



ROM FOR OMSORG

BEHOV FOR UTBYGGING OG FORNYELSE AV LANDETS SYKEHJEM OG OMSORGSBOLIGER

Behandlet i konsultasjonsmøte med KS 26.oktober 2016

Helse- og omsorgsdepartementet

2016

"Den lette og lyse stemningen i et rom, er helt avgjørende for behandling av sykdom"

Florence Nightingale (1820-1912)

INNHold

1	Bakgrunn og sammendrag.....	4
	Plan med KS - sammendrag	4
2	Historie og utviklingstrekk.....	7
2.1	Fra aldershjem og flersengsrom til omsorgsboliger og enerom på sykehjem ..	7
2.2	Husbankens investeringstilskudd	11
3	Framtidig behov for sykehjemsplasser og omsorgsboliger.....	15
3.1	Utviklingen i det generelle boligmarkedet	15
3.2	Framtidas beboere av sykehjem og omsorgsboliger.....	16
3.3	Framtidas sykehjem og omsorgsboliger	19
3.4	Utviklingen i våre naboland	24
3.5	Framskrivninger av behov mot 2030 og 2060.....	27
3.6	Kommunale planer og behov.....	29
3.7	Behov for fornyelse og modernisering	32
3.8	Heldøgns omsorg.....	33
4	Vurdering og analyse – samlet investeringsbehov fram mot 2030	35
5	Investeringsplan 2020	37
5.1	Et løpende planarbeid	37
5.2	Strategi.....	37
5.3	Investeringsramme 2017-2020	38
5.4	Framtidas brukere	38
5.5	Utredning av heldøgns omsorg.....	38
5.6	Evaluerings, forskning og innovasjon.....	38
5.7	Økonomiske og administrative konsekvenser	39
	Litteratur og referanser	40

1 Bakgrunn og sammendrag

Stortinget vedtok gjennom behandlingen av Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg å videreføre investeringstilskuddsordningen i Husbanken til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger. Tilskuddsordningen var en del av Omsorgsplan 2015, men knyttes nå opp til Omsorg 2020, som økonomisk virkemiddel for å gjennomføre regjeringens plan for omsorgsfeltet. Regjeringen har samtidig forsterket ordningen, slik at tilskuddet fra 2014 dekker i gjennomsnitt 50 % av anleggskostnadene (45 % til omsorgsbolig og 55 % til sykehjem).

Som varslet i Prop. 123 S (2015-2016) Kommuneproposisjonen 2017, foreslår regjeringen i budsjettet for 2017 endringer i dagens investeringstilskudd, slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Det legges opp til en gradvis innføring av den nye ordningen i 2017, 2018, 2019 og 2020.

Tilskuddsordningen ble etablert med grunnlag i erfaringene med lignende tilskuddsordning under Handlingsplan for eldreomsorgen, samt framskrivninger og vurderinger av behov i St. meld. nr. 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer. Tilsvarende behovsframskrivninger ble utarbeidet i samarbeid med SSB i Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

For å kunne planlegge investeringsvolum og investeringstakt i årene som kommer, er det imidlertid behov for å bygge på mer treffsikre analyser, som både er basert på nye og oppdaterte framskrivninger, undersøkelser i kommunene, evaluering, forskning og vurderinger av fornyelsesbehov. Det er etablert et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om undersøkelser av kommunale planer og behov, med SSB om nye prognoser og med Husbanken om ulike spørsmål som berører framtidens tilskuddordninger.

Det legges på denne bakgrunn opp til et løpende planarbeid, som gir bedre grunnlag for fastsettelse av de årlige investeringsrammene etter konsultasjoner med KS, og med gode strategier for å møte de krevende utfordringene denne sektoren står overfor, i første omgang fram mot 2030.

Denne rapporten er ment som underlag for behandlingen i høstens konsultasjonsmøte med KS. Rapporten er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet i nært samarbeid med administrasjonen i KS, og skisserer en plan for investeringer i sykehjem og omsorgsboliger som en del av Omsorg 2020, med planperspektiv fram mot 2030 (jf kap 5):

Plan med KS - sammendrag

Behov

Investeringsplanen er å betrakte som et løpende planarbeid der Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med KS utarbeider årlige behovsanalyser basert på:

1. Søknadsinnang, prognoser, erfaringer og vurderinger fra Husbanken

2. KS gjennomfører en årlig undersøkelse for å få oversikt over kommunenes planer og langsiktige behovsanslag (jf årets undersøkelse)
3. Nye framskrivninger av behovet for heldøgns tjenestetilbud i sykehjem og omsorgsboliger i samarbeid med SSB, (jf tidligere framskrivninger i St meld nr 25 (2005-2006) om framtidas omsorgsutfordringer og Meld St nr 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg)
4. Nye vurderinger av utskiftings- og fornyelsesbehovet i gammel bygningsmasse (jf KS sitt FOU-prosjekt "Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet")
5. Andre forhold som kan endre eller påvirke behov og etterspørsel

Den årlige behovsanalysen skal legge grunnlaget for å fastsette investeringsrammen for tilskuddsordningen i budsjettet for det enkelte år, etter at spørsmålet er drøftet i konsultasjonsordningen med KS.

Strategi

Hovedstrategien er å benytte "den stille demografiske perioden" de nærmeste årene (uten vekst i tallet på eldre 80 år+) til å fullføre og avslutte fornyelsen av den del av bygningsmassen som ikke er modernisert eller skiftet ut med hjelp av Husbankens tilskuddsordninger etter 1994. Deretter må fokus i denne perioden være å planlegge for en betydelig utvidelse av kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser før den sterke veksten i tallet på de eldste eldre setter inn fra 2025 og framover. En slik strategi vil også kunne legge grunnlaget for en mest mulig jevn utbyggingstakt, med den betydning det vil ha både for kostnader og trykk i byggemarkedet.

De økonomiske insentivene i Husbankens tilskuddsordning skal utformes slik at de understøtter denne hovedstrategien. Det betyr at ordningens tilskudd for utskifting og fornyelse avsluttes etter en overgangsperiode i 2017-2020, og at innsatsen deretter konsentreres om å bygge flere plasser når behovet for kapasitetsvekst øker fram mot 2030.

Investeringsramme

For 2017 er det foreslått en investeringsramme tilsvarende om lag 1 800 heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger. Under forutsetning av jevn utbyggingstakt fram mot 2030, vil vi med utgangspunkt i SSBs oppdaterte framskrivning og KS sin undersøkelse ha et gjennomsnittlig årlig investeringsbehov på pluss/minus om lag 2500 plasser pr år, noe lavere i begynnelsen og høyere i slutten av perioden. På den bakgrunn vil et rimelig anslag til en investeringsramme for 2018 være i størrelsesorden 2.000 - 2.500 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, med mulighet for å justere rammen i løpet av året, om søknadsinngangen til Husbanken tilsier det.

Framtidas brukere

Sykehjem og omsorgsboliger som bygges eller moderniseres må utformes slik at de først og fremst møter framtidas ulike brukere sine behov og preferanser. Det krever et mangfold av

ulike boformer og løsninger, og bedre verktøy for å kartlegge de ulike brukergruppenes behov. Småskala botilbud med lokaler som en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, i tråd med anbefalingene i Omsorg 2020, ser ut til å gi de beste forutsetningene for de fleste brukergrupper med heldøgns omsorgsbehov. Byggene bør ha tydelig skille mellom privatareal og fellesareal, og legge forholdene godt til rette for beboerens familie og sosiale nettverk.

Evaluering, utredning, forskning og innovasjon

Det foreligger et stort behov forskning, utredning, innovasjon og utvikling på området, bl a om:

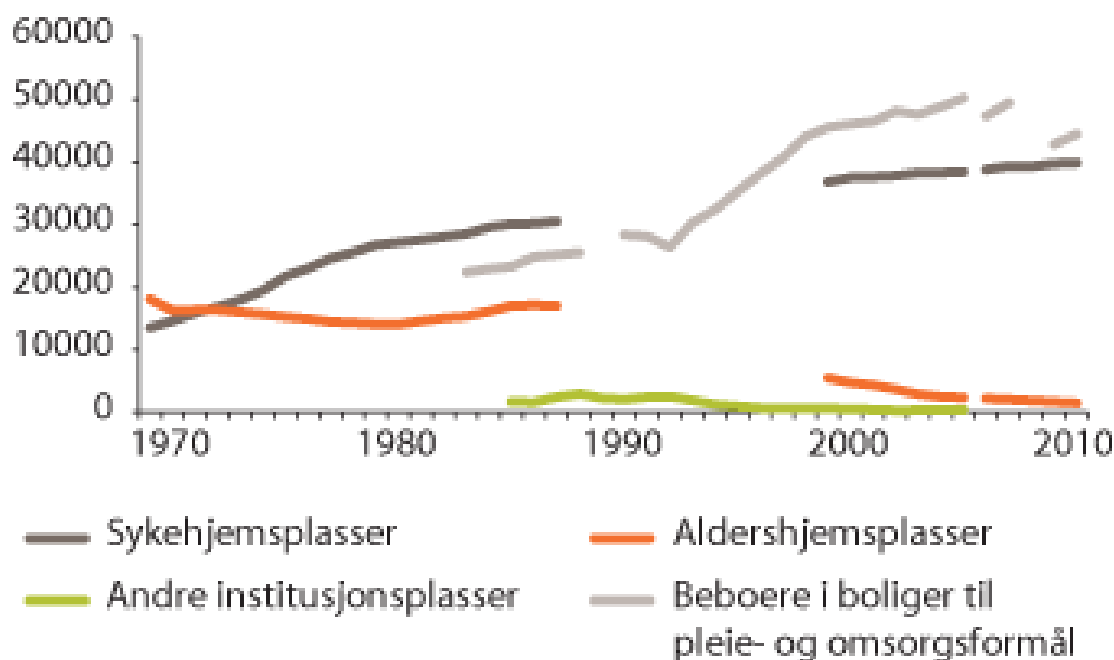
- Evaluering av hvordan institusjoner og omsorgsboliger som er bygd, fungerer for de som bor og arbeider der og for pårørende om lokalmiljøet
- Gjennomgang og status av eksisterende bygningsmasse, jf igangsatt FOU-prosjekt
- Tverrvitenskapelig forskning på sammenhengen mellom arkitektur, teknologi og tjenesteutvikling
- Evaluering av kvalitet og resultater for den enkelte pasient/beboer som grunnlag for planlegging av hvordan boforhold skal tilrettelegges i framtida.
- KS og departementet vil som en del av det videre plansamarbeidet utrede og drøfte nærmere bruken og forståelsen av begrepet heldøgns omsorg.

Det foreslås at det settes av et beløp tilsvarende 0,34 pst. av investeringstilskuddet som kan disponeres til forsknings-, innovasjons- og utviklingsformål.

2 Historie og utviklingstrekk

2.1 Fra aldershjem og flersengsrom til omsorgsboliger og enerom på sykehjem

Aldershjemmenes tid er forbi. Dermed er en epoke med røtter tilbake til tidligere tiders fattighus slutt. For 40 år siden var det flere aldershjems plasser enn sykehjems plasser. Mens aldershjems plassene er faset ut etter at kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene, har tallet på sykehjems plasser økt fra om lag 15 000 til vel 40 000 de siste 40 år.



Figur 2.1 Antall institusjonsplasser og beboere i bolig til omsorgsformål 1970–2011

Kilde: Borgan 2012 (Statistisk sentralbyrå)

En del aldershjem er modernisert og bygd om til sykehjem. Mange aldershjem var imidlertid så uhensiktsmessige eller i så dårlig forfatning at de er skiftet ut. Under Handlingsplan for eldreomsorgen ble de i stor grad erstattet med nye moderne omsorgsboliganlegg. Et stort antall nye omsorgsboliger er også bygd i kommunene til yngre mennesker med behov for tilrettelagt bolig og tjenester.

Under Handlingsplan for eldreomsorgen ble eneromsreformen gjennomført, og halvparten av landets sykehjemsplasser enten nybygd eller fullmodernisert. En stor andel av sykehjemmene er derfor bygd ut, fornyet og rustet opp, både bygningsmessig og i noen grad kompetansemessig til å møte de oppgaver sektoren nå står midt oppe i.

Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede 1988 – 2010*

	1988	1989	1992	1995	1998	2001	2004	2007	2010
Alm. Somatiske sykehjem	19328	19994	22210	24694	28206	32535	35633	36128	38455
Kombinerte alders- og sykehjem	18742	16777	14420	12116	9390	6144	3317	3329	1667
Sykehjems- avd. i komb. institusjon	..	..	..	..	..	4966	2589	2663	1248
Aldersavd. i komb. inst.	..	..	..	..	..	1178	728	666	419
Aldershjem	9391	8226	6836	5841	4969	3555	2154	1502	1196
Annet	2426	2936	2424	1231	631	507	298	258	..
Plasser i alt	49887	47933	45890	43882	43196	42741	41402	41217	41318

Kilde: Jens-Kristian Borgan, SSB-rapport 10/2012

* Innsamlingen av tallene her er ikke sammenfallende med dagens innsamling av statistikk i SSB (brudd i tidsserie), og vil derfor variere noe fra oppdatert statistikk for plasser i institusjon.

Ikke flere institusjonsplasser etter sykehjemsreformen

Det er færre institusjonsplasser i dag enn i 1988, da sykehjemsreformen ble gjennomført og ansvaret ble overført til kommunene. Det er først og fremst aldershjemsplassene som er lagt ned, og dobbelttrommene som er blitt enkeltrom. Tallet på sykehjemsplasser har imidlertid økt, og reduksjonen i institusjonsplasser er kompensert ved en betydelig utbygging av omsorgsboliger.

I dag bruker kommunene mer ressurser på hjemmetjenester og omsorgsboliger enn på sykehjem og institusjonsomsorg. For 45 år siden gikk derimot over 80 prosent av driftsutgiftene til alders- og sykehjem, mens knapt 20 prosent gikk til drift av hjemmetjenester, i hovedsak husmorvikar og hjemmehjelp. Mens hele to tredeler av årsverkene i omsorgstjenestene var knyttet til institusjonsomsorg og bare en tredel til hjemmetjenester for 30 år siden, er forholdet nå endret slik at andelen årsverk er størst i hjemmetjenestene.

Denne utviklingen er resultat av reformarbeid, faglige og økonomiske vurderinger i kommunene og sterkere medvirkning fra brukerne i utforming av tjenestene. Gjennom sykehjemsreformen fikk kommunene ansvar både for hjemmetjenester og sykehjem, og måtte ta stilling til hvordan de skulle organisere tjenestene slik at de ga størst samlet effekt. Dette førte til at det meste av veksten i omsorgstjenestene skjedde i hjemmetjenester i årene som fulgte. Hjemmetjenestene fikk heldøgnsdrift, og ble tilført personell med utdanning i helse-

og sosialfag. Så lenge sykehjemmene var fylkeskommunenes ansvar, var dette et tilbud som ikke medførte kostnader for kommunene.

Fra institusjon til bolig

Tydeligst kom avinstitusjonaliseringen til uttrykk i reformen for mennesker med utviklingshemning, der helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) og HVPU-institusjonene ble nedlagt i løpet av perioden 1991–1995 og ansvaret ble overført til de samme etater og virksomheter som for den øvrige befolkning. Integrering, normalisering og deltakelse var sentrale prinsipper, når tidligere institusjonsbeboere flyttet i egne boliger og fikk tilrettelagt sitt helse- og omsorgstjenestetilbud. Samtidig ble tilbudet til de som ikke tidligere hadde fått institusjonsplass rustet kraftig opp. De hadde krav på samme tjenestetilbud som tidligere institusjonsbeboere. Det hadde også andre brukergrupper som fulgte i kjølvannet av denne reformen. Prosjektet Unge ut av institusjon og Opptrappingsplan for psykisk helse førte dette videre, og en del av den samme utviklingen ble fanget opp i regjeringens Demensplan 2015 og Nevroplan for mennesker med nevrologiske skader og lidelser.

Utviklingen fortsetter 2008-2015

Kostratall for 2015 fra SSB over institusjonsplasser (sykehjem, aldershjem, barne-/avlastningsboliger) viser at det i perioden fra introduksjonen av investeringstilskuddet i 2008 har vært en reduksjon fra 42 601 plasser til 42 243 plasser. Hovedårsaken til den manglende tilveksten av institusjonsplasser er først og fremst utfasingen av de gamle aldershjems plassene. Antallet plasser i aldershjem er halvert i perioden etter 2008, fra 2009 plasser til 1034 plasser i 2015. Antallet barne-/avlastningsboliger har i samme periode økt med 21 pst., fra 1 267 til 1 535, og antallet sykehjemsplasser har økt med 2,2 pst., fra 39 325 plasser til 39 674. Nedgangen i antallet aldershjems plasser nøytraliserer dermed tilveksten av andre institusjonsplasser.

Videre viser tallene fra SSB at kommunene i større grad satser på andre bo- og tjenesteformer enn institusjonstjenester, noe som blant annet vises ved at antallet beboere i boliger med heldøgns bemanning i den samme perioden har økt fra 20 141 til 22 807, en vekst på over 13 pst. Samlet sett har derfor dekningsgraden av plasser i institusjon og heldøgnsbemannet i pst av befolkningen 80 år+ økt i denne perioden.

Utviklingen i antall plasser i institusjon 2008 – 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Plasser i sykehjem	39 325	39 259	39 670	39 852	40 307	40 184	40 184	39 674
Plasser i aldershjem	2 009	1 812	1 627	1 428	1 425	1 257	1 126	1 034
Plasser i barneboliger	247	194	186	173	190	229	233	215
Plasser i avlastningsinstitusjoner	1 020	1 173	1 295	1 445	1 283	1 344	1 429	1 320
	42 601	42 438	42 778	42 898	43 205	43 014	42 972	42 243

Kilde: SSB/Kostra.

Utviklingen i antall beboere i bolig med heldøgns bemanning 2008 – 2015

Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	20 141	20 186	20 936	21 675	22 015	21 786	22 221	22 807

Kilde: SSB/Kostra.

Mrk.: Det er knyttet noe usikkerhet til tallene for 2008 og 2009.

Andel plasser i institusjon og heldøgns- bemannet bolig i prosent av bef. 80+	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	28	28	28	28	29	29	29	29

Kilde: SSB/Kostra.

Enerom

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Rom i institusjon i alt	40 082	39 863	39 987	40 094	40 397	40 276	40 380	40 162
Rom for en beboer i institusjoner	38 755	38 581	38 638	38 866	39 135	39 022	39 351	39 166
- pst. av totalt antall rom i institusjon	96,7	96,8	96,6	96,9	96,9	96,9	97,5	97,5
Brukertilpasset enerom med bad/wc	26 451	24 783	31 447	32 090	32 424	33 246	33 650	33 599
- pst. av totalt antall rom i institusjon	66,0	62,2	78,6	80,0	80,3	82,5	83,3	83,7

Eneromsreformen var i sin tid en viktig del av Handlingsplan for eldreomsorgen. 97,5 % av rommene på institusjon er derfor i dag enerom. Kvaliteten på rommene er likevel varierende. Fortsatt mangler det f.eks. eget bad/WC på over 15 % av rommene.

Ressursbruk i de kommunale omsorgstjenestene

Brutto driftsutgifter, konsern (1000kr)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kommunene totalt	267 074 222	289 891 229	303 711 716	321 473 120	343 157 006	363 156 820	379 198 265	388 936 239
Pleie og omsorg totalt (plo)	..	74 822 206	78 575 081	83 241 773	90 213 239	94 456 665	100 928 959	101 758 849
plo, andel av kommunenes totale utgifter		25,8	25,9	25,9	26,3	26	26,6	26,2
plo, aktiviserings- og servicetjenester (f234)	..	..	..	..	..	..	5 461 321	5 582 345
plo, hjemmetjenester (f254)	..	34 799 845	36 967 767	39 694 707	43 338 519	45 913 121	49 687 780	50 466 406
plo, institusjon (f253+261)	..	35 948 705	37 319 230	39 050 251	42 080 642	43 489 902	45 779 858	45 710 098
Medfinansiering somatiske tjenester (f255)	..	..	..	..	5 140 317	5 277 935	5 452 774	33 749
Øyeblikkelig hjelp (f256)	..	..	..	..	39 841	208 105	380 392	526 830

Kilde: SSB/Kostra. (..) tall ikke tilgjengelig.

Tall fra SSB viser også at i motsetning til tidligere, bruker kommunene nå en betydelig større andel av ressursene på hjemmetjenester, enn på institusjonstjenester. I 2015 ble 55,1 pst. av de totale driftsutgiftene i omsorgstjenesten benyttet til tjenester utenfor institusjon, mens 44,9 pst ble brukt til institusjonsdrift. Kommunene dreier dermed innretningen på tjenestetilbudet sitt bort fra den tradisjonelle institusjonstjenesten. Undersøkelser viser også at de fleste tjenestemottakerne ønsker å bli boende hjemme så lenge det er mulig, og kommunene innretter også sitt tjenestetilbud deretter.

Andel av brutto driftsutg. til plo, konsern	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aktiverings- og servicetjenester (f234)	..	..	..	..	..	..	5,4	5,5
Hjemmetjenester (f254)	..	46,5	47,0	47,7	48,0	48,6	49,2	49,6
Institusjon (f253+261)	..	48,0	47,5	46,9	46,6	46,0	45,4	44,9

Kilde: SSB/Kostra. (..) tall ikke tilgjengelig.

Sammenholder man statistikken fra SSB med statistikken fra investeringstilskuddet (se punkt 2.2) vises et tydelig bilde av at kommunene i denne perioden har prioritert fornying og erstatning av gammel og utrangert boligmasse, og samtidig en vridning av tjenestene til mer hjemmebasert omsorg, fremfor netto tilvekst av institusjonsplasser.

Det er viktig å merke seg at en netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser medfører økte driftsutgifter i kommunene, og at det er nærliggende å anta at kommunene vil være forsiktige med å utvide sitt tjenestetilbud hvis de økonomiske forutsetningene ikke gir rom for dette.

Tall fra SSB for 2015 viser at det i gjennomsnitt koster 1 068 000 kroner i året å drifte en institusjonsplass. De gjennomsnittlige årlige driftskostnader per hjemmetjenestemottaker er 237 000 kroner.

Korrigerte brutto driftsutg., konsern	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Per mottaker av hjemmetjenester	..	175 266	185 193	195 866	211 435	221 122	237 732	236 939
Institusjon, per kommunal plass	..	832 383	854 802	896 516	967 882	1 008 618	1 053 433	1 067 592

Kilde: SSB/Kostra. (..) tall ikke tilgjengelig.

Tall fra SSB viser at det i alt var i overkant av 275 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2015. Av disse mottakerne hadde nesten 43 000 personer opphold i institusjon, hvorav over 9.000 på korttidsopphold. Over 44.000 bodde i omsorgsbolig. Resten mottok hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre tjenester i eget hjem. Om lag 45 pst. av de som mottar omsorgstjenester er 80 år eller eldre, men det er først og fremst tallet på yngre brukere under 67 år som har vokst de siste 20 årene. Dette avspeiler seg også i boligbehovet.

2.2 Husbankens investeringstilskudd

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser er regjeringens øremerkede virkemiddel for å stimulere kommunene til å fornye og øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Investeringstilskuddet skal brukes til å øke og fornye botilbudet for alle med behov for heldøgns tjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnivå. Det blir gitt tilskudd både til plasser i sykehjem, og til plasser i omsorgsboliger.

Heldøgns tjenester kan ytes i tjenestemottakerens eget opprinnelig hjem, i omsorgsboliger og i institusjon eller sykehjem. Brukere i eget opprinnelige hjem eller i omsorgsboliger betjenes av hjemmetjenestene.

Den statlige tilskuddsandel for en sykehjemsplass er 55 prosent av anleggskostnad og for en omsorgsbolig 45 prosent. Maksimalt godkjente anleggskostnader var i 2016 fastsatt til 3 060 000 kroner, og foreslås økt til 3 144 000 kroner i budsjettet for 2017. Tilskuddssatsene blir da 1 415 000 kroner for omsorgsboliger og 1 730 000 kroner for sykehjemsplasser. I pressområder er tilskuddssatsene noe høyere:

Maksimal godkjent anleggskostnad og tilskuddssatser for 2017 (i 1 000 kr):

	Pressområdekommuner	Andre kommuner
Maksimal godkjent anleggskostnad	3 596	3 144
Maksimal tilskuddssats for plass i sykehjem	1 980	1 730
Maksimal tilskuddssats for plass i omsorgsbolig	1 620	1 415

Følgende kommuner defineres som pressområdekommuner i tilskuddsordningen: Oslo, Frogn, Nesodden, Oppegård, Bærum, Asker, Lørenskog, Skedsmo, Kristiansand, Sandnes, Stavanger, Sola, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med investeringstilskudd må være tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingsystem og annen velferdsteknologi. Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Omsorg 2020 jf. Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming om integrering og normalisering.

Se ellers Husbankens "Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger" (Husbanken 2015).

