

Kunnskapsgrunnlag idéfase Helsehus



Innhold

1	Nasjonalt bakteppe	2
1.1	Nasjonale rammebetingelser	3
1.2	Lovkrav	4
2	Hamar kommune	5
2.1	Organisering helsetjenester	5
2.2	Demografi og framskrivninger	7
2.3	Bemannings situasjon helsetjenester	8
2.4	Helsetjenester utenfor kommunen	9
2.5	Helseberedskap	9
3	Utfordringer og muligheter	9
3.1	Utfordring: demografi og bemanning	9
3.2	Utfordring: press på tjenester	11
3.3	Utfordring: boligbehov og tilstand på formålsbygg	12
3.4	Utfordring: folkehelse	12
3.5	Muligheter	14
4	Behov for endring	15
4.1	Kommunedelplan for helse og omsorg	16
4.2	Fokusområder for helse og mestring	16
4.3	Helhetlig frivillighetspolitikk	17
4.4	Interessentanalyse	17
5	Hva er et helsehus	18
6	Drøfting – hvorfor helsehus?	20
7	Referanseliste	24

1 Nasjonalt bakteppe

Andelen eldre blir flere. Vi lever i dag lenger enn for et par tiår tilbake. Den medisinske utviklingen har ført til at vi i dag dør med sykdommer vi tidligere døde av. Kombinasjonen alderdom og sykdom gir behov for mer sammensatte tjenester. Samtidig blir andelen i arbeidsfør alder færre, noe som betyr at flere oppgaver skal fordeles på færre mennesker. Det er anslått at over halvparten av økningen i offentlige utgifter frem mot 2060 kan knyttes til utgifter som følge av befolkningsutviklingen (Perspektivmeldingen 2024). De nærmeste årene ventes økningen i demografiske utgifter å bli moderate. Dette skyldes blant annet at små fødselskull de senere årene antas å dempe ressursbruken i utdanningssektoren fremover. Utover på 2030-tallet ventes utgiftene som følge av befolkningsutviklingen å tilta. Dette skyldes særlig økte utgifter som følge av en aldrende befolkning, og som bare delvis motvirkes av antakelsen om at yrkesdeltakelsen blant eldre vil øke (Perspektivmeldingen 2024).

Ifølge en OECD-rapport er Norge blant OECD-landene som ligger høyest både med hensyn til antall leger og sykepleiere per 1000 innbyggere. Det må imidlertid tas forbehold om at OECD-landene har ulike velferdsordninger og kriterier for telling av helsepersonell. Det er forventet at etterspørselen etter heldøgns omsorgsplasser vil bli mer enn doblet fra 2024 fram mot 2060. Dersom dagens tjenester skal leveres på samme måte i forhold til antall ansatte frem til 2040, er det anslått at årsverk innen helse- og omsorgstjenester må øke med 30 prosent i forhold til dagens nivå (Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024). Dette er en utvikling som vil utfordre bærekraften i samfunnet. Norge kan ikke med bakgrunn i både befolkning og økonomi, bemanne seg ut av utfordringene. Det er nødvendig å intensivere innsatsen innen flere områder og bruke et bredt sett av virkemidler for å dempe etterspørselen etter personell, samtidig som kvalitet og tilgjengelighet blir ivaretatt i helsetjenestene (Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024, NOU 2023:4).

Den medisinske utviklingen har ført til større behov for personell med spisskompetanse. Samtidig betyr økt levealder at flere lever lengre med samtidige sykdommer som medfører behov for personell med bredere medisinsk og helsefaglig kompetanse. Behovet for å ivareta den spisse kompetansen må fremover balanseres mot behovet for generalistkompetanse for å opprettholde et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen over hele landet. Breddekompetanse er også viktig for å sikre helhetlig oppfølging og gode pasientforløp på tvers av tjenestenivåene.

Befolkningens økende behov for sammensatte tjenester gjør at samhandling, planlegging og forebygging blir stadig viktigere for å kunne levere helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere. Dette har blant ført til etablering av nye samarbeidsmodeller, som FACT som består av fleksible ambulante tjenester bemannet av personer fra både kommune og spesialisthelsetjeneste.

I nasjonal helse- og samhandlingsplan er det et uttalt mål å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet (Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024). Den nasjonale helse- og samhandlingsplanen trekker frem tre store utfordringer for helsetjenestene:

1. Tilgang på nok personell.
2. For dårlig sammenheng mellom tjenestene.
3. Likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester i hele landet.

Knapphet på personell gjør det helt nødvendig å se kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og å prøve ut nye arbeidsformer og organisering. Det er i dag stor konkurranse om arbeidskraft mellom kommune-, spesialist- og de private helsetjenestene (NOU 2023:4). Konkurransen vil forsterkes fremover. Utfordringene med

mangel på personell vil fremover være størst i den kommunale omsorgstjenesten ifølge Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024).

Det er for mange pasienter og brukere som opplever at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten ikke henger godt nok sammen (Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024). En utfordring er at helsetjenesten og innbyggerne ikke har tilgang til oppdaterte helseopplysninger. Digitale plattformer og meldingssystemer samhandler ikke godt nok med hverandre. Dette gir utfordringer for både ansatte og pasienter. Ofte må pasienter fortelle sin egen sykdoms- og behandlingshistorie på nytt når de sendes mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, mellom offentlige og private helsetjenester, eller mellom avdelinger. Mange ganger må pasientene også ta prøver på nytt, fordi virksomheten ikke har tilgang til prøver som er tatt andre steder. Fragmenteringen truer pasient-sikkerheten, fører til unødvendig ressursbruk og overbehandling, og gir pasientene en opplevelse av å ikke bli sett (Halogen 2024). Det må bli enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om gode, sammenhengende pasientforløp med utgangspunkt i lokale behov og vurderinger.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ulikt finansiert, styrt og organisert, og har ulik sammensetning av personell og kompetanse. Spesialisthelsetjenesten og deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er organisert og rettet mot diagnoser og medisinsk behandling. Andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel hjemme- og institusjonstjenester og lavterskeltilbud, er i større grad orientert mot bistandsbehov, mestring og funksjon. Ulikhetene i disse perspektivene påvirker naturlig nok samarbeidet.

Samtidig er det også samhandlings- og koordineringsutfordringer innad i de enkelte forvaltningsnivåene. Mangelfull planlegging i de ulike forvaltningsnivåene og lite samarbeid og helhetlig planlegging mellom forvaltningsnivåene, skaper utfordringer for målet om et helhetlig helsetilbud.

Den felles helsetjenesten skal være for alle, og er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller, og for å opprettholde et godt tjenestetilbud til folk i hele landet.

1.1 Nasjonale rammebetingelser

Det blir i nasjonal helse- og samhandlingsplan vist til flere grep for å håndtere utfordringsbildet. For å imøtekomme utfordringen med personellknapphet er det behov for å ta i bruk en rekke virkemidler innen eksempelvis oppgavedeling og organisering av arbeidsprosesser, prioritering, utdanning og kompetanseutvikling, digitalisering og arbeidsmiljø samt bedre kommunal planlegging. Det blir vist til at det fremover må tas utgangspunkt i den samlede tilgangen til ressurser. Sykehus og kommuner må i større grad gjøre felles vurderinger av hvilke kompetanse- og personellbehov de enkelte delene av tjenesten vil ha framover.

For å imøtekomme behovet for personellmangel pekes det også på omstilling til en mer forebyggende helsetjeneste. Her kreves det en strukturert innsats, fra flere hold. Blant annet må det sees på økonomiske føringer. Regjeringen har bedt Helsedirektoratet gjøre en avgrenset vurdering av om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter en helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjeneste.

Det blir i nasjonal helse- og samhandlingsplan vist til seks hovedgrep for å møte utfordringene:

- > **Rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse.**
- > **Endre finansieringsordningene**, blant annet ved å gi insentiver til samarbeid mellom kommuner og sykehus for å skape gode pasientforløp og bedre bruk av de samlede ressursene.
- > **Prøve ut og innføre nye organiseringsformer** for å skape mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell.
- > **Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene.**
- > **Forenkle og tydeliggjøre regelverk.**
- > **En attraktiv og fremtidsrettet allmennlegetjeneste** med kapasitet, kvalitet og bedre oppfølging av pasienter med sammensatte behov.

Det har vært flere offentlige utredninger knyttet til helse de senere årene. Et felles budskap som går igjen i utredningene er at utfordringene stiller krav om evne til å prioritere, omfordele og mobilisere.

