grunn 150 p-plasser i kjeller (kr 600 000 per plass) og 50 plasser i eksternt p-hus (kr 270 000 per plass) i samtlige alternativ. Det planlegges en grundigere analyse av valgt konsept frem mot BP2. Vi ser likevel de overordnede tallene, som er basert på erfaringstall fra lignende helsebygg, som tilstrekkelig kvalitetssikret til å benyttes i valg av tjenestekonsept.

For tjenestekostnader er årskostnad pr. ansatt basert på reelle tall fra kommunen og lagt til grunn med om lag 840 000 kr.

Byggekostnadene har stor innvirkning på analysen, og vil detaljeres videre frem mot BP2. Det samme gjelder arealbruk, som også vil videre kvalitetssikres frem mot BP2.

Forvaltning, drift, vedlikehold og utskiftning (FDVU)-kostnader, beregnet etter NS3454, inkluderer både løpende drift og planlagte reinvesteringer/utskiftninger i bygget. Det er tatt høyde for at bygningsmassen over tid skal opprettholdes på godt kvalitativt nivå.

Finansiering

Prosjektkostnader omfatter bygg, parkering og usikkerhetsavsetninger. Tomt og lønns- og prisstigning i byggeperioden er ikke medtatt.

Det er lagt inn merverdiavgifts-kompensasjon (25%) og tilskudd fra Husbanken (55 %). Lånebehovet som kommer frem, er anleggskostnaden fratrasket tilskudd og kompensasjon. Arealer som skal bygges for eksterne aktører ansees som nullsum i analysen og er derfor ikke medtatt i investeringsgrunnlaget.

Livsløp og kostnadsbilde

Årlige kostnader inkluderer kapital, forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og tjenestedrift for sykehjemsdelen. Kostnader til helserelatert materiell er ikke medtatt, da dette forutsettes likt i alle alternativene. Det er tatt høyde for fremtidige utskiftninger og oppgraderinger i byggene gjennom hele perioden og analysen synliggjør samlede kostnader pr. år for hvert alternativ.

Produktivitetsøkning på 4 %

Dimensjonering av sykehjemsdelen i kostnadsanalysen *forutsetter* 4 % produktivitetsøkning i tjenesten slik som presentert i dimensjoneringssaken i kapittel 6.6. Risikoen for at man ikke oppnår dette øker i de alternativene som har lav grad av samlokalisering. Det differensieres dermed ikke på produktivitet mellom alternativene, selv om dette med høy sannsynlighet vil være variasjon. Sektoren selv sier at kommunens vedtatte mål om 4% produktivitetsøkning av tjenesteområdet frem mot 2040 sannsynligvis ikke lar seg innfri i tjenestekonsept 0+, 3 og 4. Eksempelvis antas det at tjenestekonsept 4 sannsynligvis kun klarer å skape 1% effektivisering. Dette blir ytterligere belyst i kapittel 6.6.

6.4.2. KOSTNADER ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPT

Under vises en fremstilling av tjenestekonseptene hvor årlige kostnader for investering, forvaltning, drift, vedlikehold og bemanningskostnadene tilknyttet drift av sykehjemsplassene er medtatt. For 0+, 2, 3 og 4 alternativene er nødvendige leiekostnader og investeringer medtatt i beregningene, slik at alternativene blir mest mulig sammenlignbare