Resultat 2008-2015

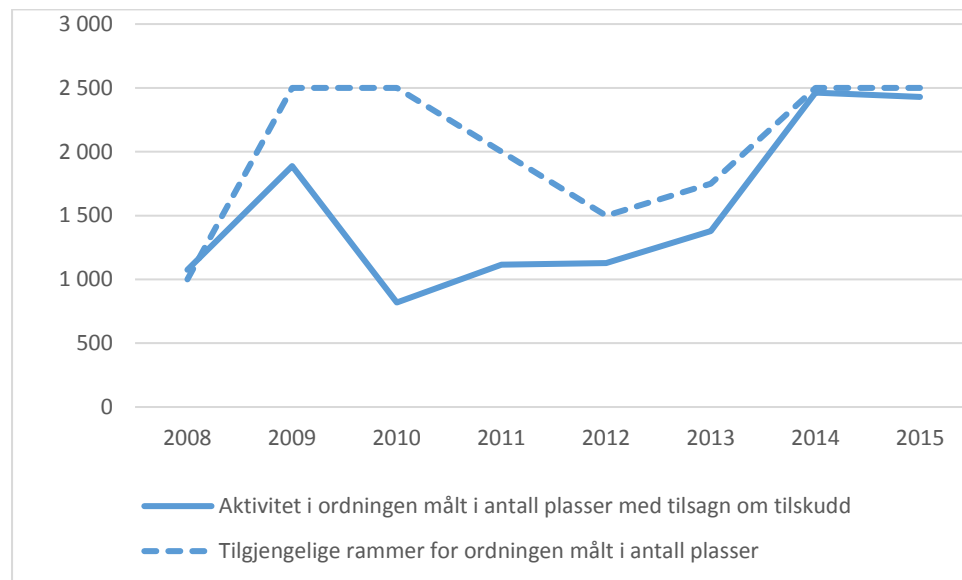
I perioden 2008 til utgangen av 2015 har Husbanken mottatt søknader om investeringstilskudd til totalt 12 501 heldøgns omsorgsplasser, innvilget tilskudd til totalt 12 292 heldøgns omsorgsplasser og utbetalt tilskudd til totalt 7694 ferdigstilte heldøgns omsorgsplasser.

Av det totale antallet plasser som har fått utbetalt tilskudd i perioden 2008 til og med utgangen av 2015, har nesten 1/3 gitt netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser, målt i antall plasser i institusjon og antall beboere i bolig med heldøgns bemanning. Det har vært en vekst

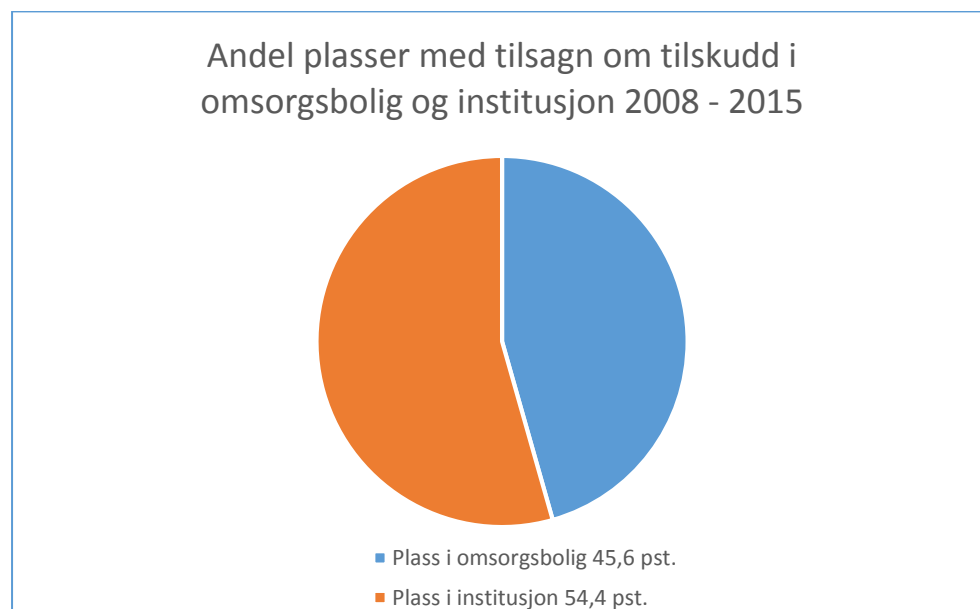
i tallet på plasser i sykehjem og omsorgsboliger, mens det først og fremst er tallet på aldershjems plasser som er redusert.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har samtidig blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom renovering eller utskiftning siden 2008. Dette har bidratt til å heve kvaliteten på tilbudet i kommunene.

Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser – aktivitet i ordningen



Kilde: Husbanken



Kilde: Husbanken

Endringer i investeringsordningen

I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Regjeringen foreslår derfor å endre dagens investeringstilskudd, slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Med netto tilvekst menes at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i kommunen skal øke, og at kommuner som mottar tilskudd ikke samtidig kan avvike gamle plasser i takt med at nye, tilskuddsfinansierte plasser tas i bruk.

Det foreslås en gradvis innfasing av den nye ordningen i 2017, 2018, 2019 og 2020. I disse årene vil tilsagnsrammen bli fordelt mellom tilskudd til plasser som gir netto tilvekst og tilskudd til renovering eller utskifting av allerede eksisterende omsorgsplasser. Det legges til grunn at om lag 20 pst. av tilsagnsrammen i 2017 forbeholdes plasser som gir netto tilvekst. Tilsvarende legges det til grunn at henholdsvis 40 pst., 60 pst. og 80 pst. av tilsagnsrammen forbeholdes plasser som gir netto tilvekst i 2018, 2019 og 2020. Når tilsagnsrammen for til renovering eller utskifting er brukt opp, skal øvrige søknader avvises.

Fra 2021 gis det bare tilskudd til plasser som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Det foreslås et tillitsbasert system for kontroll av om kommunen opprettholder vilkåret om netto tilvekst. Kommunenes søknader til Husbanken skal gi tilfredsstillende opplysninger om at det prosjekt det søkes om tilskudd til gir netto tilvekst av plasser før tilskudd innvilges. Det legges til grunn at prosjektet som mottar tilskudd skal gi netto tilvekst i minst 10 år fra søknadstidspunktet. Brytes vilkåret gjelder dagens regler om tilbakebetaling av tilskuddet. Kommunen har plikt til å melde fra til Husbanken dersom vilkåret ikke oppfylles, og Husbanken kan foreta kontroll ved behov.

Husbankens retningslinjer for investeringstilskuddet vil bli endret i tråd med kravet om netto tilvekst. For øvrig gjelder dagens bestemmelser for ordningen.

3 Framtidig behov for sykehjemsplasser og omsorgsboliger

I møte med morgendagens utfordringer er det behov for å foreta tilpasninger og omstillinger til nye og utvidede oppgaver. Samhandlingsreformen innebærer at presset på omsorgsplasser vil fortsette å øke, spesielt når det gjelder korttidsplasser for avlastning, rehabilitering, opptrening og øyeblikkelig hjelp. Videre vil det være behov for å fullføre moderniseringen og fornyelsen av den bygningsmassen som ikke ble rustet opp under Handlingsplan for eldreomsorgen og Omsorgsplan 2015. Dette bør gjøres før utbyggingstakten snart må økes som følge av veksten i tallet på eldre over 80 år.

Demensplan 2015 slo fast at sykehjem med store avdelinger og lange korridorer ikke fungerer godt for mennesker med demens og annen kognitiv svikt. Ettersom 80 prosent av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse, er det derfor satt som krav i Husbanks tilskuddsordning at alle sykehjem og omsorgsboliger skal bygges som små tilrettelagte enheter, enten de organiseres i små avdelinger eller bofellesskap med få beboere. Dette er også i tråd med mange andre brukergruppers behov, jf. reformen for mennesker med utviklingshemming og Nevroplan 2015.

Det er derfor mye som tyder på at de mer tradisjonelle institusjonene er på vei ut og at framtida vil skape nye løsninger som tar med seg det beste fra både institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen. Spørsmålet er hva som er de nye seniorgenerasjonenes ønsker og preferanser. Vil de følge i de yngre brukergruppens spor, eller beholde institusjonene slik de er i dag?

3.1 Utviklingen i det generelle boligmarkedet

Behovet for omsorgsboliger og sykehjem må bl.a. ses i sammenheng med utviklingen i boligmarkedet generelt både med hensyn til boligstandard og tilgangen på godt tilrettelagte og universelt utformede boliger. Det er en betydelig underdekning av godt tilrettelagte leiligheter i markedet, og aldersgruppen over 65 år vil ifølge enkelte prognoser stå for mer enn halvparten av den samlede boligetterspørselen i årene framover (Elnan 2011).

De fleste boliger vi skal bli gamle i, eller kan få nedsatt funksjonsevne i, er imidlertid allerede bygd. I Norge eier de fleste boligene sine selv. Mye avhenger derfor av hvordan befolkningen selv investerer i å gjøre boligen aldersvennlig eller tilrettelagt med livsløpsstandard eller universell utforming. Det vil i mange tilfeller kunne forebygge eller utsette behovet for omsorgsboliger og institusjonsplasser (NOU 2011:11). Tiltak som kan stimulere utbyggingen av universelt utformede leiligheter i det generelle boligmarkedet, eller som gjør det enklere og kan motivere folk til selv å tilrettelegge egen bolig, vil derfor kunne påvirke etterspørselen etter botilbud fra helse- og omsorgstjenestens side.

KS peker i sin undersøkelse (KS 2016) om kommunale planer og behov for heldøgns omsorgsplasser på at gode boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi:

"I mange kommuner er det vanlig å se heldøgnsstilbudet i sammenheng med andre botilbud til eldre. Mange kommuner har erfart at sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år. I slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen, enn i eneboliger som ligger mer i utkanten av kommunen. Dette gjør det samtidig mer komplisert å få frem sammenlignbare grunnlagstall for beregning av fremtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, fordi det er vanskelig å definere hva som skal telles, og fordi det kan være komplisert å forutsi hvordan investeringsbehovene vil utvikle seg."

I en rapport om heldøgns omsorg som VID og Agenda Kaupang 2016 har gjort på oppdrag fra KS, påpekes det også at gode boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi. Flere kommuner ser at sentrumsnære private leiligheter er et godt alternativ for mange eldre, reduserer behovet for kommunale leiligheter og bidrar til mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

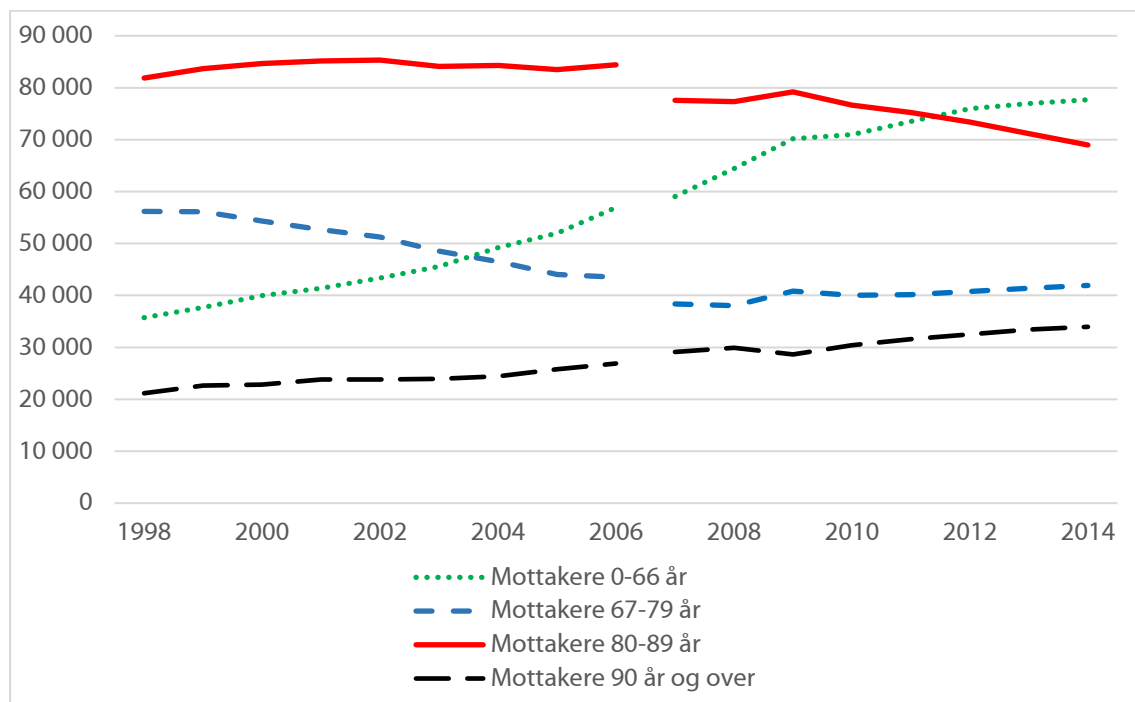
3.2 Framtidas beboere av sykehjem og omsorgsboliger

Ved utgangen av 2015 bodde om lag 87.000 av de 275.000 som mottok omsorgstjenester i institusjon eller omsorgsboliger. Dette er beboere i alle aldersgrupper med svært ulike boligbehov. Noen er inne til kort tids avlastning eller rehabilitering, andre skal motta heldøgns omsorg over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke å ødelegge livet for andre. Andre har stort behov for fellesskap. Det finnes derfor ikke bare ett svar på hvordan omsorgstjenestens bo- og institusjonsformer bør bygges og organiseres. Skal dette være brukernes omsorgstjeneste og dekke deres ulike behov, krever det et mangfold av løsninger. "Det nye sykehjemmet" ser derfor ikke lenger ut som et tradisjonelt sykehjem med store avdelinger og like rom i mange etasjer med lange korridorer. Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra brukernes behov, og ha en mer fleksibel utforming.