1.2 Lovkrav

Kommunale helsetjenester har mange lover som man må forholde seg til i utøvelsen av tjenesten. Flere lover setter også rammer for tjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven er svært sentral. Loven pålegger kommunene å tilby bestemte helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Loven har som formål å sikre gode og forsvarlige tjenester, fremme sosial trygghet, og bidra til likeverd og likestilling.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettigheter overfor mottak av helse- og omsorgstjenester. Loven har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, fremme tillitsforholdet mellom pasienter og helsepersonell, og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

Begge disse lovene har til felles at de påvirker kommunens handlingsrom i dimensjoneringen av kommunale tjenester, ved at de fastsetter minimumsstandarder. Pasient- og brukerrettighetsloven påvirker kommunens handlingsrom i dimensjoneringen av tjenester på flere måter:

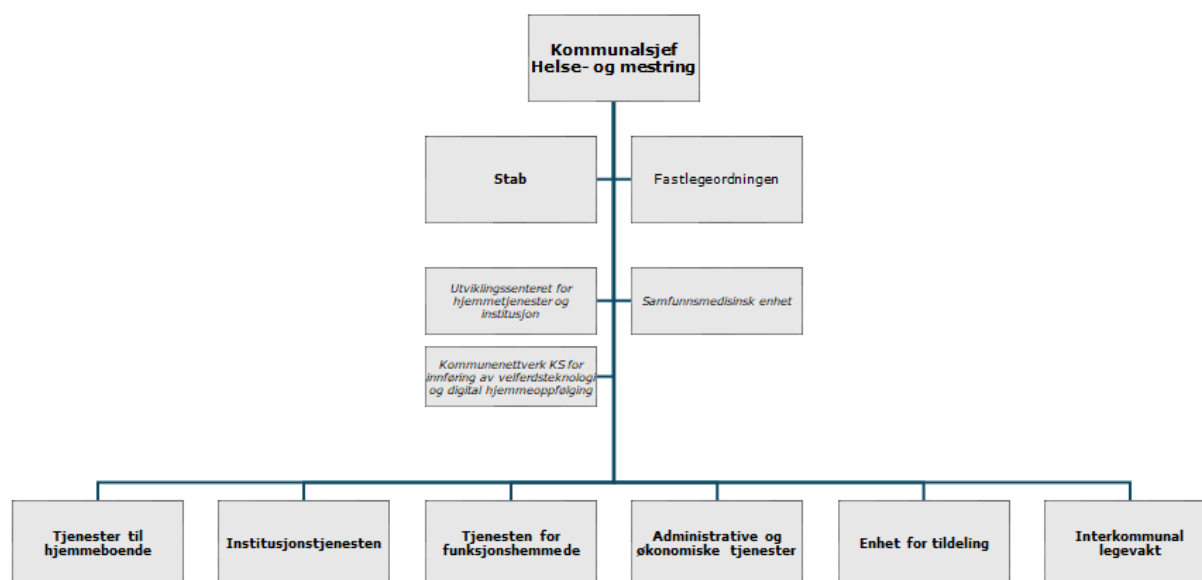
1. **Rett til nødvendige tjenester:** Kommunen er forpliktet til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som har behov for det, basert på individuelle vurderinger. Dette betyr at kommunen må tilpasse tjenestene etter befolkningens behov, noe som kan begrense handlingsrommet når det gjelder ressursfordeling.
2. **Medvirkning og informasjon:** Loven gir pasienter og brukere rett til å medvirke i beslutninger som angår dem, og til å få nødvendig informasjon. Dette krever at kommunen legger til rette for brukermedvirkning, noe som kan påvirke hvordan tjenester dimensjoneres og organiseres.

3. **Økonomiske ressurser:** Selv om loven sikrer rettigheter til nødvendige tjenester, må kommunen også ta hensyn til sine økonomiske ressurser. Dette kan innebære prioriteringer og avveininger mellom ulike tjenestetilbud.
4. **Kvalitetskrav:** Kommunen må sikre at tjenestene holder en forsvarlig standard, noe som kan kreve investeringer i kompetanse og infrastruktur. Dette kan igjen påvirke hvordan ressursene fordeles og tjenestene dimensjoneres.
5. **Samhandling med andre aktører:** Loven legger også vekt på samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette krever koordinering og kan påvirke hvordan kommunen planlegger og dimensjonerer sine tjenester.

2 Hamar kommune

2.1 Organisering helsetjenester

Kommunalområdet Helse og mestring er inndelt i tre hovedområder; institusjonstjenester, tjenester til hjemmeboende og tjenester til funksjonshemmede. I tillegg har avdelingen ansvar for samfunnsmedisinsk enhet, fastlegetjenesten, legevakt og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester. Det er et interkommunalt legevaktsamarbeid mellom Hamar, Ringsaker, Stange og Løten. Legevakten er lokalisert i Ottestad i Stange kommune. Hamar er vertskommune for den interkommunale legevakten.



Figur 1 Organisering av Helse og mestring

Institusjonstjenesten består av 4 sykehjem (Finsal, Klukstuen, Parkgården og Prestrudsenteret), 5 omsorgsboliger med heldøgns bemanning, kantine- og kjøkkendrift. Hamar har 397 heldøgns plasser for eldre – hvorav 286 sykehjemsplasser. Av sykehjemsplassene er 237 langtidsplasser og 49 korttidsplasser. Det gis palliative tjenester ved alle avdelinger, men Prestrudsenteret har en spesialavdeling for lindrende behandling. I tillegg har kommunen 112 omsorgsboliger. I flere av omsorgsboligene bor det ektefeller og samboere, slik at antall tjenestemottakere i heldøgns omsorgsbolig er høyere enn antall boliger. Det er i tillegg 145 omsorgsboliger med døgnbemanning til andre brukergrupper (rus, psykisk helse og funksjonsnedsettelse).

Tjenesten til hjemmeboende har ansvaret for hjemmesykepleie, hjemmehjelp, psykisk helse og rus, dagtilbud og omsorgsboliger innenfor rus og psykisk helse med heldøgnsbemanning.

Tjenesten til funksjonshemmede inneholder per januar 2025 16 omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, 3 barne- og avlastningsboliger og arbeids- og aktivitetstilbud.

Det pågår et kartleggingsarbeid for å vurdere tilstanden til eiendomsmassen innen de nevnte formålsbyggene i tabellen. Vi er kjent med at kartleggingen vil påpeke behov for betydelige investeringer i årene som kommer.

Andre helserelaterte tjenester og tilbud

Hamar kommune har også andre helserelaterte tjenester som ikke er organisert under Helse og mestring. Kommunale helsetjenester til barn og unge under 20 år ytes primært fra kommunalområdet Oppvekst og opplæring. For eksempel Helsestasjon, jordmortjeneste og familievern. I tillegg er NAV Hamar med ansvar for integreringsarbeidet en del av kommunalområdet. Helsestasjonen sørger for helsetjenester til flyktninger og 150 beboere ved Ormseter asylmottak.

Barneverntjenesten, interkommunalt kritesenter og Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) ligger også til Opplæring og oppvekst. Barneverntjenesten skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Barneverntjenesten skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse, og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår. Oppgavene til barnevernet har grensesnitt og samhandlingsflater opp mot kommunens helsetjenester. Det samme gjelder Hamar interkommunale kritesenter, som er et tilbud til de som er utsatt for vold eller overgrep i nære relasjoner. PPT jobber for å inkludere alle barn, unge og voksne i utdanningsløpet i samarbeid med brukere og ansatte i barnehager og skoler.

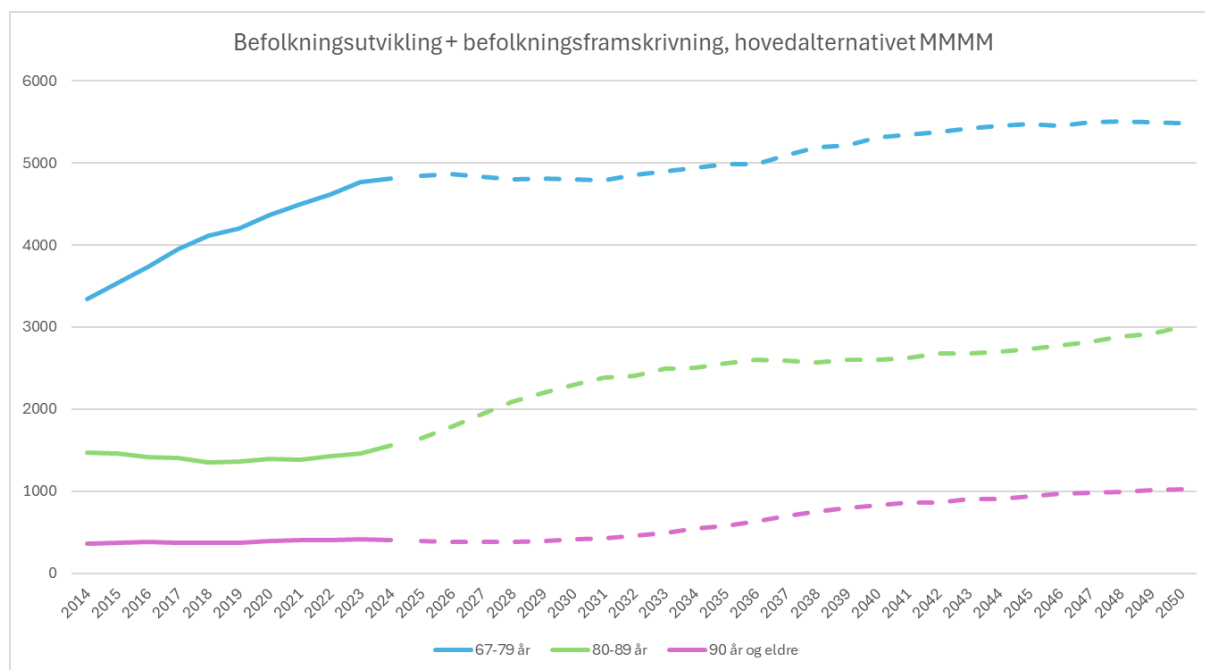
Også andre tilbud og tjenester ligger i grensesnittet mot helse, motvirkning av uhelse og forebygging av utenforskap. Hamar kommune har en SLT-koordinator (Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak) for å forebygge rus- og ungdomskriminalitet, samt koordinere innsatser mellom ulike hjelpeinstanser i kommunen. Videre er det etablert et tilbud kalt Ung Hamar som arbeider for å forebygge psykisk uhelse, rus og kriminalitet. Dette tilbudet ligger innenfor Opplæring og oppvekst og er modellert etter FACT-ung-modellen (fleksibel aktiv oppsøkende behandling). I tillegg er det etablert et interkommunalt samarbeid med Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Hamar/Elverum om FACT-team. Dette kommer i tillegg til alt det forebyggende og inkluderende arbeid som gjøres hver dag i kommunens barnehager og skoler.