6.4.2.1. Alternativ 0+

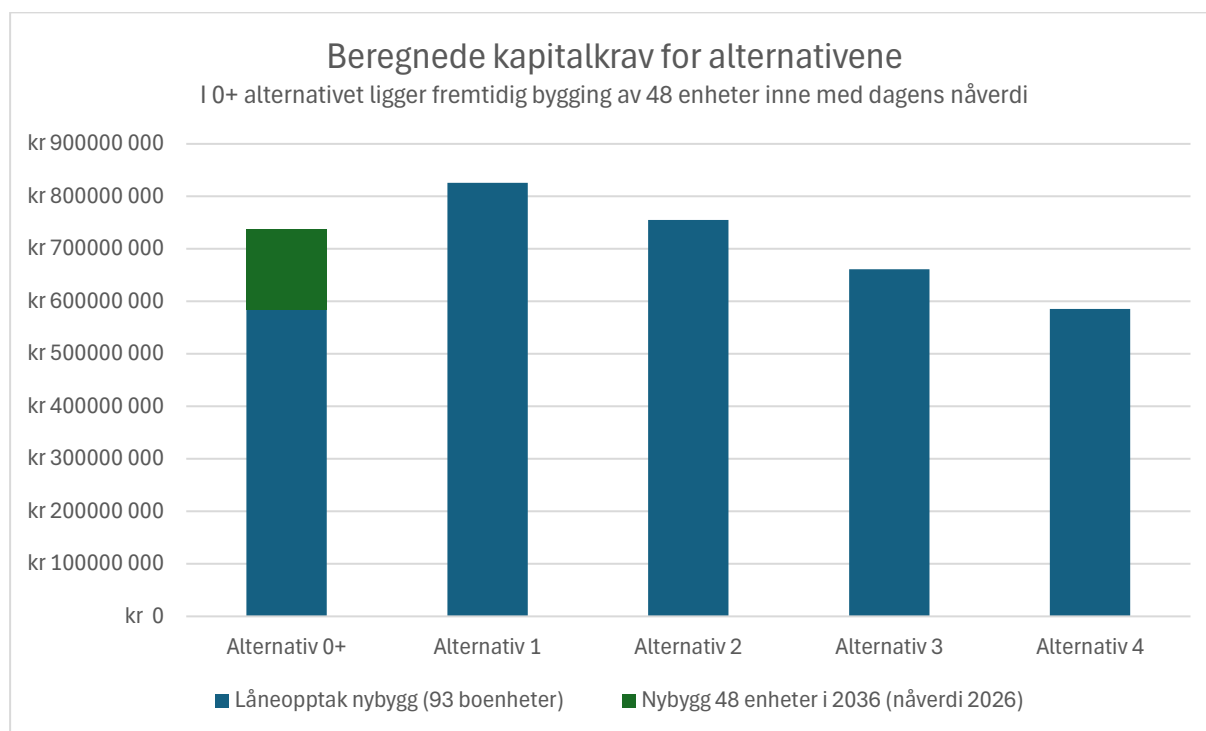
Forutsetninger for tjenestekonsept 0+

- Utsetter bygging (byggetrinn 2) fram i tid (10 år)
- Utsatt bygging bidrar til at finansieringskostnader blir rimeligere
- Positiv effekt ved utsatt rentebetaling for fremtidige lån
- Kapasitetsøkning sykehjem er hensyntatt med to byggetrinn (93 +48). Begge som nye bygg.
- Renovering av Frivolltun etter 10 år ikke tatt inn i 0+ da dette vil ha høyere kost, spesielt med tanke på behov for midlertidige plasser.
- Bemanningsnorm er hensyntatt for nytt og gammelt bygg
- Ekstra kostnad knyttet til to byggetrinn er hensyntatt
- Økning i kapasitet for hjemmetjenesten og andre tjenester er hensyntatt
- Ulempe for manglende sambruk av areal
- Tomtepris inngår ikke i analysene
- Lokalisering for byggetrinn 1 og 2 er ikke vurdert

6.5. KOSTNADSANALYSE FOR ALTERNATIVENE

Kostnadsanalysen viser at alle alternativene innebærer betydelige investeringer, men at nivået varierer vesentlig avhengig av ambisjonsnivå og omfang. Samlede prosjektkostnader ligger i størrelsesorden 1,1–1,7 mrd. kroner, før fradrag for tilskudd og mva.-kompensasjon.

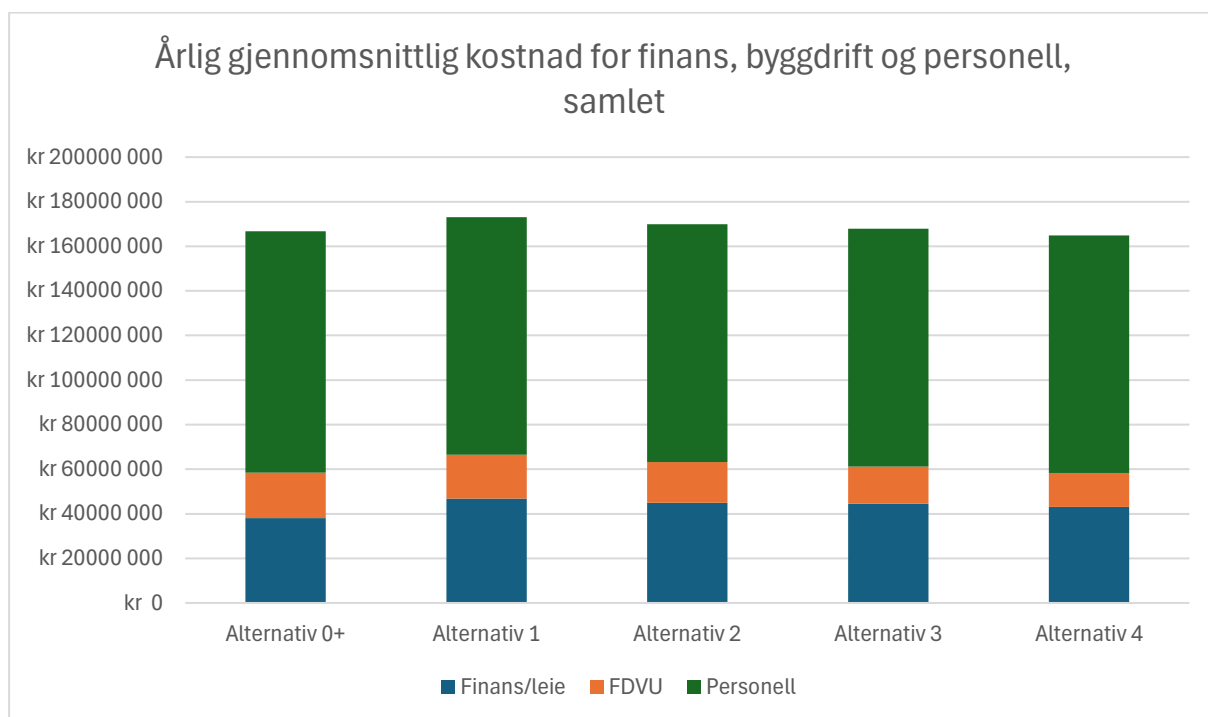
Etter tilskudd og kompensasjon gir dette et beregnet lånebehov på om lag 0,6–1,0 mrd. kroner, som igjen gir årlige direkte kapitalkostnader knytte til investeringen på rundt 28–46 mill. i en gjennomsnittsbetraktning over 50 år avhengig av valgt alternativ. Grafen under viser beregnede kapitalkrav for alternativene. Her er nåverdien av fremtidige kostnader for bygging av de siste 48 boenhetene medtatt i 0+ alternativet og synliggjort i grønn farge.