Nye brukergrupper

Over en tredel av beboerne i dagens omsorgsboliger er under 67 år. Av disse har halvparten en utviklingshemning mens den andre halvpart enten har psykiske og sosiale problemer eller langvarig funksjonsnedsettelse på grunn av somatiske sykdommer, ofte av nevrologisk karakter. I de boligene som benyttes til beboere med behov for heldøgns tjenestetilbud er over halvparten under 67 år (Brevik 2010).

Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 1998-2014



Kilde: SSB

Unge med funksjonsnedsettelse og stort bistandsbehov

Den sterke veksten i utbygging av omsorgsboliger er først og fremst knyttet til veksten i tallet på yngre brukere av kommunale omsorgstjenester de siste tiårene. Denne utviklingen er blant annet et resultat av statlige reformer og endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Brukergrupper som tidligere hadde institusjonstilbud i spesialisthelsetjenesten, får nå et bredt tjenestetilbud i egen hjemkommune. Dette har også skapt behovet for nye boligløsninger, som både ivaretar hensynet til deltakelse og integrering i lokalsamfunnet og legger forholdene til rette for et omfattende tjenestetilbud på heldøgnsbasis.

I en studie av mulighetene unge med funksjonsnedsettelse har til å etablere seg i egen bolig (Brevik 2014), går det fram at halvparten av de som bor i kommunale omsorgsboliger i aldersgruppen 18-66 år har omfattende bistandsbehov (Iplos). De mottok i gjennomsnitt hjelp tilsvarende 2,7 årsverk fra hjemmetjenestene (2011), mens den andre halvparten med mindre bistandsbehov mottok 0,6 årsverk. Det er imidlertid store variasjoner også blant de med omfattende bistandsbehov. Brukere som kom inn under den statlige

toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester mottok i gjennomsnitt hele 3.8 årsverk.

Det er verdt å merke seg at 40 % av alle med omfattende bistandsbehov i aldersgruppen 18-66 år bor i private boliger. De mottok i gjennomsnitt 1,65 årsverk. Det kan altså se ut til at tjenestetilbudet varierer med boform. Noe av forskjellen kan sannsynligvis forklares med tilgang på privat omsorg.

De nye eldre

Stadig flere seniorer ønsker å bo sentralt, med nærhet til servicesenter, ulike fasiliteter og offentlig transport. En undersøkelse fra 2006 om seniorenes boligplaner og boligønsker for eldre år (Ytrehus og Fyhn 2006), konkluderte med at selv om et flertall fortsatt vil være bofaste, sier nesten 40 % at de regner med «å flytte innen ti år eller ikke utelukker å flytte.» I tillegg vil den sesongbaserte flyttingen bli mer og mer omfattende, først og fremst knyttet til fritidsboligen.

En annen undersøkelse beskriver seniorenes boligpreferanser som urban (Brevik og Schmidt 2005):

«En viktig fellesnevner for seniorennes ulike orienteringer synes å være dragningen mot det urbane. Urbant i den forstand at en ønsker å bo sentralt med nærhet til byfunksjoner og offentlige kommunikasjoner. Urbant ved at en ønsker å bo tett i forskjellige former for blokkbebyggelse. Urbant i den forstand at en ønsker bofelleskap, fellesskapsløsninger og service umiddelbart nært boligen. Det er sentralitet, bo- og servicekonsentrasjon, fellesskap og nærhet som er hovedelementene i preferansebildet. Det er disse bevegelsene som tydeligst komponerer hovedretningen for seniorennes uttalte ønsker.»

Tilgjengelighet handler ikke lenger bare om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste – «access to society», sier Hagenutvalget i sin utredning om "Innovasjon i omsorg" (NOU 2011:11):

"Beliggenhet, nærhet til service og lett tilgjengelighet til tjenestetilbud, gir mulighet for aktivitet og rekreasjon i nærområdet i og utenfor boligen. For å imøtekomme utfordringene må en i større grad samarbeide på tvers av sektorer og fagområder. Planlegging og organisering av framtidige boligareal, kommunikasjon og transport, servicetilbud, grøntareal og tjenesteyting må sees under ett. På denne måten vil omsorgsfeltet bli en viktig utfordring for kommunal arealplanlegging og legge premissene for en helhetlig områdeutvikling.

Utvalget ønsker å bygge videre på de verdier som ligger i målet om at alle skal ha mulighet til å bo i egen bolig og leve et selvstendig, aktivt og meningsfullt liv. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig gis uavhengig av bosted. Det vil si at tjenestene i enda større grad enn i dag må gis der folk bor og ønsker å fortsette å bo, og ikke motsatt, at folk må bo der tjenestene er."

Sykehjemmet får endrede funksjoner

I løpet av 2015 var det om lag 122.000 som hadde opphold på sykehjem/institusjon. Av dem var det hele 74.000 som var inne til avlastningsopphold eller tidsbegrenset opphold for utredning/behandling eller habilitering/rehabilitering.

Det ser også ut til at funksjonsnivå og bistandsbehov øker. For langtidsopphold har tallet på de som har omfattende bistandsbehov økt fra 76 % i 2009 til 83 % i 2015 (Iplos). For de som er inne på korttidsopphold har det vært en tilsvarende økning.

Sykehjemmene har på denne bakgrunn fått endrede funksjoner som dels må ses i sammenheng med samhandlingsreformen og dels må ses i lys av kommunal ressursutnyttelse og en sterkere helsefaglig tilnærming med større vekt på rehabilitering, øyeblikkelig hjelp og korttids behandlingsopphold.

Det vil derfor etter hvert bli mer og mer naturlig å skille mellom sykehjem og omsorgsboliger til langtidsopphold (hjem) og kommunale korttidsinstitusjoner for mer intensiv behandling og rehabilitering, som flere kommuner kaller "helsehus" o.l.

3.3 Framtidas sykehjem og omsorgsboliger

"Nytt konsept" for sykehjem og omsorgsboliger

De gamle aldershjemmene er i stor grad faset ut. Det samme skjer med gamle sykehjemsinstitusjoner med flersengsrom, felles bad og lange korridorer. Det nye som vokser fram har lagt mer inn i det private boarealet, og er i større grad tilpasset den enkelte beboer eller beboergruppes behov og funksjonsnivå, enten det handler om eldre med en demenslidelse eller yngre med alvorlig nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar omfatter nå ulike pasient- og brukergrupper i alle aldre og dekker hele livsløpet fra barneboliger til sykehjem.

Det foregår en spennende utvikling i kommunene, der to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. På den ene siden begynner sykehjemsrommene å ligne fullverdige boliger og på den andre siden bygges dagens omsorgsboliger sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger. Vi har fått sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Det er all grunn til å videreføre og forsterke en slik utvikling, og ikke gå tilbake til 1980-tallets tunge institusjonsløsninger når vi skal finne svar på framtidas utfordringer.

Det innebærer å ta med det beste fra de to ulike tradisjonene og bygge morgendagens løsninger på noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små bofellesskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.

- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi og har alle nødvendige bofunksjoner (bad, toalett, kjøkkenkrok, soverom og oppholdsrom) innenfor privatarealet, tilrettelagt både for beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.

Slik kan vi få sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem (Meld. St. 29 (2012-2013) og NOU 2011:11))

Forskning og evaluering

Forholdet mellom arkitektur og tjenesteutvikling er lite studert i Norge. Vi vet derfor lite om hvilken betydning forhold ved bygningsmassen har for beboere i sykehjem og omsorgsbolig, for ansatte i tjenestene, for pårørende og for lokalsamfunnet.

I Norge bærer debatten om botilbud til eldre preg av en polarisering mellom "institusjon" og "bolig" (Høyland og Solberg 2014), hvor "institusjon" symboliserer et helhetlig omsorgstilbud hvor det er lagt til rette for den som yter pleie og "bolig" symboliserer beboerens domene hvor hjelp og pleie opptrer mer sporadisk. Skillet mellom "institusjon" og "bolig" er nedfelt i lovverk og betalingsordninger, i tjenestenes organisering, og til dels også i byggenes fysiske utforming.

Dette motsetningsforholdet er sakte men sikkert i ferd å løse seg opp i kommunene og gjennom det arbeidet som er i gang sentralt for å harmonisere finansierungsordninger og regelverk. Det er "viktig at man i mellomtiden får prøvd ut nye boligløsninger som kan vise vei framover. Nye løsninger som omfatter kombinasjoner av bygg med bevisst lokalisering og utforming, nye tjenestemodeller og ny teknologi" (Høyland og Solberg 2014). Et slikt utviklingsarbeid bør følges av forskning og evaluering av bygg som allerede er bygd med tilskudd fra Husbanken.

Forholdet mellom arkitektur og tjenesteutvikling

I forbindelse med forskningsprosjektet "Trivsel og boligform" gjennomførte forskere ved Aalborg Universitet en gjennomgang av dansk og internasjonal forskning (Henriksen et al. 2007). Litteraturgjennomgangen baserer seg på studier innenfor helsefag, sosial- og samfunnsfag, samt arkitektur og bygningsfaglig litteratur. Konklusjonen er at boligens utforming og innretning både påvirker pleietrengende eldres trivsel og tjenestenes mulighet til å tilby god og hensiktsmessig pleie.

Rapporten summerer opp flg hovedfunn (Henriksen et al. 2007):

1. Beliggenhet: Det er av betydning at boligen er plassert i kjente omgivelser, gjerne tett på det tidligere hjem.
2. Boligkonsept/type: Det må være et bevisst samspill mellom fysiske rammer og pleie. Hvordan boligen utformes og innrettes har en avgjørende betydning for hvilke brukergrupper den er egnet til å huse
3. Boligkonsept/demensbolig: Eldre med demenssykdom har behov for mindre enheter (få beboere, desentral ledelse) og demensorientert design.
4. Uteareal: direkte adgang til tilrettelagt uteareal har vesentlig betydning
5. Fellesareal: Arealet har betydning som fysisk ramme rundt sosialt samvær. Gangene bør være sirkulære, god belysning og fargevalg bør skape oversikt og ro
6. Den private bolig: Mulighet for privatliv er avgjørende for trivsel. Entre og bad er viktige rom. Utvendig entre bør markeres for å trekke en grense mellom fellesareal og privat areal. Badet bør innrettes handikapvennlig og ergonomisk korrekt. Det bør være plass til rullestol og to hjelpere og det bør være god plass på begge sider.
7. Hjemlighet: Hjemmelignende forhold er en altavgjørende trivselsfaktor. Det handler om hvordan boligen eller institusjonen fungerer nettopp som hjem.

Smått er godt – ikke bare for mennesker med demens

Et mål i Demensplan 2015 er at nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger bygd med tilskudd fra Husbanken, skal være tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens. Optimale rammebetingelser for personer med demens defineres i Demensplan 2015 som små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere (fire til åtte personer) og et stabilt personale med nødvendig kompetanse. Det bør være direkte tilgang til tilrettelagt uteareal og det bør legges til rette for sosialt fellesskap.

Oppsummering av nyere forskning på området viser at ”smått fortsatt er godt” (Landmark et al 2009, Gonzalez og Kirkevold 2014). I motsetning til de gamle, store og uegnede institusjonsbyggene, er små, hjemlige og oversiktlige boenheter assosiert med mindre uro, angst og depresjon, og bedre orienteringsevne, mobilitet og sosial kontakt. Dette gir igjen lavere bruk av medikamenter. ”Smått er godt”- konseptet gir imidlertid ikke bare et gunstig bomiljø for personer med demens og kognitiv svikt, men også for andre brukergrupper med behov for heldøgns omsorgstjenester og tilrettelagte botilbud.