Kultur og frivillighet skal støtte og bistå den generelle kulturaktiviteten i kommunen. Kommunaleområdet har ansvaret for en rekke områder som kulturhus, bibliotek, fritidsklubber, kulturskole, idrett og friluftsliv. Det er et utstrakt samarbeid med andre kommunale områder, og eksternt med kulturinstitusjoner, grupper av kulturaktører, reiseliv, næringsliv, samt frivillige organisasjoner. Kontakten med frivilligheten, samt eierstyring av kommunens to frivilligsentraler ligger til Kultur og frivillighet.

2.2 Demografi og framskrivninger

I perioden 2014-2024 økte befolkningen i Hamar fra 29.520 til 32.879 innbyggere. Dette tilsvarer en økning på 11,4 prosent. Til sammenligning økte folketallet i Norge med 8,6 prosent i samme periode. Gruppen i alderen 67-79 år økte mest i denne perioden med totalt 44,2 prosent. Aldersgruppen 1-5 år økte minst med 0,2 prosent.

Hamar har en jevn befolkningsfordeling opp til 80 år. Andelen unge eldre (65-79 år) er høyere i Hamar enn i landet som helhet. Figuren nedenfor viser historisk utvikling de siste 10 årene og estimert utvikling frem mot 2050 for aldersgruppen 67+:



Figur 2 Befolkningsutvikling Hamar, historisk og fremtids-estimat 67 år+ Kilde: Statistisk sentralbyrå (mellomalternativet)

I januar 2025 er det omtrent 1500 innbyggere i Hamar, som er mellom 80-89 år. Med en økning på nesten 1500 betyr det en dobling. Økningen av antall eldre mellom 80-89 år vil også komme brått, med en prognose på rundt 750 flere innbyggere i denne aldersgruppen de neste fem årene.

Framskrivninger gjort av SSB (mellomalternativet) viser at Hamar kommune kan vokse med 15,8 prosent fra 2024 til 2050. Tabell 1 viser befolkningsframskrivninger for Hamar i 2050 fordelt på ulike aldersgrupper.

Tabell 1 Estimert befolkningsutvikling Hamar 2024-2050 fordelt på alderskategorier

Aldersgruppe	Estimert utvikling antall	Estimert utvikling prosent
0-17	+ 596	9,8
18-49	+ 495	3,5
50-66	+ 1386	19,6
67-79	+ 675	14
80-89	+ 1446	92,8
90 år og eldre	+ 626	155,3

Tabellen viser at det er befolkningsvekst i alle aldersgrupper. Det er viktig å understreke at aldersgruppene har ulike intervaller (18-49 er større enn de andre aldersgruppene). Like fullt er det aldersgruppen 80-89 år som i antall er estimert til å vokse mest.

At det blir færre yrkesaktive i forhold til mulige mottakere av tjenester får noe betydning for Hamar kommunes aldersbæreevne. I 2022 viste SSBs anslag (tabell 13600, hovedalternativet MMMM) at det var 3,2 personer i alderen 16-66 år per pensjonist i Hamar. I 2050 var dette forventet å være 2,2. Etter nye prognoser i 2024, ser bildet noe bedre ut for Hamar. I 2024 var det 3,1 personer i alderen 16-66 år per pensjonist. I 2050 er det anslått at forholdstallet vil være 2,4. Forholdet mellom de mellom 16-66 år og pensjonerte er lavere i Hamar enn nasjonalt, men den nasjonale kurven er mye brattere. 2024-prognosen viser at det nasjonalt var 4,0 personer i alderen 16-66 år per pensjonist, og at det er forventet at dette forholdstallet i 2050 er på 2,6 (SSB, tabell 13600, hovedalternativet MMMM). Dette kan indikere at Hamar allerede har måttet håndtere deler av demografi-utfordringen (noe som blå linje i figur 2 indikerer).

2.3 Bemanningssituasjon helsetjenester

Kommunalområdet Helse og mestring omfatter 1 208 årsverk. Årsverkene fordeler seg som følger:

Tabell 2 Årsverk i kommunalområdet helse og mestring

Enhet	Brukere	Årsverk
Stab	Støttefunksjon	6,6
Tildelerenheten og Frisklivssentralen	Saksbehandling	13,2
Økonomiske administrative tjenester	Støttefunksjon	15
Tjenester hjemmeboende	til 1749 unike brukere og 22 omsorgsboliger med heldøgns bemanning	307
Institusjonstjenesten	285 sykehjemsplasser og 112 omsorgsleiligheter med heldøgns bemanning	365
Tjenester funksjonshemmede	til 220 unike brukere og 123 omsorgsleiligheter med heldøgns bemanning, samt 12 barne- og avlastningsplasser	424
Legevakt	Årlig gjennomsnitt på 24 000 konsultasjoner, hvorav ca. 3 100 sykebesøk/utrykninger. Råd og veiledning til ca. 45 000 besvarte anrop til 116 117.	31
Totalt		1208

Hamar kommune har hatt godt rekrutteringstilfang til helse- og omsorgstjenestene, men merker en tiltakende utfordring med rekruttering av sykepleiere.

2.4 Helsetjenester utenfor kommunen

Et bredt spekter av spesialisthelsetjenester er i dag lokalisert innenfor kommunens grenser. Det dreier seg om Sykehuset Innlandet, Hamar (lokalsykehus og flere spesialiserte kirurgiske funksjoner for hele Sykehuset Innlandet), distriktpsikiatrisk senter (DPS), poliklinisk tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP), og flere andre avtalespesialister innen øyehelse, hud, gastroenterologi, øre-nese-hals etc. De er lokalisert på ulike steder.

Oppfølgingen av fastlegeordningen ligger til Helse og mestring. Fastlegene er imidlertid selvstendig næringsdrivende. Hamar kommune bevilger 100 kroner per listepasient ut over statlig basistilskudd til fastlegene. Per januar 2025 har Hamar kommune full fastlededekning. Det arbeides med en plan for legetjenesten, og det er et behov for å utrede behovet for hvordan legetjenesten skal organiseres fremover for å sikre nødvendig kapasitet.

Det er tilbud innen røntgen (konvensjonell røntgen, MR og CT) gitt av Unilab, som har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Tilbud innen fysikalske tjenester finnes også (fysioterapi, kiropraktikk etc.) Tilbudene er lokalisert på ulike lokasjoner i byen og er i begrenset grad koordinert og helhetlig. Volvat har etablert et tilbud i kommunen og har planer om å utvide med flere tilbud. De ser ikke for seg å inngå avtale med Helse Sør-Øst, som avtalespesialister.

Hamar har ingen private institusjonsplasser.

2.5 Helseberedskap

Helseberedskap er en felles oppgave for alle som yter helsetjenester, men også andre offentlige og private aktører som har en rolle i totalforsvaret. Økt samhandling og samarbeid rundt helseberedskap, som for eksempel felles beredskapslager av medikamenter og smittevernutstyr, felles beredskapsplaner og felles øvelser vil sette kommunene og samarbeidsaktørene bedre i stand til å være godt nok forberedt ved en hendelse eller krise. Det er allerede i dag et etablert samarbeid innenfor beredskap, men det vil være behov for ytterligere styrking av dette arbeidet i fremtiden. Totalberedskapsmeldingen, Meld. St. 9 (2024-2025), understreker alvoret.

3 Utfordringer og muligheter

3.1 Utfordring: demografi og bemanning

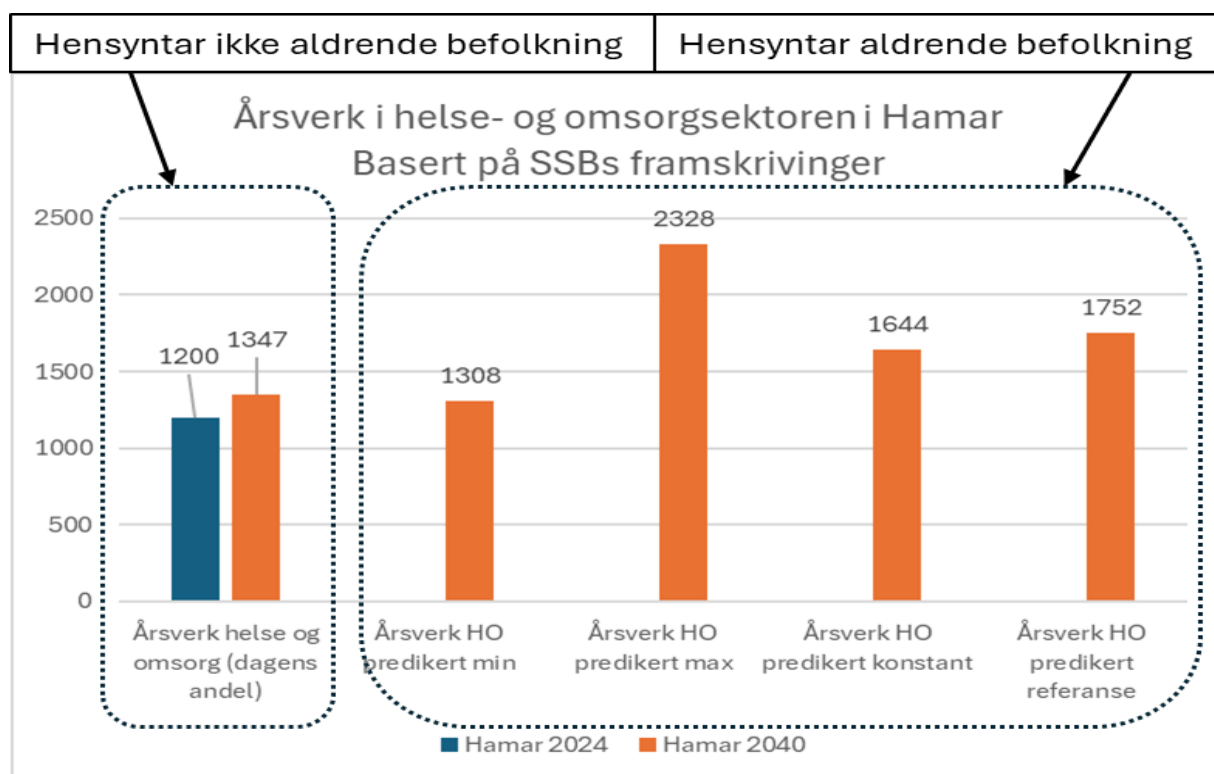
Den demografiske utviklingen i Hamar vil kunne føre til endrede behov for årsverk i de kommunale helsetjenestene. Om en legger til grunn en fortsettning av dagens andel årsverk per innbygger og øker antall ansatte i tråd med befolkningsveksten, vil dette innebære en estimert økning på omtrent 150 årsverk. Denne framskrivingen tar ikke høyde for en kraftig økning i andel eldre i Hamar, eller spesifikke helserelaterte behov, kun en generell økning i innbyggertall.