Figur 39 Modell viser beregnet kapitalkrav for alternative tjenestekonsept. Det er viktig å merke seg at leiekostnader ikke er hensyntatt i denne figuren.

Som vi ser av eksempelet i analysen vil alternativ 0+, 2, 3 og 4 ha et lavere låneopptak enn alternativ 1 i starten. Det er likevel viktig å ta med leiekostnadene som er ulik for alternativene for å få et riktig bilde av kapitalutgiftene, i tillegg til kostnadene ved å bygge ut resterende 48 enheter frem mot 2036 for alternativ 0+.

I grafen under vises samlede årlige kostnader for alternativene. Her er finansieringskostnader, FDVU-kostnader og personellkostnader knyttet til drift av sykehjemsplassene medtatt. I alternativene hvor funksjoner ikke bygges er det beregnet en leiekostnad for opprettholdelse av funksjonene der de for eksempel er i dag. Vi ser at årskostnadene for alternativene er relativt like. Dette viser at det koster noe tilsvarende å drive stykkevis og delt, som samlet. Kvaliteten på tjenestene og økonomien i et totalbilde vil dog være svært forskjellig.



Figur 40 Modell viser årlig gjennomsnittlig kostnader finans, byggdrift og personell for tjenestekonseptene

Når drift inkluderes, viser analysen i eksempelet at:

- Årlige samlede kostnader ligger i intervallet ca. 165–173 mill. kroner
- Personalkostnader utgjør den klart største andelen, på om lag 106–108 mill. kroner per år. Den eneste forskjellen i tjenestekostnadene er mindre effektivitet i de 10 årene Frivolltun skal drives.
- FDVU-kostnader ligger typisk på 12–20 mill. kroner per år. Disse er anslått ganske likt for alternativene, bortsett fra eksisterende leieforhold, hvor de generelt er noe lavere.

Besparelser ved samlokalisering og effektoptimalisering er ikke medtatt her. Dette vil gi store utslag avhengig av hvilket alternativ som velges. Det er lett å se for seg at en kostnadsbesparelse i henhold til effektmålet på 4%, på flere titalls millioner – dette vil gi betydelige effekter på tallene.

Forskjellene mellom alternativene drives særlig av:

- Investeringsnivå og areal
- Grad av funksjoner og tilleggsarealer
- Effektiviseringsgevinster fra nye bygg (lavere bemanningsbehov)

Samlet sett viser analysen at reduksjoner i areal og funksjonsomfang gir lavere investeringskostnader, men at effekten på totale årlige kostnader gir et langt flatere bilde. Det er under 5% forskjell i reell samlet årskostnad mellom det rimeligste tjenestekonsept 4 og det dyreste tjenestekonsept 1. Dette er fordi tjenestene da må være i andre lokaler med noe tilsvarende kostnadsbilde og fordi tjenestekostnadene uansett utgjør hovedtyngden av kostnadsbildet.

Oppsummert gir ikke kostnadsanalysen alene en klar og tydelig anbefaling; **Tjenestekonseptene kommer relativt likt ut.** Det er derfor viktig å se dette mot andre faktorer som ikke kostnadsanalysen har hensyntatt, som eksempelvis økt produktivitet.

6.6. ØKT PRODUKTIVITET I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Behovet for sykehjemsplasser i Grimstad er avhengig av hvor produktiv helse- og omsorgstjenesten innretter og organiseres.

Med grunnlag i dimensjoneringsaken har Grimstad kommune lagt til grunn en effektivitet på 4 % økning. I 2040 innebærer det en differanse på 16 plasser fra 1%-4% produktivitetsøkning.