Utover de generelle krav til universell utforming av boliger og nærmiljø, taler dokumentasjon for at små, tilrettelagte boenheter med hjemlig miljø og få beboere har gunstig effekt på personer med demens. Enkel utforming og særpreg på hvert rom fremmer rom- og stedsans. Korte ganger og korridorer gir få veivalg. Nøytral design og farger gir ifølge forskning færre katastrofereaksjoner og lavere medikamentbruk (Dalsbø et al 2014). For å unngå at bomiljøet forsterker sykdomsutviklingen og reduserer mestringsevnen, bør det legges vekt på slike forhold både ved tilpasning av egen bolig og utbygging av omsorgsboliger og sykehjem.

I en ny kunnskapsstatus SINTEF har utarbeidet for KS med tittelen "Er smått alltid godt i demensomsorgen?" (Haugan et al 2015) er konklusjonen at *småskala omsorgsformer understøtter*:

- *sosial interaksjon*; i småskalainstitusjoner var personer med demens vesentlig mer sosialt engasjert, etablerte i større grad positive relasjoner med hverandre og viste mindre aggressiv atferd
- beboernes opplevelse av *autonomi* i dagliglivet
- beboernes mulighet for *privatliv*; forskning dokumenterer at personer med demens med mer privatliv uttrykte mindre angst og aggresjon; å kunne være privat anses som styrkende for opplevelsen av integritet
- *hjemlighet*; småskala omsorgsformer gir større potensial for å skape et miljø preget av hjemlighet. Forskning dokumenterer at et miljø som ligner beboerens hjem, støtter orienteringsevnen og dermed mestring; beboere i mindre institusjonaliserte anlegg viste lavere nivå av aggresjon.
- ivaretagelse av *individuelle behov*; småskalainstitusjoner representerer et mindre og dermed mer oversiktlig miljø som gir større potensial for å ivareta individuelle behov
- *deltakelse i meningsfylt aktivitet*; mindre og dermed mer oversiktlige miljøer understøtter rom for den enkeltes unike behov og spesifikt rettede intervensjoner (som aerob trening, styrketrening, aktiviteter relatert til husarbeid eller tidligere arbeidsliv)
- *personsentrert omsorg*; størrelsen på enheten har betydning for pleiernes mulighet og evne til å utføre personsentrert omsorg. *Personsentrert omsorg* presenteres som et «beste-praksis»-konsept og anses som en avgjørende faktor for livskvalitet blant sykehjemspasienter med demens.
- *redusert bruk av fysisk tvang og psykofarmaka*
- *aktiviteter utendørs*; småskala omsorgsformer kan gi nærhet til utemiljø som er av stor betydning for livskvaliteten til personer med demens (eksempelvis sansehage)
- *pårørendes tilfredshet og trivsel*

Både integrering og særomsorg

Både Handlingsplan for eldreomsorgen, reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplan for psykisk helse medførte sterk vekst i utbygging av omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester. Slik har utviklingen gått mer og mer i retning av et mer helhetlig og integrert omsorgstjenestetilbud som gis uavhengig av diagnose, funksjonshemming og alder. Dette innebærer også at andre sektorer enn helse- og sosialtjenesten må ta sin del av ansvaret

for å gjøre kulturtilbud, undervisning, kollektivtransport og andre tjenester tilgjengelig også for omsorgstjenestens brukere.

Fortsatt framstår likevel sykehjemmene, som ressursmessig utgjør nesten halvparten av omsorgstjenesten, et særomsorgstilbud til eldre. Dette er blitt ytterligere understreket av statlige handlingsplaner for å få yngre med funksjonsnedsettelse ut av sykehjemmene, som dermed defineres som rene aldersinstitusjoner. I motsetning til omsorgsboliger med hjemmebaserte tjenester, holder sykehjemmene seg med egen legetjeneste og skal dekke beboernes behov på de fleste livsområder. En rekke undersøkelser tyder på at de er ganske gode på pleie, men mindre gode på mat, aktiviteter og sosiale forhold. Det er også faglig og politisk bekymring for den medisinske oppfølgingen og legedekningen. (Meld St 29 (2012-2013) og Meld St 26 (2014-2015)).

Omsorgsboliger eller sykehjem til eldre

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og Omsorgsplan 2015 har kommunene stått fritt til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud tilpasset lokale forhold og behov, og selv velge organisatoriske løsninger, tjenestemodeller og boformer. Dette resulterte i at noen kommuner valgte å satse på sykehjem og institusjonsløsninger, mens andre har valgt å bygge ut omsorgsboliger og hjemmetjenester med heldøgns tilbud. Samtidig nærmer disse formene seg hverandre slik at en snart ikke lenger ser forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med omsorgsboliger. Vi har fått sykehjem med omsorgsboligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Nesten alle nye omsorgsboliger bygges nå med fellesareal og nærhet til lokaler for helse- og sosialpersonell. Samtidig utvikles nye modeller for bygging og drift av sykehjem med gode enerom organisert i små bogrupper med egne fellesfunksjoner. På denne måten kombineres erfaringene fra institusjon og mer åpen omsorg. Utfordringen er å utvikle tilbud som både gir trygghet og individuell tilpasning til den enkeltes behov.

Sykehjem og omsorgsboliger overlapper delvis hverandre som botilbud til eldre med omfattende og store bistandsbehov. Omsorgsboligene brukes imidlertid til flere brukergrupper og fungerer mer fleksibelt både med hensyn til beboernes alder, diagnose og funksjonshemming. De er også bedre tilrettelagt for familie og pårørende. Kanskje er det denne fleksibiliteten som gjør at mange kommuner har valgt å satse på omsorgsbolig både som supplement og alternativ til mer tradisjonelle sykehjem. Det er lettere å bruke omsorgsboliger som sykehjem enn sykehjem som omsorgsboliger.

Økonomi

Om bruk av omsorgsboliger og hjemmetjenester er økonomisk mer effektivt enn sykehjem, er det fortsatt gjort lite forskning på. Men i en rapport Senter for økonomisk forskning utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet for noen år siden er hovedkonklusjonen at:

"Hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner uten at pleie- og omsorgstilbudet blir dårligere. Dette gjelder også når sammenligningen begrenses til de tyngste brukerne."(Borge og Haraldsvik 2005)

En undersøkelse fra Nord-Trøndelag viser også at sterkt boligorienterte kommuner hadde markert lavere personelldekning enn sterkt institusjonsorienterte kommuner:

"Dette fører til at de samlede driftskostnadene blir lavere i de boligorienterte kommunene. Om kvaliteten er den samme, om den er bedre eller dårligere, vet vi ikke. For framtidig omsorgstjenesteforskning blir det en viktig oppgave å undersøke slike mulige sammenhenger."(Romøren og Svorken 2003)

I en helt ny undersøkelse om ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren i storbyene utført av Pwc for KS Storbynettverk (Pwc 2015) framkommer det at forskjeller i tjenesteprofil ser ut til å forklare forskjeller i ressursbruk:

"Våre funn tyder på at høy andel hjemmetjenester og lav andel institusjonstjenester bidrar til lavere ressursbruk. Dette henger naturligvis sammen med at institusjonstjenester generelt sett genererer høyere ressursbruk enn hjemmebaserte tjenester. Dette bildet er særlig tydelig for kommunene Kristiansand, som har lavest ressursbruk, og Stavanger, som har høyest ressursbruk."

Rapporten peker videre på at de storbyene som har den mest kostbare tjenesteprofilen (Stavanger og Bergen) gjennomgående også har de høyeste enhetskostnadene. Manglende kapasitet på bofellesskap har flere steder gitt seg utslag i framvekst av alternative, private boløsninger med heldøgns omsorg der kostnadsnivået blir høyt, blant annet på grunn av smådriftsulemper.

Det er store variasjoner i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester. I 20 prosent av kommunene brukes under 40 prosent av omsorgstjenestenes netto driftsutgifter til institusjon, og mer enn 60 prosent på hjemmetjenester og aktivitetstilbud. I ti av disse kommunene er institusjonsandelen under 20 prosent. På den andre siden bruker 15 prosent av kommunene over 60 prosent av utgiftene til institusjon, hvorav 11 kommuner har en institusjonsandel på 80 prosent eller mer. Nesten to tredeler av kommunene har en institusjonsandel på 40–60 prosent, og landsgjennomsnittet er på 45 prosent.

3.4 Utviklingen i våre naboland

Tall fra Nordisk Socialstatistisk Komité (NOSOSKO 2015) viser at Norge har den høyeste andel i Norden av befolkningen under 65 år boende i institusjon eller servicebolig. Sammen med Island har de også den høyeste andel av befolkningen over 65 år i institusjon eller servicebolig. Andelen er nesten dobbelt så høy som i Danmark, 60 pst høyere enn i Sverige og over 50 pst høyere enn i Finland:

Personer under 65 år som bor i institusjon eller servicebolig, totalt og i prosent

Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
8 432	20 957	1 022	34 120	28 452
0.2	0.5	0.5	0.7	0.5

Personer 65 år og eldre som bor i institusjon eller servicebolig, totalt og i prosent

Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
41 811	54 572	3 462	64 083	91 311
4.0	5.2	8.0	7.7	4.8

Målt i antall plasser i forhold til befolkningen 80år+, var institusjonsomsorgen på sitt høyeste i Sverige og Danmark tidlig på 1970-tallet. Norge hadde den laveste institusjonsdekningen av de tre landene ved inngangen til 1970-årene og den høyeste ved utgangen av 1980-årene. I løpet av 1970-tallet ble antall sykehjemsplasser i Norge fordoblet, og kan i alle årene siden ha blitt preget av den sterke satsingen på sykehjem som skjedde da. Til gjengjeld var Norge seint ute med alternative bo- og tjenestetilbud for eldre, med lav dekning av hjemmetjenester og eldreboliger sammenliknet med Danmark og Sverige (Daatland et al. 1997; Szebehely 2005; Daatland og Otnes 2015).

Nedgangen i institusjonsomsorgen startet først for alvor ved inngangen til 1990-årene med sykehjemsreformen og reformen for mennesker med utviklingshemming. Det var mer enn et tiår seinere og mer moderat enn i Sverige og Danmark. Tjenestene ble samlet på kommunenivå, og overgangen til rammefinansiering innbød kommunene til selv å prioritere og velge den kombinasjonen av tjenester som ga mest omsorg for pengene.

Norge valgte imidlertid å beholde og videreutvikle sykehjemmene, mens Danmark og Sverige tok steget helt ut og forsøkte å avvikle institusjonsomsorgen. I Danmark skjedde det ved en ny Eldreboliglov i 1987 som stoppet videre utbygging av pleiehjem. Allerede etablerte pleiehjem kunne fortsette, men de ble faset ut. Eldre- og pleieboligene var fra da av juridisk og økonomisk regulert som boliger, og beboerne ble regnet som borgere og leietakere, ikke som pasienter eller klienter.

Sverige avviklet sin institusjonsomsorg i og med den såkalte Ädelreformen i 1992, som del av en desentralisering og samling av tjenestene på kommunenivå. Alle omsorgsplassene for eldre, enten det var sykehjem, aldershjem, gruppeboliger, serviceboliger o.l., ble fra da av regulert som boliger fra en juridisk, administrativ og økonomisk synsvinkel, og samlet under én betegnelse, som särskilt boende eller äldreboende. Til sammen var det om lag 120 000 plasser i särskilt boende i 1993. Tjue år seinere var antallet plasser redusert til knapt 87 000 (Daatland et. al 1997, Daatland og Otnes 2015).

Inkluderer vi bare tilbudene på høyeste omsorgstrinn, det vil si sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger i Norge, pleieboliger i Danmark og särskilt boende for

Sveriges del, blir tilbudet av «omsorgsplasser» (residential care) iflg en oversikt i SSBs Samfunnsspeilet lavest i Danmark (4,1 prosent av befolkningen 65+), høyest i Norge (6,2 prosent av befolkningen 67+), med Sverige i en mellomstilling (4,8 prosent av befolkningen 65+) (Daatland og Otnes 2015).

I en rapport utarbeidet for KS (VID og Agenda Kaupang 2016) skriver de:

"Det samlede botilbudet i Norge er rundt 50 % høyere enn det som er vanlig i de andre nordiske landene. Sammenlikningen gir en indikasjon på at det er mulig å etablere et tilbud med lavere dekning også i Norge."