SSB har i sin 2023-rapport «Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg» gjort framskrivninger av behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene (Statistisk sentralbyrå 2023). I rapporten angir SSB fremtidsscenarioer for utviklingen av behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren med bakgrunn i at flere blir eldre.

Tabell 3 Scenarioer for utvikling av årsverk i 2040

Scenario	Forklaring
Maks-alternativet	Den sterkeste veksten i årsverk per bruker, det vil si 1 prosent per år, ingen forbedring av helsetilstand, og ingen økning i familieomsorgen ⁴
Minimums-alternativet	Nedgang i årsverk per bruker, gradvis bedring av helsetilstand, og av at familieomsorgen øker relativt like sterkt som årsverkene i offentlig omsorg.
Konstant vekst-alternativet	Verken brukerfrekvenser eller årsverk per bruker endres fra sine respektive 2019-nivåer
Referanse-alternativet	Helse- og omsorgsdepartementets sammenligningsalternativ. Middels befolkningsvekst, bedre helsetilstand, økning i årsverk per bruker, lik familieomsorg.

Fremtidsscenarioene er høyst usikre, men uavhengig av scenario vil det for Hamar kommunes del innebære et behov for økt bemanning gitt nåværende situasjon for organisering og tilbud av helsetjenester. Følgende søylediagram illustrerer at minimums-alternativet innebærer en vekst på 9 prosent (108 årsverk), mens maks-alternativet anslår en vekst på 94 prosent (1128 årsverk). De to «middelsalternativene» anslår 37-46 prosent vekst i årsverksbehov.



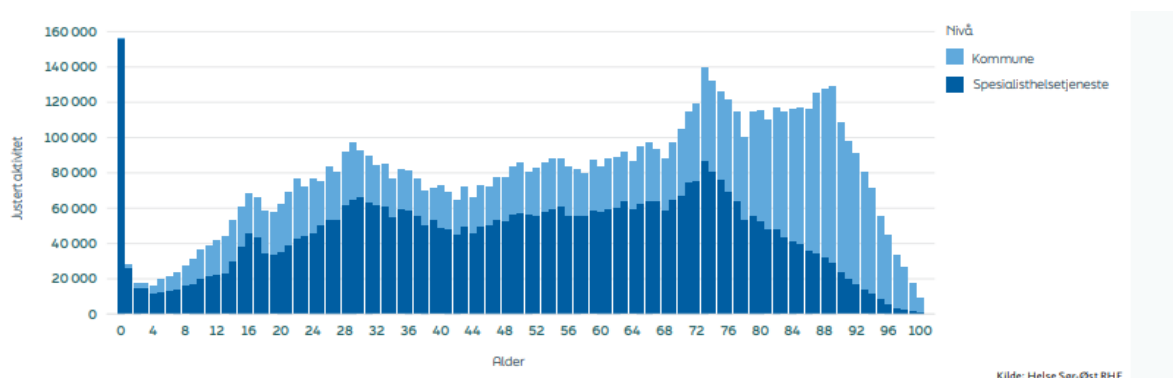
Figur 3 Forventet antall årsverk i HO-sektoren i Hamar i 2040, basert på SSBs behovsframskrivninger

3.2 Utfordring: press på tjenester

Helse og mestring er det kommunale tjenesteområdet hvor det brukes mest penger i Hamar kommune, i likhet med situasjonen for øvrig i kommune-Norge. I 2023 gikk i underkant av 38 prosent av kommunens totale utgifter til dette tjenesteområdet.

Om en sammenligner med andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10, bruker Hamar kommune mer penger på helse- og omsorgstjenester enn gjennomsnittet blant kommunene i samme KOSTRA-gruppe. I Statsbudsjettet (grønt hefte) beregnes kommunenes utgiftsbehov basert på den enkelte kommunens utfordringer innen aktuelle tjenesteområder i forhold til landsgjennomsnitt. Hamar kommer ut med høyere utgiftsbehov innen Pleie og omsorg enn KOSTRA-gruppe 10 og nærliggende by-kommuner (Framsikt analyse). Disse utgiftsbehovene er størst i aldersgruppen 67+. I første tertialrapportering i 2024 blir det vist til at pleie- og omsorgstjenestene har et teknisk innsparingspotensial på rundt 30,5 mill. kr. når sammenlignet med et utvalg andre kommuner (1. tertial-rapportering 2024).

Statistikk over samlet ressursinnsats for pasienter som har vært i behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten (somatikk) fordelt på alder, viser at kapasitetsutfordringer og kostnader knyttet til en aldrende befolkning vil treffe kommunehelsetjenesten og kommuneøkonomien i størst grad.



Figur 4 Ressursinnsats somatikk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Andelen 80+ i institusjon i Hamar er på 10,9 prosent. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet (10,1 prosent) og KOSTRA-gruppe 10 (9,6 prosent). Dersom man legger samme andel til grunn i 2050, tatt i betraktning økningen i antall innbyggere over 80 år, vil det være et behov på over 220 ekstra institusjonsplasser. Dette forutsatt at det er kun snakk om langtidsplasser. Bare 49 av 286 sykehjemsplasser er korttidsplasser, hvorav 5 er skjermede plasser ved demensavdelinger. Det er sannsynlig at det også vil være et økt behov for korttidsplasser.

KOSTRA-tallene for Hamar kommune viser at en institusjonsplass i Hamar koster kr 1,886 mill. kr. i snitt (Hamar kommune 2024b). KOSTRA inkluderer imidlertid også institusjonsplasser for alle aldre, noe som det må tas forbehold om i forhold til kostnaden ved å drifte institusjonsplasser. For eksempel er det beregnet at institusjonsplasser for barn og unge ligger på ca. 5,8 mill. kr. i snitt.

Kommunen har en avtale med sykehuset om å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset så snart det lar seg gjøre. Overliggerdøgn er en betegnelse på pasienter som blir liggende på sykehus ut over denne avtalen. Dette er pasienter som er ansett som for friske til å være på sykehus, men for syke til å klare seg hjemme uten et oppfølgings- og rehabiliteringstilbud fra kommunen. Overliggerdøgn inkluderer både somatikk og psykiatri. Når kommunen ikke har et tilbud klart, må kommunen betale for overliggerdøgn. Satsen endres årlig. I 2014 var døgnprisen 4 255 kroner mot

5 745 kroner i 2024. I 2024 kostet overliggerdøgn Hamar kommune 5,3 millioner kroner, som gir mellom 900 og 1000 overliggerdøgn. Utgiftene til overliggerdøgn anses som forholdsvis marginale, selv om trenden for overliggerdøgn har vært økende siden 2019.

3.3 Utfordring: boligbehov og tilstand på formålsbygg

Selv om andelen eldre i forhold til øvrig befolkning øker, er også mange eldre friskere lengre enn tidligere. Mange kan klare å bo hjemme med tilrettelegginger uten at dette krever høy innsats fra helsetjenestene. Når antall eldre øker vil det være flere som trenger en bedre tilrettelagt bolig med og uten tjenester. Å bo trygt hjemme lenger innebærer ikke nødvendigvis å bo i den boligen man nå bor i, men at man bor i en bolig som er tilpasset kommende behov. Samtidig kan omsorgsboliger avlaste behovet for sykehjems plass. Det vil derfor være et behov for flere boligtyper og boformer for både eldre, funksjonshemmede og andre som har behov for egnet bolig.

Det pågår en tilstandskartlegging av formålsbygg innen Helse og mestring, som er av relevans for den videre prosessen med utredning av et helsehus. Tidlige funn viser at det er investeringsbehov overfor formålsbyggene.

3.4 Utfordring: folkehelse

Folkehelseovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, samt helseforskjeller som er systematiske og skyldes ulikheter med bakgrunn i yrke, utdanning og inntekt. Folkehelseoven gir kommunene plikt til å ha oversikt over folkehelsen, og kommunene utarbeider derfor hvert 4. år et kunnskapsgrunnlag med hovedutfordringer. Folkehelseoversikten ligger videre til grunn for kommunenes systematiske folkehelsearbeid, med planlegging, tjenesteutvikling og beslutninger om virksomme tiltak på kort og lang sikt.