Alternativer	Heldøgns-omsorg 2026*	Økt produktivitet	Faktor saktere aldring	2030 økning i plasser	2035 økning i plasser	2040 økning i plasser	2045 økning i plasser	2050 økning i plasser
1	128+52 (180)	1%	0,1	+37 (217)	+62 (242)	+85 (265)	+101 (281)	+125 (305)
2	128+52 (180)	3%	0,1	+34 (214)	+55 (235)	+74 (254)	+86 (266)	+106 (286)
3	128+52 (180)	4%	0,1	+32 (212)	+52 (232)	+69 (249)	+79 (259)	+96 (276)

*) 128 sykehjemsplasser + 52 boliger med mulighet for heldøgns tjenester på Berge gård. Her kan det komme endringer knyttet til politisk sak om driftsformen på Berge gård. Det bør også vurderes andre boligkonsept/private initiativ for å bygge omsorgsboliger.

Forutsetningen er at kommunen ser mulighet for store fordeler med en helhetlig satsing på universitetssykehjem. Dette er en satsing som bygger på at flest mulig av kommunens tjenester samhandler og samarbeider i ett felles bygg, hvor kommunen kan få stordriftsfordeler, og drive med læring og utvikling på tvers. Samtidig vil lokalitetene tilby langt flere arenaer for lavterskeltilbud som kan bidra med å forebygge skrøpelighet, og redusere behov for tjenester.

Dersom en ser på kostnad for kommunen om en ikke oppnår mål om økt produktivitet 4 % for sykehjem, vil det se slik ut:

- 1 x sykehjemsplass = 1 300 000,- per år i tjenstedriftskostnader.
- Tar vi med FDV kostnader på 200 000,- per plass og byggekostnader på 230 000,- per plass blir 1x sykehjemsplass kr. 1 730 000,- per år.

Forskjell i 2040 på de ulike produktivitet:

- 1 % økt produktivitet = behov for 85 flere plasser
- 3 % økt produktivitet = behov for 74 flere plasser
- 4 % økt produktivitet = behov for 69 flere plasser (estimat som danner grunnlag for dagens beregning).

Det vil si at dersom kommunen ikke oppnår økt produktivitet, som kan være en følge av manglende samhandling og koordinering, samt stordriftsfordeler som et universitetssykehjem kan skape, vil prisforskjellen være som følger:

- Differanse 4 % - 3 % = 6 920 000,- per år
- Differanse 4 % - 1 % = 27 680 000,- per år

Dette er direkte økte driftskostnader for kommunen årlig om tiltenkt produktivetsforbedring ikke oppnås. I tillegg kommer utfordringen med at det er behov som oppstår i befolkningen, som rent praktisk ikke kan løses (plassutfordringer). Muligheten for økt produktivitet øker i takt med smartere innretting av tjenestetilbudet og organisering med stordriftsfordel gjennom samlokalisering.

6.7. RISIKO OG MULIGHETER VED ALTERNATIVE TJENESTEKONSEPT

I denne utredningen er det gjort grove kostnadsberegninger for å synliggjøre investering og driftskostnader knyttet til tjenestekonseptene. Anbefalt tjenestekonsept er vurdert som økonomisk lønnsom, som vil si at summen av nyttevirkninger forventes og overstiger summen av kostnadsvirkninger.

Først i trinn 2. av konspetfasen vil det gjøres en utdypning og kostnadsoptimalisering av anbefalt tjenestekonsept. Dette innebærer at anbefalt tjenestekonsept kan vurderes gjennomført i byggetrinn for å redusere den umiddelbare finansieringskostnaden for kommunen.

Referansealternativet 0+ oppfyller ikke skal kravet for kriteriene til et universitetssykehjem, og er derfor ikke ansett som et valgbart tjenestekonsept. I alternativanalysen benyttes referansealternativet 0+ derfor primært for sammenligning av alternative tjenestekonsept.

6.7.1. TJENESTEKONSEPT 0+

Konsept 0+ innebærer videreføring av dagens driftsmodell med nødvendig utvidelse. Alternativet forutsetter nybygg og kapasitetsøkning for sykehjems plasser, og betegnes derfor som 0+. I alternativet blir gjeldende leieavtaler for flere tjenester videreført, med utvidelser av dagens struktur der det er behov. På hvilken lokasjon og hvordan en realisering av konsept 0+ kan realiseres krever en egen utredning.

0+ gir lav måloppnåelse fordi de viktigste produktivetsdriverne i utredningen (samlokalisering, sambruk, helhetlige pasientforløp og utviklingsarena) i stor grad uteblir. Risikoen er at manglende produktivitet må kompenseres med mer kapasitet og/eller høyere driftskostnader.

6.7.1.1. Muligheter

- Kan gi lavere investeringsbelastning på kort sikt ved å utsette byggetrinn 2, og gir midlertidig kapasitetsøkning gjennom byggetrinn 1.
- Kjente driftsformer kan redusere kortsiktig omstillingsbelastning.