Ifølge VID og Agenda Kaupang er det mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt blir redusert i årene som kommer, i retning et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene: levealderen vil øke og tjenestene i hjemmet vil bygges ut, det vil bli lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig. Undersøkelsen viser at det er få hjemmeboende eldre med komplekse medisinske utfordringer. Disse pasientene er allerede tatt hånd om i institusjon. De aller fleste av politikerne i kommunene i undersøkelsen støtter utviklingen om å satse mer på hjemmebasert omsorg som erstatning for sykehjem. Det gjorde de ikke i samme grad for noen år siden. Politisk støtte på lokalt nivå ses i undersøkelsen som en klar indikasjon på at det kan være fornuftig å erstatte noe av satsingen på sykehjem med en godt utbygd hjemmebasert omsorg. Derfor ser de det som sannsynlig at antall plasser blir redusert i årene som kommer. Planleggingen på nasjonalt nivå bør derfor etter deres vurdering primært rettes mot en reduksjon av institusjonsplasser, og ikke en økning.

3.5 Framskrivninger av behov mot 2030 og 2060

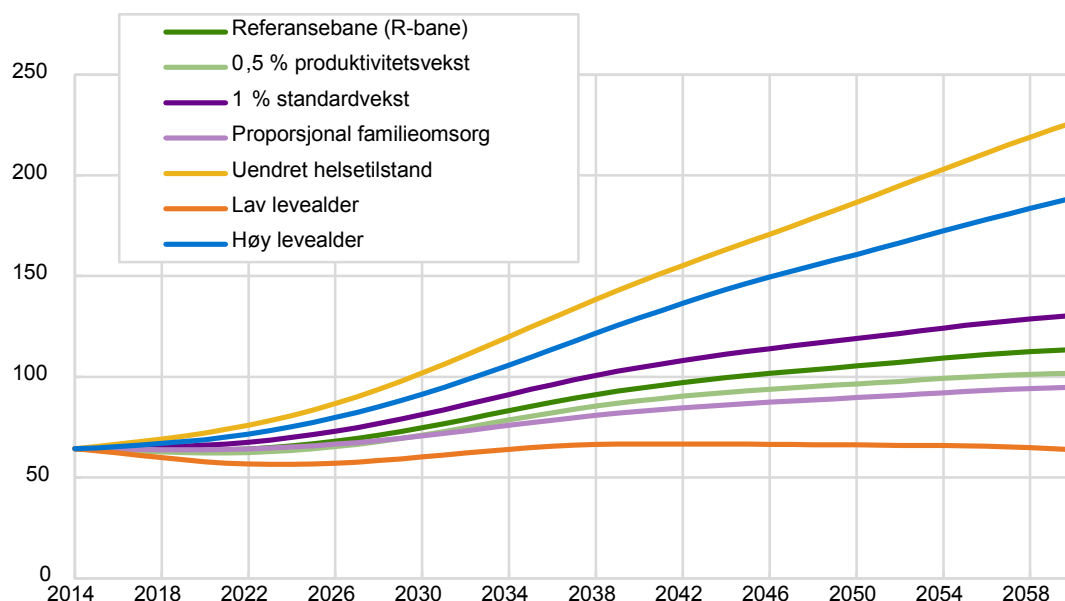
Statistisk Sentralbyrå har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet framskrivninger av behovet for arbeidskraft og botilbud i institusjon og omsorgsboliger innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram til 2060. Framskrivningene ble i juni 2016 lagt fram i en egen rapport (Holmøy et al 2016) Rapporten viser hvor mye behovet for arbeidskraft, institusjonsplasser og omsorgsboliger i den formelle omsorgssektoren påvirkes av forutsetninger om demografi, eldres helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder, og peker på at:

"Etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester varierer betydelig med hensyn til alder og kjønn. Nøkkelelementene i fremskrivningene er derfor realistiske fremskrivninger av antall kvinner og menn i ettårige aldersgrupper, og aldersprofiler for kvinner og menns bruk av ulike helse- og omsorgstjenester. I tillegg yter eldres familiemedlemmer fremdeles anslagsvis 90 000 årsverk som ulønnet omsorgsarbeid, og endringer i denne innsatsen har potensielt stor betydning for ressursbehovet i den formelle omsorgen."

Når det gjelder etterspørselen etter «heldøgns plasser», dvs. summen av omsorgsboliger med heldøgnsbemanning og antall brukere av institusjonstjenester, spenner fremskrivningene ut et stort variasjonsområde når man går noen tiår fremover:

"Med KOSTRA-definisjon av heldøgnsboliger, var tallet på slike plasser 65 000 i 2014. Dersom referansebanens forutsetninger om helseforbedringer, 0-vekst i standard, produktivitet og familieomsorg, kombineres med befolkningsfremskrivningenes lavalternativ, øker ikke behovet for heldøgns plasser nevneverdig i tiårene fremover. Men dersom også referansebanens forutsetning om middels levealdersøkning slår til, øker denne etterspørselen til vel 114 000 heldøgns plasser i 2060. Økningen mot 2060 blir imidlertid vesentlig raskere dersom helsetilstanden ikke bedres fra dagens nivåer, hvis levealdersøkningen blir som i høyalternativet. Dersom begge disse forutsetningene slår til samtidig vil etterspørselen etter heldøgns plasser i 2060 ligge mer enn 190 000 høyere enn i referansebanen."

Figur 6.6 Bruk av heldøgns plasser (heldøgns omsorgsboliger + institusjonsbrukere) under forutsetningene i avsnittene 5.1-5.7. KOSTRA-definisjon av heldøgns omsorgsboliger. Forutsetninger i referansebanen (R-bane): MMMM-befolkning, ingen produktivitetsvekst, ingen standardvekst, familieomsorg konstant som i 2014, bedring av helsetilstand i takt med økende levealder. 1000 boliger/plasser



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn, varierer de 7 alternative framskrivningene fra 60.000 til 103.000 heldøgns omsorgsplasser i 2030. Dette forutsetter en vekst fra null til 38.000 flere heldøgns plasser i 2030. Dersom helsetilstanden ikke bedres og hvis levealdersøkningen samtidig blir som i høyalternativet, øker behovet for flere plasser med over 60.000. Legges det til en standardvekst på 1 %, øker tallet med ytterligere 10.000 plasser. Lavere levealder, økt familieomsorg og produktivitetsvekst kan på den annen side redusere behovet.

SSB gjør flg vurdering av de ulike framskrivningsalternativene:

"Ulike kombinasjoner av plausible forutsetninger spenner altså ut et relativt stort variasjonsområde for etterspørselen etter arbeidsinnsats og heldøgns omsorgsplasser frem mot 2060. Vi gjør ikke noe forsøk på å sannsynlighetsveie de ulike framskrivningene. Vår vurdering er likevel at fravær av standardheving er urealistisk og betyr så vidt mye at referansebanen trolig undervurderer veksten i etterspørselen etter arbeidskraft.

De fleste av framskrivningene i denne rapporten avhenger i relativt sterk grad av forutsetninger om familieomsorg og forbedringer av kjønns- og aldersspesifikk helsetilstand fremover. Her kan ikke våre valg av forutsetninger begrunnes bedre enn mange alternativer. Vi håper at kritisk diskusjon av disse og andre forutsetninger vil generere tall og innsikt som gir mer solid tallfesting av disse effektene neste gang man vurderer fremtidig pleie- og omsorgsetterspørsel."

Dersom en legger til grunn at det er mangel på plasser i dag, eller at standarden økes og terskelen for å få innvilget plass blir lavere, kan behovet for heldøgns omsorgsplasser øke betydelig. Det samme kan skje om familieomsorgen reduseres eller hvis lenger levealder også medfører en lengre periode på slutten av livet med funksjonstap.

På den annen side kan bedre tilrettelegging av egen bolig, bruk av velferdsteknologi, dagtilbud, utbygging av trygghetsboliger og sterkere satsing på hjemmetjenester og rehabilitering, være alternativ til eller bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser. Gjennomsnittlige driftskostnader for en heldøgns omsorgsplass i sykehjem er nærmere en million kroner i året. Det er sett på som en innovasjonsoppgave for kommunene å prøve ut om en alternativ bruk av et slikt beløp kan gi andre og bedre løsninger for den enkelte.

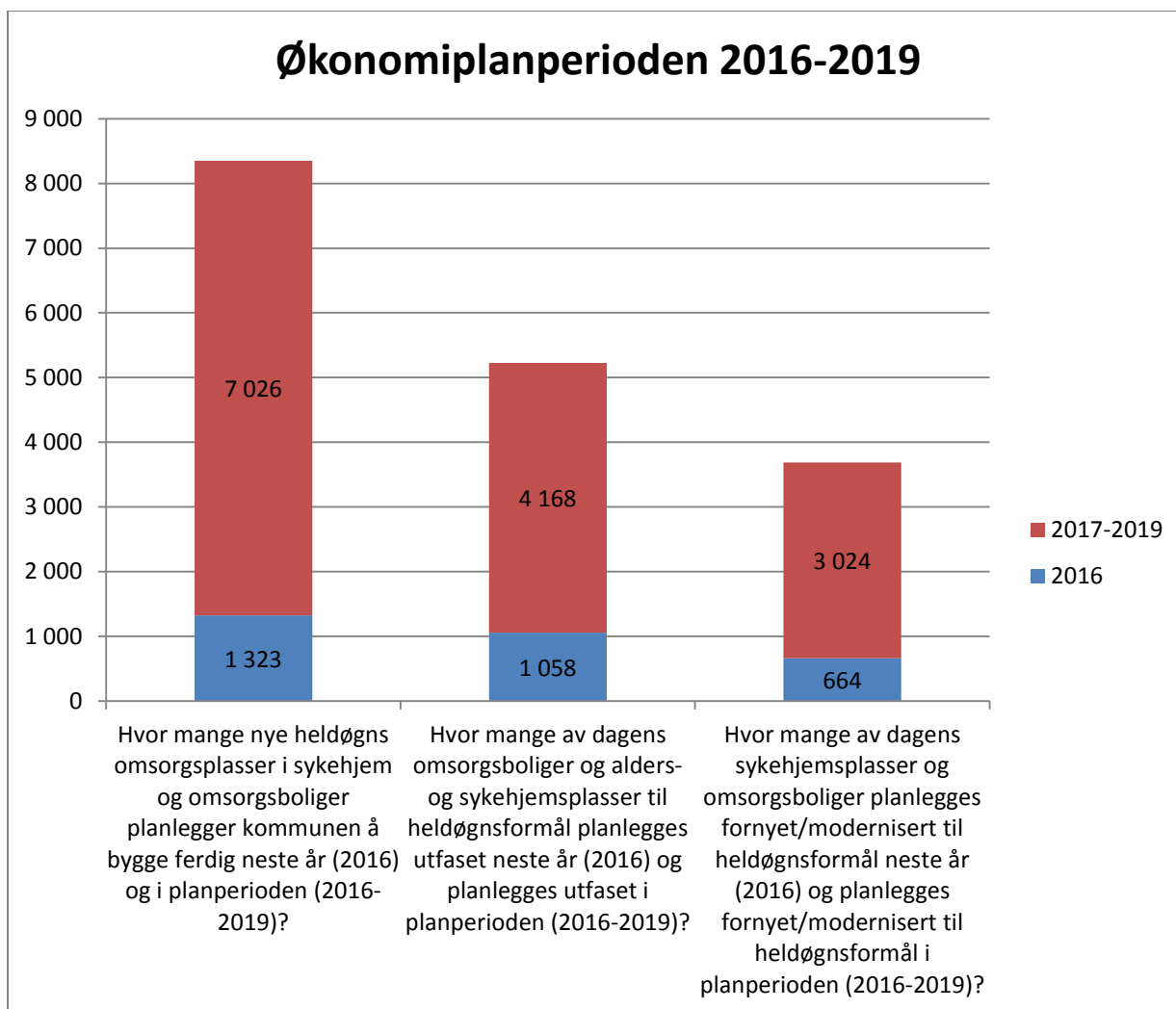
3.6 Kommunale planer og behov

KS gjennomførte ved årsskiftet en undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser i alle landets kommuner. Kommunene er spurt om sine planer for ferdigstilling av antall nye plasser og utfasing av og fornyelse/modernisering av plasser, i 2016, i økonomiplanperioden 2016-2019 og i perioden fram til 2030. 227 av 428 kommuner (53 pst av kommunene), med i alt 70 pst av befolkningen har svart på spørreundersøkelsen. Alle kommuner med mer enn 60.000 innbyggere har svart, mens bare om lag halvparten av de øvrige kommunene har svart. Svarene fra de 227 kommunene er skalert opp til anslag for hele landet, basert på en enkel lineær modell, og er kommentert slik:

"Tallene fra undersøkelsen, som baseres på rapportering fra 227 kommuner, må tolkes med varsomhet. Årsakene til det er flere:

- Enkelte kommuner har oppgitt at de ikke har tatt med boliger til personer med utviklingshemming (bofellesskap)*
- Enkelte kommuner har oppgitt at de ikke har tatt med boliger til personer med psykiske lidelser og rus*
- Enkelte kommuner har hverken tatt med boliger til personer med utviklingshemming eller boliger til personer med psykiske lidelser eller rus*
- 126 av 227 kommuner (55 prosent) har svart at de har gjort beregninger for hvor stort behov for heldøgns omsorgsplasser er i 2030. Beregningene har likevel ikke ført til konkrete tall nedfelt i kommunenes langtidsplaner*

Samlet innebærer dette at resultatene som fremkommer gjennom denne undersøkelsen vil være noe lavere enn de faktiske tallene i kommunesektoren som helhet."