Samlet gir folkehelseoversikten for 2023 et positivt bilde av Hamar kommune som et trygt og godt bosted med muligheter for aktiviteter og opplevelser. Hamar kommunes folkehelseoversikt for 2023 peker imidlertid på fem hovedutfordringer (Hamar kommune 2024a):

- > Belastninger i barndom og oppvekst
- > Psykisk helse hos barn og unge
- > Unge utenfor arbeid og utdanning
- > Flere eldre, derav flere med helseutfordringer
- > Levevaner og livsstilsendring

Hovedutfordringene er utvalgt basert på hvor betydningsfulle de er for de det gjelder, og hvor omfattende utfordringene er for eksempel sammenlignet med nasjonale tall eller på grunn av demografiutvikling. Dette er utfordringer kommunen selv har handlingsrom og verktøy til å ta tak i med sikte på å fjerne eller redusere sjansen for at utfordringene oppstår.

Psykisk helse og utenforskap

De fleste barn og unge i Hamar har trygge oppvekstvilkår, men det er også barn og unge som vokser opp i familier med levekårsutfordringer. Hamar har over tid hatt en høyere andel barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt enn landet for øvrig. Oppvekstprofilen for 2023 viser at barn som vokser opp hos familier som mottar sosialhjelp er signifikant høyere i Hamar enn landet for øvrig (FHI 2024a).

Oppvekstprofilen viser også at andelen unge med psykiske plager og lidelser er høyere enn landssnittet. Opplæring og oppvekst opplever en økning i neurodiversitet og diagnostisering blant barn og unge (unge med nevropsykologiske lidelser). Folkehelseprofilen viser at andelen som har psykiske utfordringer blant den voksne befolkningen også er høyere enn landssnittet i Hamar (FHI 2024b). Dette kan føre til utenforskap for den enkelte. Samtidig er det bekymringsfullt med tanke på at psykisk uhelse blant foreldre er en risikofaktor for at barn havner i utenforskap. Psykiske vansker kan føre til problemer med læring og livsmestring.

Hamar kommune ser en økende trend med bekymringsfullt skolefravær, noe som også er gjeldende på landsbasis. Ungdataundersøkelsen viser at de fleste unge har det bra og trives i et trygt miljø, men at det er en andel som gruer seg til å gå på skolen, som ofte opplever ensomhet og som har psykiske helseutfordringer. Dette samsvarer også med hva man ser på landsbasis, med en økning i psykiske vansker og ensomhet hos barn og unge.

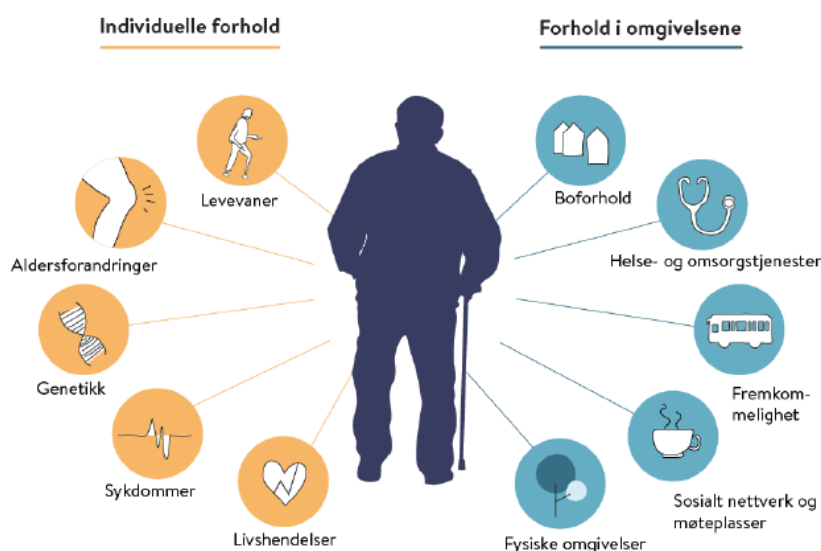
Ansatte i skolene på Hamar uttrykker bekymring over økt omfang i komplekse elevsaker knyttet til fravær, psykisk uhelse og utagerende adferd. Bekymringen forsterkes ved at det er forventninger og krav om å innfri på individuelle behov og rettigheter. Dette krever både kapasitet og kompetanse som ansatte i skolen ikke alltid besitter. Ungdommen har etterlyst mer voksenkontakt, det er behov for voksne med kompetanse i å forstå de unges livssituasjon og som kan støtte og hjelpe, også utenom skoletid.

Frafall på videregående brukes ofte som en indikator på utenforskap blant unge. I dag står 1 av 10 unge i Hamar utenfor arbeid og utdanning. Dette er på nivå med landet for øvrig. Hamar har hatt en positiv utvikling de senere årene (FHI u.d.).

Andelen som melder inn til kommunehelsetjenesten i Hamar om psykiske plager er økende. Om en sammenligner utviklingen i Hamar med landet for øvrig ser man at den bratteste økningen har skjedd i aldersgruppene opp til 15-24 og 25-44 år. Dette bildet samsvarer med utviklingen nasjonalt, selv om kurvene er noe brattere i Hamar (FHI u.d.).

Flere eldre

Befolkningsframskrivingene viser at det blir flere eldre i Hamar fremover. Det er ulike forhold som



Figur 5 Ulike forhold som påvirker Eldres helse (fhi - folkehelseprofilen)

påvirker Eldres helse. Disse kan deles inn i forhold på individ-nivå og omgivelsene rundt. Disse forholdene indikerer at en må møte behovene på ulike måter - både i helsesektoren og som en del av samfunnsutviklingen for øvrig. Forholdene viser også at helse er et samspill mellom individ og samfunn. Dette gjelder ikke bare for de eldre, men for hele befolkningen.

Det er likevel som regel i de siste årene av ens liv at en har størst behov for helsebistand. Eldre med

dårlig helse er mindre motstandsdyktige mot sykdom og skader, og havner oftere på sykehus sammenlignet med majoriteten av befolkningen. Mange har et tilbud fra kommunehelsetjenesten til

daglig, enten hjemme eller på institusjon. Denne pasient- og brukergruppen står dermed for en stor del av ressursbruken innenfor helsetjenesten.

Levevaner og livsstil

Kommunalområdet Opplæring og oppvekst, gjennom Helsestasjonen, rapporterer om økende rapportering av muskel- og skjelettplager. Statistikk fra kommunehelse – statistikkbank viser frem til og med 2022 en nedgang. Statistikk for 2024 foreligger ikke. Statistikken viser imidlertid at andelen med innmeldte plager til primærhelsetjenesten for muskel og skjelett-plager er noe høyere i Hamar enn landsnittet. Gitt sammenhengen mellom muskel- og skjelettlidelser og høyt sykefravær er denne utviklingen bekymringsfull. Det samme er andelen innbyggere med psykiske lidelser. I 1. kvartal 2024 var muskel- og skjelettlidelser årsak til 32,7 prosent av sykefraværsdagene, mens psykiske lidelser utgjorde 26 prosent av fraværsdagene på landsbasis.

3.5 Muligheter

Flere nasjonale utredninger har pekt på behovet for å tenke nytt innen helse- og omsorgssektoren. I Nasjonal helse og samhandlingsplan fremgår det blant annet at det er ønskelig å innføre et rekrutterings- og samhandlingstilskudd for å stimulere til samarbeid mellom kommuner og sykehus. Det er også blitt etablert incentivordninger for å stimulere til økt forskning, utprøving og nytenkning.¹

Regjeringen har gjennom Kompetanseløft 2025 pekt ut fire strategiområder med tilhørende tiltak.² Flere av tiltakene er støtteordninger for kommuner som ønsker å prøve ut nye ledelses- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene, drive forskning og kunnskapsbasert tjenesteutvikling, uttesting av hospiteringsordninger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, og annet innovasjonsarbeid. Tørn-prosjektet er et eksempel på et insentivtiltak, hvor man med prosjektet gjør forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene.

Hamar kommunes nærhet til og samarbeid med utdanningsinstitusjoner med universitetsstatus innebærer at man har tilknytning til forsknings- og kompetansemiljøer. Det eksisterer også mange kompetanseaktører som det er mulig å samarbeide med ut over de rene utdanningsinstitusjonene. Eksempler er Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Senter for omsorgsforskning og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. HelseINN, en ideell medlemsforening for offentlig, privat og frivillig sektor, har også samarbeid med fokus på bedre folkehelse og mer bærekraftige helsetjenester i Innlandet.

I tillegg finnes det mange aktører som driver utvikling og innovasjon av for eksempel helseteknologi – alt fra store etablerte selskaper til gründer-selskaper. Lokalt finner man for eksempel tech-selskaper som driver utvikling innen VR og som benyttes i helse.

Kommunen har også mange frivillige lag og foreninger som supplerer helse- og omsorgstjenestene med tilbud og tiltak som kan virke sammen med og avlaste helse- og omsorgstjenestene.

Samling av kompetanse- og fagmiljøer vil også kunne virke attraktivt på faggrupper og bidra til økt kompetansetilfang i bemanningsprosesser, som gagnar alle involverte parter i et helsehus.