6.7.1.2. Risiko

- Oppfyller ikke premissene for universitetssykehjem (skal-krav) og viderefører fragmentering og spredt lokalisering som rapporten beskriver som barriere for samhandling, innovasjon og driftseffektivitet.
- Konseptet har redusert samlokaliseringsgevinst med mindre areal for sambruk med andre tjenester.
- Lav skår på bør-krav BK2–BK5 og vurderes å gjøre kommunens vedtatt dimensjonering og mål for økt produktivetsforbedringer «ikke lenger gyldige».
- Utredningen peker på betydelig risiko for at kommunen ikke klarer å redusere behovet for sykehjems plasser med 4 %.

6.7.2. TJENESTEKONSEPT 1

Fullt program: alle nødvendige tjenestefunksjoner inngår. Bred samlokalisering av tjenester og fagmiljøer også lavere i innsatstrappen. Størst arealbehov. Konsept innebærer etablering av universitetssykehjem.

Tjenestekonsept 1 vurderes som best egnet med høyest måloppnåelse fordi det i størst grad legger til rette for tjenestedreining, tverrfaglige pasientforløp og driftseffektivitet – samtidig som det etablerer en sterk arena for kompetanse, teknologi og kontinuerlig forbedring i samarbeid med utdanning og forskning. Relevante tjenester og fagmiljøer på tvers av tjenesteområder flyttes til universitetssykehjemmet.

6.7.2.1. Muligheter

- Høyest måloppnåelse på alle bør-krav (BK1–BK5) og høyest vektet score i utredningen
- Størst potensial for ressurseffektive helsetjenester gjennom samlokalisering, kortere avstander, sambruk og bedre logistikk.
- Best støtte for helhetlig innsatstrapp, «én dør inn», møteplass/aktivitet og robust samarbeid med UiA/FiA, FoU og innovasjon

6.7.2.2. Risiko

- Størst areal- og investeringsbehov, som øker krav til finansiering og prioritering i kommunens handlingsplan for inneværende periode.
- Høy kompleksitet i implementering: gevinster krever aktiv gevinstrealisering, endringsledelse og nye arbeidsformer for å materialiseres.
- En realisering av universitetssykehjem krever strukturelle og økonomisk omdisponering for Grimstad kommune.

6.7.3. TJENESTEKONSEPT 2

Redusert program: hovedgrepet fra tjenestekonsept 1 videreføres, men hjelpemiddellager og konferanseareal er tatt ut. Gir noe lavere fleksibilitet og synergier enn alternativ 1.

Tjenestekonsept 2 vurderes som egnet, men med noe redusert måloppnåelse fordi nærhet til velferdsteknologi/hjelpemidler og lærings-/samhandlingskapasitet svekkes. Vurdert opp mot økt produktivitet og en styrket hjemmebasert tjeneste med mer bruk av velferdsteknologi, er dette et reelt minus sammenlignet med alternativ 1.

6.7.3.1. Muligheter

- God balanse mellom måloppnåelse og ressursbruk; rangert som nr. 2 i utredningens vektete score.
- Opprettholder mye av samlokaliseringsgevinsten for øvrige tjenester
- Lavere investerings- og arealbehov enn alternativ 1 kan gi bedre gjennomførbarhet.
- Prosjektet anser mulighet for alternativ plassering av hjelpemiddellager i nærhet av universitetssykehjem kan kompensere noe for reduserte synergier mot hjemmetjenesten og mestringsenheten.

6.7.3.2. Risiko

- Uttak av hjelpemidler svekkes logistikk og ressursutnyttelse; utredningen peker på at hjelpemiddelformidling vil vokse med flere eldre og hjemmeboende brukere.
- Uttak av konferanseareal reduserer kapasitet for kurs/opplæring og større samlinger, og svekker noe samarbeids- og innovasjonspotensial. Ansees likevel som løsbart med bruk av arealer knyttet til UiA og FiA, samt nytt hotell som nylig er bygget i nærheten med konferansemuligheter.

6.7.4. TJENESTEKONSEPT 3

Sterkt redusert program: i tillegg til uttak i tjenestekonsept 2 tas produksjonskjøkken og psykisk helse/rus ut. Samlokalisering begrenses, og effekt av samlokalisering reduseres.

Tjenestekonsept 3 gir et svakere fundament for realisering av universitetssykehjem. Redusert måloppnåelse fordi flere av virkemidlene som skal dempe etterspørsel etter tunge tjenester tas ut. Mer fragmentering gir mer logistikk/overleveringer, og øker risiko for at effektiviseringsmål ikke nås, med tilhørende fare for merkostnader.

6.7.4.1. Muligheter

- Lavere areal og investeringsnivå kan gi enklere finansiering.
- Tydeligere kjernefokus på institusjonskapasitet dersom dette er mest akutt på kort sikt.