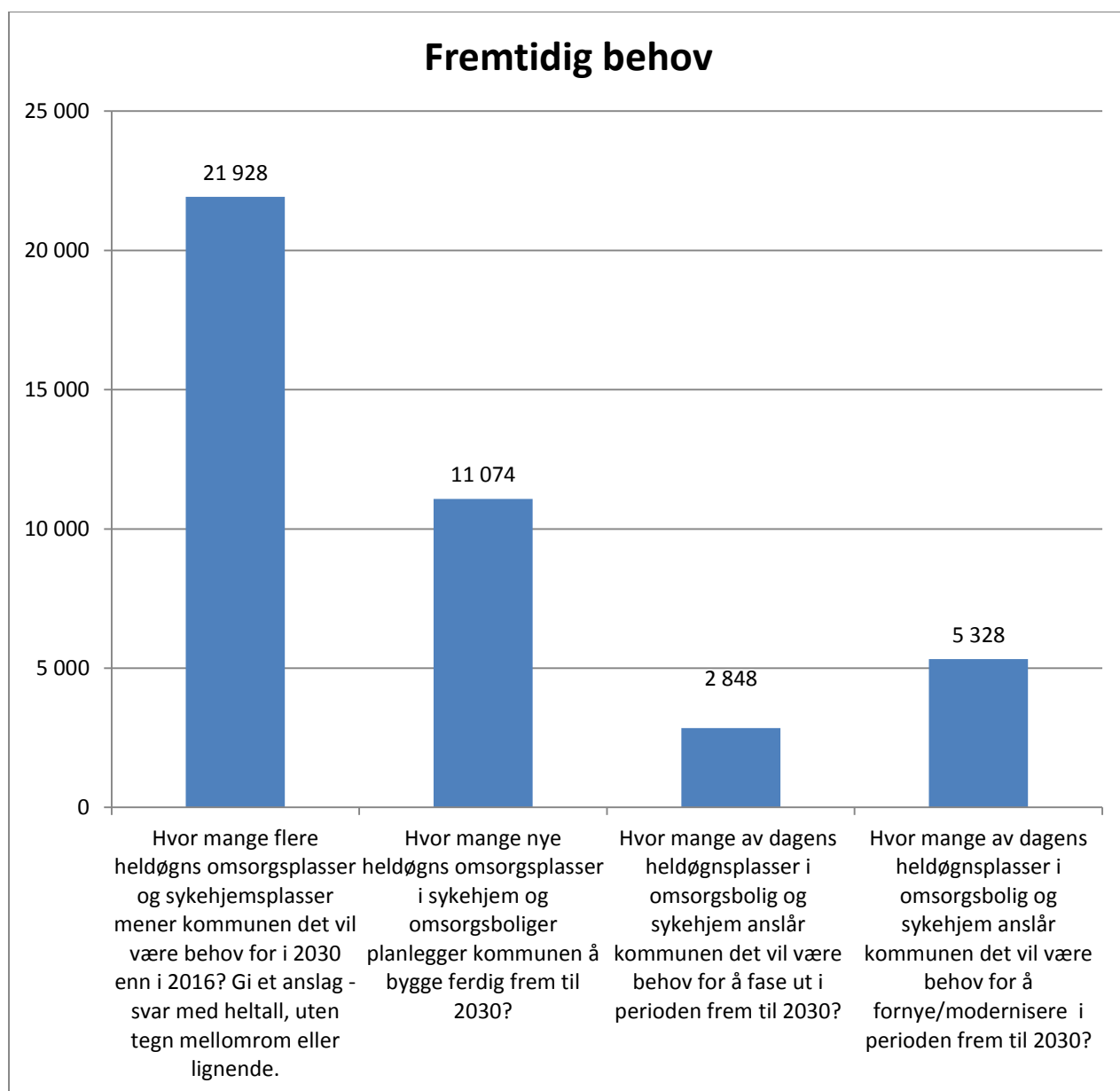
Kommunale planer i perioden 2016-2019

Tallene fra undersøkelsen viser at kommunene planlegger å ferdigstille 8.349 nye heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, og fase ut 5.226 av dagens plasser til heldøgnsformål i økonomiplanperioden 2016-2019. I tillegg planlegger de å fornye/modernisere 3.688 av dagens sykehjemsplasser og omsorgsboliger i samme tidsperiode. I sum innebærer tallene at kommunene planlegger en netto tilvekst på vel 3.100 plasser og fornyelse eller utskifting av 8.900 plasser i perioden 2016-2019, noe som gir et årlig investeringsbehov på vel 2.200 plasser pr år. En god del av disse plassene har allerede fått tilsagn om finansiering fra Husbanken.

Behovsanslag fram mot 2030

KS-undersøkelsen ba videre om kommunenes anslag for hvor mange flere heldøgns omsorgsplasser det vil være behov for i 2030 enn i 2016, og hvor mange plasser det vil være behov for å fornye eller fase ut. Bare 126 kommuner har svart at de har gjort beregninger for hvor stort behov det vil være for heldøgns omsorgsplasser i 2030. KS peker på at det "fortsatt er få kommuner som har gode modeller for beregning av fremtidig behov, og at det kan være

nødvendig med et utviklingsarbeid på dette feltet, ikke minst for å få et inntrykk av totale investeringsbehov lokalt og nasjonalt."



De oppskalerte tallene i undersøkelsen anslår et behov for om lag 22.000 flere heldøgns plasser i 2030 enn i 2016. Samtidig sier den at kommunene foreløpig bare har planlagt halvparten så mange. Behovet for utfasing eller fornyelse av eksisterende institusjoner og omsorgsboliger er anslått til knapt 8.200 plasser. Samlet gir dette et investeringsbehov på om lag 30.000 heldøgns omsorgsplasser eller vel 2.150 plasser pr år fram mot 2030.

Sammenholdt med tallene for perioden 2016-2019, kan dette tyde på at kommunene i stor grad har planlagt å gjøre unna fornyelsen av gammel bygningsmasse de nærmeste årene fram mot 2020, og deretter konsentrere seg om utbyggingen av kapasiteten.

KS gjorde en tilsvarende undersøkelse i 2015 som anslo at det i 2030 totalt ville være et behov for om lag 100.000 heldøgns plasser i 2030, eller opp mot 35.000 flere plasser enn i 2014. Behovet for utskifting eller modernisering var i denne undersøkelsen anslått til hele 28.000 plasser i samme periode. Dette ville samlet gitt et totalt investeringsbehov på om lag 4.000 plasser pr år.

Det er grunn til å understreke, slik KS selv gir uttrykk for, at disse tallene fra de siste to års undersøkelser derfor må tolkes med stor varsomhet.

3.7 Behov for fornyelse og modernisering

Omsorgsbyggene benyttes svært intensivt. Levetiden for slike bygg er derfor gjerne kortere enn mye annen kommunal bygningsmasse. I tillegg er omsorgssektoren gjenstand for en kontinuerlig endring i hvordan tjenestene ytes, både gjennom økte kompetansekrav, økte brukerforventninger og gjennom teknologisk utvikling. Nye brukergrupper og nye generasjoner eldre sine preferanser påvirker også behovet for endringer av bygningsmassen. Midler til drift må kommunene selv dekke opp gjennom veksten i de frie inntektene. Når investeringskostnaden for en ny institusjonsplass ikke tilsvarer mer enn om lag tre års drift, er det av stor betydning for kvalitet og effektivitet å ha moderne utstyr og bygg. De store investeringene som er gjort i sykehjem og omsorgsboliger de siste 20 årene har vært en av de viktigste bidragene til å heve kvaliteten i omsorgssektoren, ved å

- legge boforholdene bedre til rette for nye beboere, med enerom eller leiligheter og eget bad/wc
- bedre det fysiske arbeidsmiljøet for de som arbeider i hjemmetjenester og sykehjem, noe som også vil ha betydning for effektivitet, trivsel og rekruttering til sektoren
- legge bedre til rette for besøk og deltakelse fra familie og pårørende, ikke minst i de nye omsorgsboligene som er bygd

Over halvparten av landets omsorgsboliger og sykehjem ble enten nybygd eller totalrenovert som følge av Handlingsplan for eldreomsorgen. Ytterligere heldøgns omsorgsplasser er bygd eller modernisert under Omsorgsplan 2015.

Hagenutvalget (NOU 2011:11) pekte i sin tid på at de fleste boliger og institusjoner vi skal bo og motta helse- og sosialtjenester i de neste tiårene allerede er bygd, og at det derfor er vel så viktig å renovere og tilrettelegge eksisterende bygningsmasse som å bygge nytt:

"Utvalget er derfor opptatt av at den andre halvparten av de 90.000 institusjonsplassene og boligene nå snart er moden for fornyelse og utskifting. Dette bør skje de nærmeste 10 årene, slik at en har gjort seg ferdig med opprusting av den gamle bygningsmassen i god tid før den forventede behovsveksten setter inn fra 2025. I praksis betyr det at planleggingen må startes nå.

En slik fornyelse gir store muligheter for å skape nye omgivelser både for de som trenger et tjenestetilbud og for de som skal stå for utøvelsen av framtidas

omsorgstjenester. Utvalget vil anbefale kommuner, fagmiljøer og næringsliv å se på dette ombyggingsprosjektet som en utfordring til innovasjon. Nye løsninger må utvikles, løsninger som både er tilpasset framtidige generasjoners preferanser og morgendagens lokalsamfunn."

Legger en til grunn en levetid på omsorgsbygg på 30 år, og tar i betraktning at det ofte tar flere år å initiere og fullføre slike byggeprosjekter, er det nå kort tid igjen før den delen av bygningsmassen som ikke er fornyet og erstattet, blir utdatert og lite egnet for tjenesteyting.

Om vi ønsker en mest mulig jevn utbyggingstakt med en jevn utvikling i kommunenes driftsutgifter, bør denne fornyelsen være fullført før kapasitetsbehovet melder seg for alvor når vi nærmer oss 2025. Slik kan også noe av kostnadsveksten kommunene vil få om 10-15 år, som følge av raske demografiske endringer, kunne fordeles over flere år. Kommunene bør derfor erstatte de plassene som i dag er gamle og nedslitte før behovet for sterkere kapasitetsvekst inntreffer. Erstatning av allerede eksisterende plasser medfører ikke nødvendigvis økte driftskostnader, og kan i mange tilfeller også effektivisere driften.

KS har med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang et FoU-prosjekt som skal kartlegge og vurdere eksisterende boliger og institusjoner til pleie- og omsorgsformål, med sikte på å få bedre oversikt over gjenstående utskiftings- og moderniseringsbehov. I prosjektet skal det tas høyde for både brukernes omsorgsbehov og bygningsmassens teknisk tilstand. Prosjektet skal gi mer kunnskap om levetid og egnethet i dagens institusjoner og boliger til pleie- og omsorgsformål, sett i lys av morgendagens behov og utfordringer i denne sektoren.

Prosjektet har fått tittelen "Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet", og det er Rambøll Management Consulting som har fått oppdraget. Endelig rapport fra prosjektet er ventet å foreligge våren 2017.

3.8 Heldøgns omsorg

KS peker i sin undersøkelse av kommunale planer og behov, på at det er betydelig avvik mellom de tallene kommunene har registrert i KOSTRA og de tallene som framkommer i KS sin undersøkelse, og mener dette blant annet skyldes uklarhet i hva som defineres som heldøgns omsorgsplasser. SSBs KOSTRA-veiledning har en beskrivelse av dette begrepet der det er stilt helt andre krav enn i Husbankens veileder:

"Etter KS vurdering er dette for snevre rammer for rapportering av bolig og beboere med heldøgns omsorg, og KS har kjennskap til at en rekke kommuner har slike boliger og beboere uten at regelverket gir rom for rapportering. Resultatet av dette er etter vår vurdering en underrapportering av antall beboere i bolig med heldøgns omsorg på landsbasis."