¹ [Forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

² [Kompetanseløft 2025 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

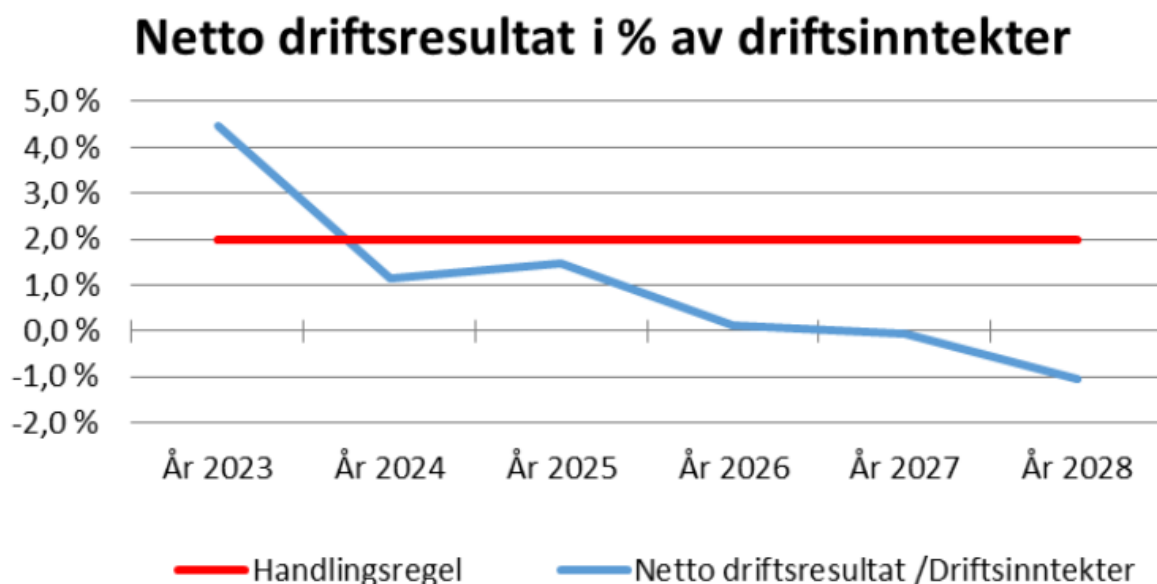
4 Behov for endring

Utgangspunktet for forslag til Handlings- og økonomiplan (HØP 25) for Hamar kommune 2025-28 er at driftsutgiftene er rundt 140 millioner kroner høyere enn det som er bærekraftig (Hamar kommune 2024c). Hamar må møte utfordringer knyttet til flere samfunnsendringer, der demografi og marginaliseringsprosesser blant de unge som kan føre til langvarig utenforskap er de mest krevende. Utfordringene forsterkes av redusert andel arbeidskraft og økende forventninger til individuelle tjenester fra det offentlige.

Individuelle tjenester er kostbart. Hamar har også store merutgifter til blant annet ressurskrevende tjenester, spesialundervisning, høy rente, pensjonskostnader osv. Investeringsbehovene er store og vil kreve prioritering av hvilke prosjekter som skal gjennomføres når og til hvilken kostnad.

Budsjettforslaget bygger på politiske føringer om en gradvis reduksjon av driftsutgiftene over de neste tre årene. Derfor er rammene til kommunalområdene først redusert med om lag 44 mill. kr i 2025. Deretter er rammene økt med over 70 mill. kr for å finansiere nye oppgaver, statlige føringer og endrede budsjettforutsetninger som for eksempel flere elever i skolene.

Kommunestyret skal i henhold til kommuneloven § 14-2 vedta finansielle måltall for utviklingen av kommunens økonomi. Kommunestyret i Hamar kommune har blant annet vedtatt at netto driftsresultat skal utgjøre 2 % av brutto driftsinntekter. I Handlings- og økonomiplan 2025-2028 budsjetteres det med et netto driftsresultat på 1,5 % i 2025, og det beskrives at situasjonen med å nå målet om 2 % blir mer utfordrende i påfølgende år. Kommunen er med andre ord nødt til å redusere driftskostnadene for å oppnå det vedtatte finansielle måltallet på 2 %.



Figur 6 HØP 2025-2028

Innen Helse og mestring står det i Handlings- og økonomiplan 2025-2028 at tjenesteinnovasjon vil spille en avgjørende rolle i å forbedre og effektivisere helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer å utvikle og implementere nye ideer, konsepter, prosesser og teknologier som resulterer i forsvarlige, smartere og mer ressurseffektive tjenester innenfor budsjettrammen.

4.1 Kommunedelplan for helse og omsorg

Den eksisterende kommunedelplanen for helse og omsorg er fra 2018 (Hamar kommune 2018). Kommunedelplanens hovedmål er: **Økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet for de som trenger det.**

For å nå dette målet er det pekt ut 5 satsingsområder:

- > Frivillige og pårørende som ressurs
- > Tidlig ute med tilpasset hjelp
- > Tjenester der folk bor
- > Mestring og deltakelse
- > Tjenester som virker sammen

4.2 Fokusområder for helse og mestring

Hamar kommune har valgt fem fokusområder for å sikre en bærekraftig helsetjeneste i kommunen: innbygger, ledelse og medarbeiderskap, virksomhetsstyring og utvikling og innovasjon. Innen fokusområdene finner man blant annet følgende delmål: pasientsikkerhet, livsmestring, medvirkning, tidlig innsats, rekruttering, partssamarbeid, fag og kompetanse, teknologi og digitalisering, og utvikling og innovasjon.



Figur 7 Fokusområder for Helse og mestring

4.3 Helhetlig frivillighetspolitikk

Helse og mestring sitt samarbeid med frivilligheten som en del av kommunens helhetlige frivillighetspolitikk er blant annet vedtatt som satsingsområde i handlingsplanen «Leve hele livet (Hamar kommune 2022a). Denne handlingsplanen har senere blitt erstattet av Stortingsmeldingen «Bu trygt heime» som ble lansert i 2023. Oppfølgingen av denne meldingen skal bidra til aldersvennlige samfunn, mer helhet i eldrepolitikken og bedre helsehjelp til eldre i Norge.

Som en del av dette arbeidet er det gjennomført et delprosjekt «Samarbeid med frivilligheten i helse og omsorg». Prosjektet har sett på frivillighet og samarbeid i forhold til eldre hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester. Et av målene med prosjektet har vært å utarbeide en modell i Hamar kommune for å styrke samhandling mellom frivillig innsats og arbeidet til ansatte i Helse og mestring. Samhandlingen med frivilligheten skal bidra til å kunne utsette behovet for helsehjelp, og løfte frivilligheten frem som et viktig supplement til helse- og omsorgstjenestene. Et annet mål er at modellen skal bidra til at en i økende grad tar i bruk og stimulere den ressursen pensjonister representerer.

4.4 Interessentanalyse

Det er gjennomført dialog med representanter fra hvert sektorområde for kartlegging av kommunens behov. Dialogen har tatt utgangspunkt i arbeidshverdagen og fokusert på hva som fungerer bra og hva som kan forbedres. Det har også vært snakket om rammebetingelser som støtter eller vanskeliggjør endring. Flere av innspillene er inkludert i dette kunnskapsgrunnlaget.

Helse og mestring står sentralt, med bakgrunn i å levere kjernetjenester innen helseområdet. Opplæring og oppvekst inkluderer også helsetjenester, samt driver mye forebyggende arbeid. Kultur og frivillighet har blant annet ansvar for kultur- og fritidstilbud til unge og eldre. Miljø og samfunn har ansvar for formålsbyggingene innen helse. Strategi og organisasjonsutvikling har blant annet ansvar for samfunnsutvikling og samhandling internt i kommunen og med eksterne aktører.

I dialogen er det pekt på følgende behov:

- > Beholde helsepersonell
- > Ressursoptimalisering knyttet til turnusplanlegging og sykefravær
- > Forventningsavklaring for kvalitetsnivå i kommunale helsetjenester overfor befolkningen og ansatte
- > Økt samarbeid med frivilligheten
- > Mulige samarbeid med private helseaktører og næringsliv
- > Mulige samarbeid med academia og hvordan forskning på tjenesteutvikling og etablering av studieplasser kan bidra positivt inn i fremtidig tjenesteproduksjon
- > Styrket samarbeid med spesialisthelsetjenesten, likeverd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Behov for å gå fra å være parter til partnere.
- > Redusere eller utsette behov for tjenester, gjennom for eksempel:
 - > Økt livsmestring
 - > Økt helsekompetanse

- > Økt forebyggende arbeid for å identifisere utfordringer tidligere
- > Inkludering av innbyggere, blant annet ved bruk av eldre som ressurs og inkludering av unge i utdanning for å forhindre skolefravær og utenforskap. Benytte kompetanse og restkapasitetsevne
- > Inkludere ansatte i utvikling av tjenester. Skape kultur for endring.
- > Samskaping av nye måter å organisere tjenester på

Det er også gjennomført dialog med Helse Sør-Øst, Sykehuset Innlandet, Universitetet i Innlandet og private aktører. Sykehuset Innlandet har vært representert i referansegruppe sammen med ansatte og tillitsvalgte i Hamar kommune. Sykehuset Innlandet og Helse Sør-Øst har i dialogen vært positive til økt samhandling gjennom et helsehus-konsept generelt. Sykehuset Innlandet har også trukket frem at de har behov for å se på tjenester knyttet til eldre.

Universitetet i Innlandet og vertskommunene er i dialog for å inngå samarbeidsavtaler. I tillegg er det mange eksisterende og ulike avtaler på driftsnært nivå, som for eksempel praksisplasser på profesjonsstudiene.

Mange av innspillene i dialog er innarbeidet i kunnskapsgrunnlaget og utvikling av konseptene. I videre faser vil dialogen med aktørene ovenfor videreføres. Innbygger og ansattperspektivet skal vektlegges.

5 Hva er et helsehus

Det er ingen føringer, rammer eller begrensninger for hva et helsehus er eller skal være. Det finnes flere eksisterende helsehus i norske kommuner. Helsehusene kan deles inn i tre former; kommunale helsehus, samhandlingshelsehus og private helsehus (Raustøl 2014). Under følger et utvalg innholdsbeskrivelser for eksisterende helsehus.