6.7.4.2. Risiko

- Uttak av psykisk helse/rus svekker omstilling og forebygging; prosjekttinnrammingen peker på økende behov og at uttak reduserer muligheten for mer gruppebasert og forebyggende arbeid.
- Uttak av produksjonskjøkken skjer til tross for dokumentert kritisk driftssituasjon ved dagens lokaler og økende volumbehov for produksjon i framtiden; avstand til universitetssykehjem kan svekke kvalitet/fleksibilitet.
- Økt fragmentering og spredning av funksjoner svekker sambruk og samlokaliseringsgevinst, og faren for nødvendig omstilling svekkes.

6.7.5. TJENESTEKONSEPT 4

Minimumsprogram: kun kommunens behov for sykehjemsplasser ivaretas, med nødvendige støttefunksjoner + hjemmetjeneste og legekontor. Flere sentrale funksjoner er tatt ut (forvaltning/koordinering, mestring/rehabilitering, arbeid/aktivitet, habilitering m.fl.).

Tjenestekonsept 4 vurderes som minst egnet med lavest måloppnåelse fordi konseptet begrenser muligheten for tjenestedreining og helhetlige forløp. Risikoen er at kommunen må kompensere ved økt bemanning, økt institusjonskapasitet eller økt kjøp av tjenester, som vil øke kommunens kostnader.

6.7.5.1. Muligheter

- Lavest arealbehov og kan være raskest å realisere som et minimumsbygg.

- Sikrer institusjonskapasitet og enkelte nødvendige støttefunksjoner, samt en begrenset utviklings-/forskningsfunksjon.

6.7.5.2. Risiko

- Tar ut sentrale «omstillingstjenester» (forvaltning/koordinering, mestring/rehabilitering, arbeid/aktivitet m.fl.) som behovsrapporten fremhever som viktige for helhetlige forløp og innsatstrapp.
- Særlig uheldig for driftseffektivitet at hjemmetjenesten skilles fra mestring/rehabilitering og koordinering; utredningen vurderer dette som svært negativt for logistikk, forløp og økonomiforvaltning.
- Kommunens føringer for effektivisering vil sannsynligvis ikke la seg innfri i dette alternativet.

7. ANBEFALING VALG TJENESTEKONSEPT

Tjenestekonsept 1 er alternativet som kommer ut med høyest vektet totalscore/rangering i den kvalitative vurderingen. Konseptet vil bidra til å styrke kommunens strategiske arbeid med å sikre gode tjenester, skape flere møteplasser og aktivitetstilbud i en helhetlig innsatstrapp, utvikle framtidige bygg med driftseffektiv logistikk og digitale/automatiserte løsninger, arealsambruk, fleksibilitet og samarbeid med forskning, utdanning og innovasjon.

Tjenestekonsept 2 framstår som et «nest best»-valg med bedre investeringsprofil, men med svakere forutsetninger innen nærhet til hjelpemidler og velferdsteknologi som behovsrapporten peker på er sentrale for omstilling.

Tjenestekonsept 0+, 3 og 4 vurderes i utredningen å gi for lav omstillingskraft og for svak samlokaliseringsevne til å kunne realisere kommunens omstillingsbehov, med risiko for betydelige merkostnader dersom målet ikke nås.

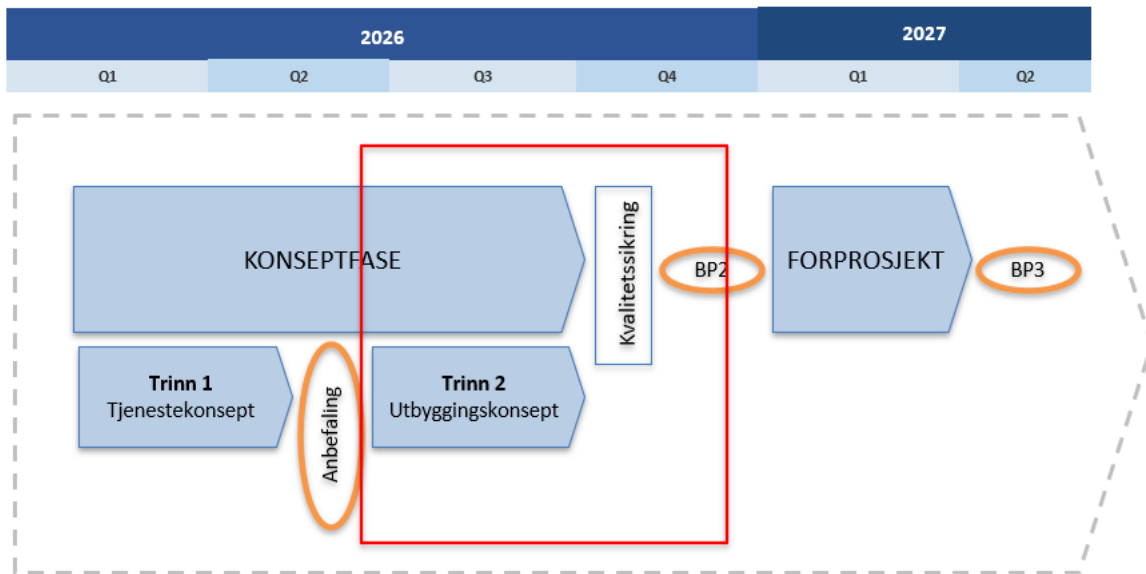
Basert på vurderingene av tjenestekonseptenes måloppnåelse og kostnadsprofil vurderes tjenestekonsept 1 som best egnet for å utvikle universitetssykehjem i Agder. Tjenestekonsept 1 vurderes som det tjenestekonsept med de beste forutsetningene for Grimstad kommune til å realisere en bærekraftig utvikling og økt produktivitet for helse- og omsorg i fremtiden.