Bærum kommune

I Bærum kommune ligger Fornebuporten helsehus, som er et privat helsehus. Helsehuset rommer fysio- og ergoterapi, akupunktør, naprapat, nevropsykolog, osteopat og psykolog.

Drammen kommune

Drammen helsehus er et kommunalt helsehus og inneholder rehabilitering og korttidsplasser, kommunale akutte døgnplasser og isolasjonspost, lindrende opphold og korttidsplasser.

Elverum kommune

Helsehuset i Elverum er et kommunalt helsehus og ligger i umiddelbar nærhet til Elverum sykehus. Helsehuset har 72 sengeplasser fordelt på tre sengeposter. Sengepostene har både langtids- og korttidsplasser, palliativplass og rehabiliteringsavdeling. Helsehuset inkluderer interkommunale sengeposter for øyeblikkelig hjelp. Utreder og ansatt i helsetjenesten var på befaring og hadde møte med ledergruppen i helse og omsorg høsten 2024.

Fredrikstad kommune

Helsehuset Fredrikstad er et samhandlingshelsehus som samler både offentlige (både kommune og stat) og private aktører. Formannskapet i forrige periode befarte helsehuset våren 2023. Ved helsehuset finner man blant annet legevakt, akuttavdeling og lindrende enhet, ambulansetjeneste, apotek, blodbanken, friskliv og mestring, tannleger, rehabiliteringsavdeling, tildelingskontor, senter for laboratoriemedisin, Unilabs røntgen og Volvat.

Færder kommune

Smidsrød helsehus er et kommunalt helsehus og inneholder lang- og korttidsavdelinger, rehabiliteringsplasser, dagsenter, intermediær og lindrende avdeling.

Halden kommune

Halden helsehus er et kommunalt helsehus som består av rehabiliteringsplasser, kommunale akutte døgnplasser, lindrende plasser og korttidsplasser. I tillegg inneholder helsehuset legevakt, legetjenester, fysioterapi, ergoterapeuter, hverdagsrehabilitering, frisklivssentral og kreftkoordinator. Enheten helsehus inkluderer, organisatorisk sett, hjelpemiddellager og fengselshelsetjeneste, men begge ligger fysisk utenfor helsehuset.

Indre Østfold kommune

Helsehuset i Indre Østfold er også et samhandlingshelsehus og samler offentlige aktører fra både kommune og stat. Helsehuset inneholder fastlegekontor, frisklivssentral, døgnavdeling, psykisk helsetilbud for voksne, kreftkoordinator, legevakt, Barne- og ungdomspsykiatri og barnerehabilitering (BUPP Askim), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, bildediagnostikk, blodbank, blodprøvetaking, dialyse, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Indre Østfold hjertesenter.

Kongsberg kommune

Skinnarberga helsehus er et kommunalt helsehus som gir tjenester til hjemmeboende med behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester, rehabilitering, utredning og kartlegging av helsehjelp og avlastning. Helsehuset inkluderer også kommunale akutte døgnplasser innen somatikk, psykiatri og rus. Bruk av velferdsteknologi i tjenestene står sentralt.

Larvik kommune

Larvik helsehus er et kommunalt helsehus som inneholder helseberedskap, akuttbehandling og korttidsplasser.

Lillehammer kommune

Lillehammer helsehus er et kommunalt helsehus og inneholder langtidsplasser i institusjon, korttids- og rehabiliteringsplasser, avlastnings-, intermediær- og KAD-plasser og dagsenter. Det er planlagt erfaringsdeling med Lillehammer kommune våren 2025.

Lillesand kommune

Lillesand kommune har et kommunalt helsehus som inneholder tildelingskontor, kreftkoordinator, barnevernstjenesten, NAV, ROP-tjeneste, helsestasjon, SLT, ungdomskontakt og flyktningtjeneste.

Det er også et privat helsehus i kommunen som samler fastlegetjenester, fysioterapi, psykolog, bedriftshelsetjeneste, familieterapeut, pedagog, og advokattjenester.

Lillestrøm kommune

Romerike helsebygg drives privat som et helsebygg med leieavtaler. Helsebygget inneholder blodbank, legesenter, hjemmetjenester, helsestasjon, tannklinikk, gynekologi, mammografi, NAV, legevakt, ortopedi, psykologtjeneste, frivillighet, hjertesenter, fysioterapi, bedriftshelsetjeneste m.m.

Oslo kommune

Oslo kommune har fire helsehus med ulike tilbud og tjenester. Noen av helsehusene har vært drevet privat, men er blitt kommunalisert. Det pågår en ny bevegelse mot privat drift igjen ved noen av disse. Alle helsehusene har rehabilitering og korttid. Tre har skjermet korttid, to har lindrende

behandling, og en har korttid psykiatri. Kompetansesammensettingen blant personalet inkluderer også fysio- og ergoterapi.

Sarpsborg kommune

Helsehuset Sarpsborg er et kommunalt helsehus som inneholder legevakt, vaksinasjons- og smittevernkontor, blodprøvetaking, blodbank, diabetes poliklinikk, korttidsavdelinger, demensteam, lærings- og mestringssenter, fysioterapi, ergoterapi, behandlingshjelpemidler, velferdsteknologi, legekontor og tildelingstjeneste.

Trondheim kommune

Trondheim kommune har tre helsehus. To av helsehusene er kommunale helsehus, mens ett er et samhandlingshelsehus.

Disse helsehusene inneholder ulike tilbud til pasienter som trenger et korttidsopphold ved en helseinstitusjon. Behandlingstilbudene i helsehusene består av:

- > Medisinsk observasjon og behandling
- > Rehabiliteringsopphold
- > Avlastning for pårørende
- > Tilbud om lindrende behandling som døgnopphold og som oppsøkende tjeneste i hjemmet
- > Øyeblikkelig hjelp døgnopphold
- > Institutt ved universitetet

Tønsberg kommune

Tønsberg kommune har to kommunale helsehus. Hogsnes helsehus inkluderer heldøgns institusjonsplasser fordelt på langtids- og korttidsplasser, i tillegg til dagrehabilitering for hjemmeboende og fysioterapi. Re helsehus inneholder alle tjenester innen eldreomsorg, som demensomsorg, lang- og korttidsplasser, lindrende og rehabilitering.

Helsehus som interkommunalt samarbeid

Region Nordhordland Helsehus IKS er organisert som et interkommunalt selskap med 7 kommunale eiere. Helsehuset er et samhandlingshelsehus, og har Alver kommune, Helse Bergen HF og fylkestannlegen i Vestland fylkeskommune som største leietakere. Helsehuset rommer poliklinikk for blodprøvetaking, hudpoliklinikk, tannklinikk, barne- og ungdomspsykiater, psykologspesialist, friskliv og mestring, ambulanse, dialyse, BUP, legesenter, PPT, DPS, barneverntjeneste, helsestasjon og jordmortjeneste, psykisk helse og rus, fysio- og ergoterapitjeneste og legevakt.

6 Drøfting – hvorfor helsehus?

Dette kunnskapsgrunnlaget viser at Hamar kommune har utfordringer, men også muligheter. Den demografiske hovedutfordringen kan kort oppsummeres i at det blir flere eldre som vil ha behov for tjenester, som skal løses av en arbeidsstyrke som forholdsmessig blir mindre, til en lavere kostnad. Dette medfører at man må tenke nytt omkring utvikling av tjenestene.

Denne demografiske utviklingen skjer ikke i et vakuum. Heller ikke i Hamar. Folkehelsebildet viser at antall innbyggere som rapporterer om psykiske utfordringer er høyere i Hamar enn landsgjennomsnittet. Dette gjelder både den yngre og eldre befolkningen. Flere vokser opp i

lavinntektsfamilier i Hamar enn i landet for øvrig. Opplæring og oppvekst melder om en økning av unge som har behov for tjenester knyttet til deres psykososiale utvikling. Inkludering av unge i samfunnslivet er viktig for den enkeltes liv, men også for samfunnsutviklingen og samfunnsøkonomien. Unge som faller utenfor samfunnslivet, koster samfunnet store beløp. Utover å motta økonomisk støtte er de også ofte brukere av flere og mer ressurs-intensive tjenester. Livsmestring og inkludering av unge er derfor viktig å følge opp.

Det at flere blir eldre skaper også et økt behov for omsorgsboliger og institusjonsplasser, både langtidsplasser og korttidsplasser. Det pågår parallelt med denne utredningen en kartlegging av sykehjemsbyggene. Arbeidet viser at det trolig vil bli behov for å rehabilitere et antall av disse plassene, eller erstatte deler av disse plassene med nybygg. Den demografiske hovedutfordringen, sammen med arealbehov gjør at tjenester knyttet til eldre prioriteres i videre utvikling av konsept for helsehus.

Det typiske kommunale helsehuset inneholder rehabilitering, lindrende behandling/palliative tjenester, kommunale akutte døgnplasser (KAD) og korttidsplasser. I dag er disse tjenesteområdene spredt geografisk i Hamar kommune. Dette betyr spredte fagmiljøer og flere kontaktpunkter for eksterne tjenesteytere. Den geografiske spredningen innebærer lav synergi på koordinering og planlegging av personalressurser. Samtidig reduserer det mulighet for optimalisering av samhandling mellom tjenesteområder som kan støtte de samme pasientene i deres tjenesteløp.

Den nevnte tilstandskartleggingen av formålsbyggene innen helse- og omsorgstjenester skal være klar til sommeren 2025. I og med at demografien tegner et bilde av et behov for flere institusjonsplasser, fremstår det naturlig å se tilstandskartleggingens konklusjon i sammenheng med neste fase av en helsehusutredning.