Det vil være mulighet for videre optimalisering av tjenestekonsept 1 frem mot BP2 med mål om redusert arealbehov og investeringsramme. Dette inngår i trinn 2 av konseptfasen og utdypes i neste kapittel.

8. PROSESS FRAM MOT BP2

8.1. OPTIMALISERING AV VALGT TJENESTEKONSEPT

Valgte tjenestekonsept skal videreutvikles frem mot beslutningspunkt 2.



Figur 41 Modell konseptfase tilpasset universitetssykehem Agder

Spesielt vil det være brukerprosesser for å optimalisere rom- og funksjonsprogram.

Kostnadsreducerende tiltak vil være viktig, og spesielt hjelpemiddellager, parkering og kjøkken må det vurderes løsninger på som kan ta ned totalt investeringsbehov.

- Parkering: Det må utarbeides et parkeringskonsept for prosjektet. Behovet for parkering er tett knyttet til samtidighet, og det vil her være viktig å se på hvordan samtidighet kan reduseres for å senke behovet for parkering.
- Hjelpemiddellager: Lageret har andre krav til inneklima og dagslys enn andre arealer, og det vil derfor være behov for å se på effektive måter å løse dette arealet på.
- Kjøkken: Det er stor forskjell på kvadratmeterkost for et kjøkken inni bygget, og et kjøkken tilknyttet bygget. Her tenker vi en analyse av måter å løse dette på før BP2.
- Dimensjonering: Det er nå lagt til grunn en utregnet dimensjonering på 141 plasser. Dette kan vise seg å gi en uhensiktsmessig gruppering, og må ytterligere kvalitetssikres frem mot BP2.
- Det vil også gjøres en vurdering mot beredskap og behov for tilfluktsrom. Dette vurderes er løsbart med løsninger som utformes slik at fremtidige tilpasninger ikke blir unødige vanskelig eller kostbar.

Avhengig av valgt gjennomføringsmodell, kan detaljer rundt hvordan funksjoner plasseres og løses i bygget være opp til leverandør å beskrive og designe.

Andre forutsetninger for å realisere ønsket synergier i valgt tjenestekonsept:

- Det må utarbeides tydelig gevinstrealiseringsplan med mål, indikatorer og ansvar (hvilke prosesser skal endres – og hvordan måles effekt).

- Beskrivelse for operasjonalisering av ønsket tjenestedreining i «innsatstrappa»: styrke forebygging, aktivitet, rehabilitering og hjemmebaserte tjenester slik at behov for sykehjem utsettes.
- Hensynta integrering av teknologi- og automatisering i driftsmodellen (logistikk, lager/verksted, opplæring og support).
- Utvikle prosesser for tjeneste- og organisatoriske grep for bedre logistikk og samhandling (tverrfaglige team, standardiserte forløp og «færre overleveringer»).
- Etablere samarbeidsmodellen med UiA/FiA og øvrige aktører i drift (praksis, simulering, FoU-løp og implementering av nye arbeidsformer).

Det understrekes at samlokalisering i seg selv ikke er tilstrekkelig; gevinster må tas ut gjennom utvikling av nye arbeidsformer og systematisk forbedringsarbeid.

8.2. MULIGE UTBYGGINGSALTERNATIVER

I trinn 2 utredes mulige utbyggingskonsept og det gjennomføres et endelig konseptvalg i BP2.

Det er identifisert flere mulige utbyggingsalternativ knyttet til bruk av eksisterende bygningsmasse og nybygg med ett eller flere byggetrinn. Utbyggingskonsepter vil bli utredet i trinn 2, med vurdering av fordeler, ulemper og konsekvenser for kapasitet, økonomi og drift. Utredningen skal gi et helhetlig grunnlag for valg av utbyggingsløsning.

8.3. OVERORDNET GJENNOMFØRINGSSTRATEGI

Gjennomføringsstrategi, inkludert kontraktstrategi vil fremlegges i BP2.

8.4. RISIKOVURDERING

Gjennom prosessen er det gjennomført risikovurdering av prosessen og prosjektet som helhet. Det er gjennomført et arbeidsverksted med deltakere som representerer prosjektet bredt, med ulike roller og faglig bakgrunn. Følgende trusler og muligheter ble identifisert gjennom en felles «brain storming».

8.4.1. KORT SAMMENDRAG AV TRUSLER

Høy kompleksitet ble identifisert som den største risikoen i prosjektet, med mange aktører, parallelle beslutningsprosesser og høye, delvis sprikende forventninger. Manglende avklaringer og struktur i styring kan gi forsinkelser og kostnadsøkninger. Det vurderes som avgjørende å etablere klare roller, et tydelig målhierarki og definerte beslutningspunkter. Videre er mangel på kapasitet, kompetanse og kontinuitet i nøkkelroller adressert som en betydelig trussel. Den forutsetter tydelig prioritering av ressurser, samt administrativ og politisk forankring.

Politisk og økonomisk usikkerhet, inkludert risiko for kostnadsoverskridelser, ble også fremhevet som kritisk, og bør møtes med tidlig politisk involvering, realistiske budsjetter og systematisk risiko- og økonomistyring. I tillegg ble tomteforhold og brukerprosesser pekt på som risikoområder som krever grundige avklaringer, tett samarbeid med offentlige myndigheter og tydelig kommunikasjon.

8.4.2. KORT SAMMENDRAG AV MULIGHETER

Arbeidsverketstedet identifiserte betydelige muligheter for å utvikle et effektivt, fremtidsrettet og driftsoptimalisert universitetssykehjem gjennom tidlig kobling mellom drift, prosjektering, teknologi

og forskning. Prosjektet har potensial til å bli et regionalt og nasjonalt forbilde ved å ta i bruk standardiserte og fleksible løsninger, sambruk av arealer og energieffektive bygg med høy kvalitet.

Videre gir strukturert brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid og tydelig prosjektorganisering gode forutsetninger for samskaping og bedre måloppnåelse. Samarbeid med FoU-miljøer og regionale aktører åpner for forskningsfinansiering, kompetanseutvikling og styrket rekruttering. Samlet sett kan prosjektet gi varige gevinster gjennom systematisk planlegging, tydelig styring og aktiv samhandling

Oppfølging/tiltak knyttet til risiko er fulgt opp i form av månedlig rapportering på risiko til styringsgruppen og i form av politiske orienteringssaker, samt temadag for kommunestyret i Grimstad kommune.

Det gjennomføres egen ros- analyse i trinn 2 av konseptfasen. Den skal indentifisere hvilke forhold ved valgt tjenestekonsept som kan føre til uønsket konsekvenser, trusler mot måloppnåelse, nyttverdig og gjennomførbarhet. Er det forhold som kan true gevinst eller føre til kostnadsoverskridelser.

8.5. KLIMA OG MILJØ

For å sikre et bygg som kan følge utvikling og endring, vil prosjektet ha fokus på praksisnær forskning innen materialvalg, livssyklus kostnader (LCC), energikonsepter, lavutslipp i drift og fleksibilitet i bruk. Samarbeid og erfaringsdeling med andre kommuner er viktig og flere regioner og aktører har allerede vist interesse for prosjektet. Det er samtidig et mål å styrke kommunens rolle som myndighetsorgan, tjenesteprodusent og samfunnsutvikler.

For Grimstad kommune er den tydeligste klima- og miljø forankringen i kommuneplanen²⁶ og klima, miljø- og energiplanen²⁷. Det er ønskelig å legge opp til ambisiøse, men realistiske miljømål for prosjektet med særlig fokus på å redusere klimagassutslipp fra materialbruk, transport og energibruk. Fjære og Holviga skoler har fokusert på Svanemerket og erfaringene deles.

Byggsektoren har et stort potensial for å redusere klimagassutslipp og bidra til omstillingen til et lavutslippssamfunn. Tidlig identifisering av klimavennlige løsninger og eventuelle merkostnader gjør det enklere å gjennomføre klimavennlige byggeprosjekter. Kommunen kan bidra ved å legge til rette for innovasjon og klimavennlige løsninger i bygge- og rehabiliteringsprosjekter.

Prosjektet fikk klimasatsmidler og støtte av Miljødirektoratet 01.04.2026 til å se på hvilke strategiske valg man kan ta. Det vil også vurderes ulike verktøy og standarder, som miljøoppfølgingsplan, ZEB, BREEAM-NOR, Svanemerket eller FutureBuilt med videre. Klimasatsmidlene vil brukes til å lage et grunnlagsdokument for anbudsfasen. Midlene skal bidra til å øke kompetansen om klimaløsninger innen helsebygg i kommunen og byggenæringen. Klima- og miljøambisjonene for prosjektet vil konkretiseres videre fram mot beslutningspunkt 2 (BP2).

²⁶ [samfunnsdelen-v4.pdf](#)

²⁷ [klima-miljo-og-energiplan-2019-2022-grimstad-kommune.pdf](#)

9. VEDLEGG

Vedlegg 1. Behovsrapport Universitetssykehjem Agder

Vedlegg 2. Tilstandsrapport 2021 GROM og Frivolltun bo- og omsorgssenter

Vedlegg 3. Faglig egnethetsvurdering Grom og Frivolltun bo- og omsorgssenter