Hamar kommune har i tillegg et behov for utvikling av boformer som understøtter målsettingen om at eldre skal bo hjemme lenger. Bo hjemme lenger betyr ikke bare å bo i den boligen man nå bor i, men inkluderer også tilpassede boliger som øker bomestringsevnen. I en videre utredning bør bo-behov og boformer belyses ytterligere.

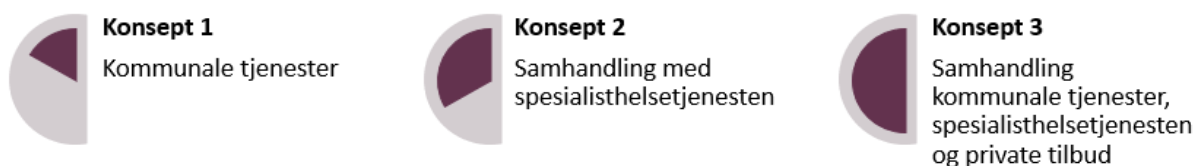
Det er nasjonale føringer for økt samhandling i helsetjenesten. Dette bygger på forståelsen av at dersom man skal lykkes i samfunnsutviklingen fremover, må flere aktører mobiliseres og behov (som ofte er sammensatte) må løses gjennom en samling av tjenester på tvers av organisering. Samtidig må en utnytte den totale kompetansen som finnes, på best mulig måte til enhver tid, og på tvers av organisering dersom en skal klare å ha tilstrekkelig med helsepersonell.

I det forrige kapittelet er det kartlagt tre former for helsehus. De fleste helsehus består av samlokaliserte kommunale tjenester og kan kalles kommunalt helsehus. Andre helsehus er av typen samhandlingshelsehus, hvor man samler både kommunale og statlige helsetjenester. Et av samhandlingshelsehusene som er kartlagt inneholder også private aktører. Den tredje formen anses mindre aktuell for utredningen, og er såkalt private helsehus hvor kommunen, i den grad de er involvert, hovedsakelig er leietaker i et privateid bygg. Det er et fellestrekk at de fleste helsehus ikke består av tjenester hvor innbyggerne har behov for stor grad av skjerming som krisesenter og overgrepsmottak.

Samlokalisering legger til rette for sambruk av både utstyr og personell. Det er flere muligheter for samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. Når man ser til de to kartlagte helsehusene med samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, finner man blant annet blodbank, blodprøvetaking, senter for laboratoriemedisin og røntgen. Private helseaktører kan også ha interesse av sambruk av lokaler og utstyr, i tillegg til nærhet til andre tjenester som kan supplere deres praksis. Dette kan for eksempel være laboratoriebaserte tjenester eller tilgang på dyr undersøkelsesteknologi, som MR og røntgen. En kan også tenke seg lokalisering

av apotek i nærhet til øvrige tjenester. En annen viktig samhandlingspart i dette bildet er fastlegetjenester. Fastlegene i Hamar er selvstendige næringsdrivende.

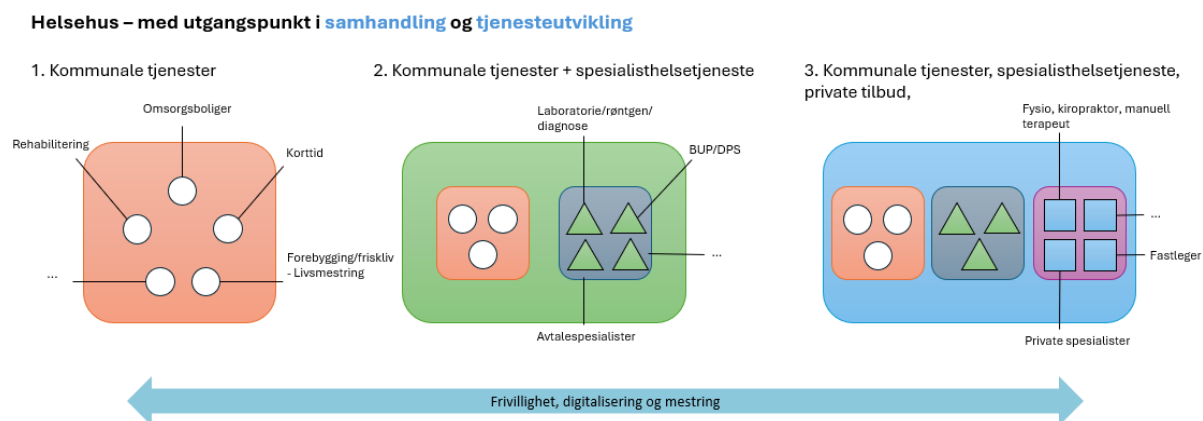
For å kunne tilby sammensatte tjenester og imøtekomme utfordringer knyttet til lavere andel helsepersonell er ikke sambruk av utstyr tilstrekkelig. Det tas derfor sikte på samhandling på tjenestenivå. Det peker seg ut tre hovedkonsepter for en helsehusmodell som skilles på samhandlingsaksen i forhold til aktører og tjenester.



Figur 8 Konseptene innebærer en økning av samhandlingsaktører

De tre konseptene tar utgangspunkt i at en løser opp systemer og bygger mer sammenhengende tjenester med innbyggeren i sentrum. Det første konseptet handler i all hovedsak om samling av kommunale tjenester, i likhet med de tradisjonelle kommunale helsehusene. De to andre konseptene faller innenfor det som kalles samhandlingshelsehus. Konsept nummer to ser til mulig samhandling mellom offentlige helsetjenester på kommunalt og statlig nivå. Det tredje konseptet inkluderer samhandling med private aktører. Konseptene inneholder dermed en økende intensitet i potensial for samhandling på aktørnivå. Hvert enkelt konsept innebærer en styrket samhandling på tjenestenivå sammenlignet med dagens situasjon.

Samhandlingspotensialet på tjenestenivå avdekkes nærmere i detalj i neste fase. Hvilke tjenester som kan utvikles er avhengig av hvilket konsept en går videre med og hvilke behov som prioriteres inn i helsehuset. Figuren nedenfor er en illustrasjon av hva de ulike konseptene kan bestå av.



De ulike tjenestene er kun eksempler innenfor de ulike konseptene.

Figur 9 Eksempler på tjenester de ulike konseptene kan inneholde

Kommunale arealbehov som grunnlag for helsehuset konkretiseres i neste fase. Disse behovene blir et konkret utgangspunkt og et fundament som tjenesteutviklingen må ta utgangspunkt i. Det betyr at det ikke anses som aktuelt å realisere et helsehus, som ikke består av kommunale tjenester. Og at de andre to konseptene kan settes sammen med konsept 1. Både i form av organisering av tjenestesamarbeid og plassering av tjenestesamarbeidene.

Utvikling og plassering av tjenestesamarbeid er avhengig av aktørers behov, politiske ambisjoner og vilje til samskaping og samhandling. Gjennomførbarheten påvirkes også av finansielle og regulatoriske betingelser og muligheter. Innholdet i konsept 1 råder kommunen i stor grad over selv. Det legges til grunn at deler av helsehuset utløser tilskuddsmidler fra Husbanken. Samhandling i konsept 2 og 3 forutsetter avtale. Den neste fasen vil derfor utrede tjenestesamarbeid, arealbehov, regulatoriske og finansielle muligheter parallelt.

7 Referanseliste

FHI. 2024a. *Oppvekstprofil Hamar*. Statistikken er hentet fra Kommunehelsa statistikkbank per april 2024, Folkehelseinstituttet.

FHI. 2024b. *Folkehelseprofil Hamar*. Statistikken er hentet fra Kommunehelsa statistikkbank per april 2024, Folkehelseinstituttet.

FHI. u.d. «Kommunehelsa statistikkbank.» Folkehelseinstituttet.

Halogen. 2024. Morgendagens helse- og omsorgstjenester. Scenarier for 2040.NHO.

Hamar kommune. 2018. «Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2030»

Hamar kommune. 2022a. *Leve hele livet. Handlingsplan 2022-2024*. Plan, Hamar kommune.

Hamar kommune. 2024a. *Oversikt over folkehelsen 2023, kunnskapsgrunnlag*. Behandlet i Hamar kommunestyre 21.02.2024.

Hamar kommune. 2024b. Tertialrapport 1 2024 Hamar kommune. [1. tertial rapport 2024 - Hamar kommune](#)

Hamar kommune. 2024c. *Handlings- og økonomiplan 2025-2028*. https://pub.framsikt.net/2025/hamar/bm-2025-h%C3%B8p2025-2028#

Helse- og omsorgsdepartementet. 2022. Forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. 29.08.22. [Forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten - regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2023. Meld. St. 24 (2022-2023). Fellesskap og meistring. [Meld. St. 24 \(2022-2023\) - regjeringen.no](#)

KS. (u.d.) Dette er Tørn kommune. [Dette er Tørn Kommune - KS](#)

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 — Vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan. 2024. *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste*. Stortingsmelding nummer 9 (2023-2024), Regjeringen Støre.

NOU. 2023:4. «NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.» *Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 17. desember 2021. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 2. februar 2023*.

Perspektivmeldingen. 2024. *Perspektivmeldingen 2024. Stortingsmelding 31 (2023-2024)*. Tilråding fra Finansdepartementet 9. august 2024, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Støre).

Raustøl, T. 2014. «Den nye helsehusbevegelsen» i Dagens Medisin, 17.11.14. [Den nye helsehusbevegelsen](#)

Regjeringen. 2022. Kompetanseløft 2025. 04.10.22. [Kompetanseløft 2025 - regjeringen.no](#)

Statistisk sentralbyrå. 2023. «Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk.»