I KOSTRA stilles det blant annet krav om at bygningen skal ha fast tilknyttet personell og at tjenesteyter må være til stede hele døgnet. KS ønsker på denne bakgrunn å ha en nærmere gjennomgang, slik at begrepet heldøgns omsorg brukes mer i tråd med praksis i kommunene.

Til sammenligning har Husbanken i sin veileder til tilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger knyttet sin beskrivelse av heldøgnsbegrepet til den enkelte brukers tjenestebehov, og tenkt mer praktisk på organisering og lokalisering:

"Med personer som har behov for heldøgns helse- og sosialtjenester menes her personer som trenger tjenester på ulike tider i løpet av hele døgnet. Omfanget av tjenestene vil kunne variere gjennom døgnet og over tid. Dette inkluderer personer med langvarig somatiske sykdommer, funksjonshemming, utviklingshemming, rusproblemer eller psykiske og sosiale problemer. Det er ikke noe krav at kommunen må ha en omsorgsbasis i det enkelte prosjekt så lenge denne ligger i boligen(es)nærmiljø. Kommunen har ansvaret for hvordan tjenestene organiseres."

En undersøkelse utført for KS (VID og Agenda Kaupang 2016) peker også på at ulik forståelse av «heldøgns omsorg» gjør planleggingen vanskelig:

"Et viktig funn er at sentrale aktører som Husbanken, SSB og kommunene anvender begrepet «heldøgns omsorg» forskjellig. Særlig får kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som et heldøgns tilbud. SSB og Husbanken stiller ulike krav her. SSB omfatter tilbud i institusjon og boliger med personale hele døgnet. Kravene til personalbase er imidlertid ikke de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet."

Det er en utfordring for hele feltet, både administrativt og politisk når politikere og sentrale og lokale beslutningstakere ikke har felles innhold i de begrepene de anvender. Blant annet gir det ulike forståelser av hvor stor dekningsgraden er, og hvor stort behov man egentlig skal dekke."

Undersøkelsen viser at heldøgnsstilbudet er et samlebegrep for svært ulike tilbud når det gjelder type plass, hvem plassene blir tilbudt, samt omfanget av bemanningen, som varierer svært mye.

KS og departementet vil på denne bakgrunn som en del av det videre plansamarbeidet utrede og drøfte nærmere bruken og forståelsen av begrepet heldøgns omsorg. Det er naturlig å knytte begrepet til kjennetegn og omfang av det tjenestetilbudet som blir gitt den enkelte, og skille klarere mellom behovet for tjenester og behovet for et tilrettelagt botilbud utenfor eget hjem.

4 Vurdering og analyse – samlet investeringsbehov fram mot 2030

Statistisk Sentralbyrå sine framskrivninger spenner ut et relativt stort variasjonsområde for etterspørselen etter arbeidsinnsats og heldøgns omsorgsplasser både fram mot 2030 og 2060. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn, varierer de 7 alternative framskrivningene fra 60.000 til 103.000 heldøgns omsorgsplasser i 2030. Dette forutsetter en vekst fra null til 38.000 flere heldøgns plasser i 2030. Dersom helsetilstanden ikke bedres og hvis levealdersøkningen samtidig blir som i høyalternativet, øker behovet for flere plasser med over 60.000. Legges det til en standardvekst på 1 %, øker tallet med ytterligere 10.000 plasser. Lavere levealder, økt familieomsorg og produktivitetsvekst kan på den annen side redusere behovet.

Sett i forhold til framskrivningenes referansealternativ vurderer vi det i plansammenheng slik at:

- Det er sannsynligvis en for optimistisk forutsetning å regne med at familieomsorgen opprettholdes på samme nivå som i dag
- Det ser ut til at levealderen fortsetter å øke raskt, i alle fall fram mot 2030
- Det vil være begrenset effekt av bedring i helsetilstand og funksjonsnivå innenfor en så kort tidsperiode som fram til 2030
- Det er som SSB antyder vanskelig å tenke seg et fravær av standardøkning. Noe av denne økningen bør det imidlertid være mulig å kompensere gjennom produktivitetsvekst
- Samtidig må en legge til grunn at det i noen kommuner allerede i dag er en viss mangel på heldøgns omsorgsplasser

Et realistisk utgangspunkt for planlegging må ut fra dette ta høyde for fortsatt levealdersøkning, begrenset bedring i helsetilstand og at familieomsorgen ikke øker, men snarere kan bli redusert. Samlet tilsier det at behovet vil ligge betydelig høyere enn referansealternativet i SSBs framskrivninger, og peker i retning av en tilvekst på 30-40.000 plasser fram mot 2030, eller 2.150-2.850 heldøgns omsorgsplasser pr år.

Dagens mangel på plasser og økte behov og forventninger fra nye brukergrupper tilsier at det også vil være behov for en viss standardvekst. På den annen side vil et behov for standardvekst i noen grad kunne kompenseres gjennom tiltak som kan gi produktivitetsgevinster. Det kan være tiltak på boligmarkedet for bedre tilrettelegging av egen bolig eller utbygging av nye tilpassede boliger. På helse- og omsorgstjenestens område vil nye innovative løsninger, bruk av velferdsteknologi, dagtilbud, og sterkere satsing på hjemmetjenester og rehabilitering kunne være alternativ til eller bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser. Det vil også være helt nødvendig å støtte familie og pårørende og styrke samhandlingen med dem. Gjennomsnittlige driftskostnader for en heldøgns omsorgsplass i sykehjem er nå over en million kroner i året. Det bør fortsatt bli sett på som en

innovasjonsoppgave for kommunene å prøve ut om en alternativ bruk av et slikt beløp kan gi andre og bedre løsninger for den enkelte.

KS ba i sin undersøkelse om kommunenes anslag for hvor mange flere heldøgns omsorgsplasser det vil være behov for i 2030 enn i 2016, og hvor mange plasser det vil være behov for å fornye eller fase ut. De oppskalerte tallene i undersøkelsen anslår et behov for om lag 22.000 flere heldøgns plasser i 2030 enn i 2016. KS gjorde en tilsvarende undersøkelse i 2015 som anslo at det i 2030 totalt ville være et behov for om lag 100.000 heldøgns plasser i 2030, eller opp mot 35.000 flere plasser enn i 2014.

Behovet for utfasing eller fornyelse av eksisterende institusjoner og omsorgsboliger er anslått til knapt 8.200 plasser. Sammenholdt med tallene for perioden 2016-2019, kan dette tyde på at kommunene i stor grad har planlagt å gjøre unna fornyelsen av gammel bygningsmasse de nærmeste årene fram mot 2020, og deretter konsentrere seg om utbyggingen av kapasiteten. I forrige KS-undersøkelse var anslaget for fornyelsesbehovet imidlertid betydelig høyere. Det er grunn til å påpeke at undersøkelsen til KS har betydelige metodiske svakheter. Resultatene gir imidlertid et godt bilde av kommunenes planer de nærmeste årene og en antydning om kommunenes vurderinger av egne behov på lang sikt.

Samlet gir tallene fra KS-undersøkelsene et investeringsbehov på i overkant av 30.000 heldøgns omsorgsplasser eller i gjennomsnitt vel 2.150 plasser pr år fram mot 2030. Med bakgrunn i svært ulike tall i de to KS-undersøkelsene, er det grunn til å vurdere fornyelsesbehovet nærmere. Dette vil bli gjort i det FOU-prosjektet KS har satt i gang med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet

Under forutsetning av jevn utbyggingstakt fram mot 2030, kan det med utgangspunkt i SSBs oppdaterte framskrivning og KS sine undersøkelser anslås et gjennomsnittlig årlig investeringsbehov på pluss/minus om lag 2500 plasser pr år. Sett i forhold til den demografiske utvikling, vil tallet være noe lavere i begynnelsen og høyere i slutten av perioden.

Variasjonen i SSBs framskrivninger kombinert med usikkerheten i KS sine beregninger, gjør det nødvendig å understreke at investeringsanslaget bør kunne endres løpende på grunnlag av søknadsinngang til Husbanken og nye plantall fra kommunene. Det vil også være mulig å påvirke dette behovet gjennom tiltak som endrer de forutsetninger som er lagt til grunn for anslaget. Sterkere satsing på rehabilitering, velferdsteknologi, hjemmetjenester og dagtilbud, tilrettelegging av egen bolig og styrking av samspillet med familie og pårørende, kan f.eks være alternativ til eller bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser.

Det er grunn til å understreke at dette handler om heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger som skal være ferdigstilt innen 2030, og at tilsagn fra Husbanken derfor må være gitt ofte 3-5 år tidligere. Samtidig har en del av de plasser som er under bygging nå allerede fått tilsagn om finansiering gjennom Husbanken.

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser bidrar til å gi kommunene langsiktighet og forutsigbare investeringsrammer for å sikre nødvendig kapasitetsvekst og fornyelse, og møte de raske demografiske endringene vi står overfor om 10 år med god planlegging og tilrettelegging på nasjonalt nivå.

5 Investeringsplan 2020

Investeringsplanen er en delplan til Omsorg 2020, med planperspektiv fram mot 2030.

5.1 Et løpende planarbeid

Dette er å betrakte som et løpende planarbeid der det utarbeides årlige behovsanalyser basert på:

6. Søknadsinngang, prognoser, erfaringer og vurderinger fra Husbanken
7. KS gjennomfører en årlig undersøkelse for å få oversikt over kommunenes planer og langsiktige behovsanslag (jf årets undersøkelse)
8. Nye framskrivninger av behovet for heldøgns tjenestetilbud i sykehjem og omsorgsboliger i samarbeid med SSB, (jf tidligere framskrivninger i St meld nr 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer og Meld St nr 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg)
9. Nye vurderinger av utskiftings- og fornyelsesbehovet i gammel bygningsmasse (jf KS sitt FOU-prosjekt "Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet")
10. Andre forhold som kan endre eller påvirke behov og etterspørsel

Den årlige behovsanalysen skal legge grunnlaget for å fastsette investeringsrammen for tilskuddsordningen i budsjettet for det enkelte år, etter at spørsmålet er drøftet i konsultasjonsordningen med KS.

5.2 Strategi

Hovedstrategien er å benytte "den stille demografiske perioden" de nærmeste årene (uten vekst i tallet på eldre 80 år+) til å fullføre og avslutte fornyelsen av den del av bygningsmassen som ikke er modernisert eller skiftet ut med hjelp av Husbankens tilskuddsordninger etter 1994. Gode botilbud som er tilpasset fremtidens brukergrupper og moderne og godt utstyrte lokaler som letter arbeidsforholdene for ansatte, er avgjørende både for å øke effektiviteten, redusere driftskostnadene og for å sikre rekrutteringen til en arbeidsintensiv sektor i møte med morgendagens utfordringer.

Deretter må fokus i denne perioden være å planlegge for en betydelig utvidelse av kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser før den sterke veksten i tallet på de eldste eldre setter inn om 5-10 år. For ikke å komme på etterskudd, må denne utbyggingen planlegges og startes opp nå om tilbudet skal være klart til å møte de store demografiske endringene vi står overfor fra 2025 og framover.

En slik strategi vil også kunne legge grunnlaget for en mest mulig jevn utbyggingstakt, slik at ikke alle utbyggings- og moderniseringsoppgavene hoper seg opp de siste årene før 2030, med de følger det kan ha både for kostnader og trykk i byggemarkedet.

De økonomiske insentivene i Husbankens tilskuddsordning skal utformes slik at de understøtter denne hovedstrategien. Det betyr at ordningens tilskudd for utskifting og

fornyelse avsluttes etter en overgangsperiode i 2017-2020, og at innsatsen deretter konsentreres om å bygge flere plasser når behovet for kapasitetsvekst øker fram mot 2030.

5.3 Investeringsramme 2017-2020

For 2017 er det foreslått en investeringsramme tilsvarende om lag 1 800 heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger.

Kommunenes plantall jf KS sin undersøkelse innebærer bygging eller fornyelse av 2.200 heldøgns omsorgsplasser pr år i perioden 2016-2019, hvorav nesten halvparten til utskifting og fornyelse og den andre halvpart som tilvekst av nye plasser. Under forutsetning av jevn utbyggingstakt fram mot 2030, vil vi med utgangspunkt i SSBs oppdaterte framskrivning og KS sin undersøkelse ha et gjennomsnittlig årlig investeringsbehov på pluss/minus om lag 2500 plasser pr år, noe lavere i begynnelsen og høyere i slutten av perioden.

På den bakgrunn vil et rimelig anslag til en investeringsramme for 2018 være i størrelsesorden 2.000 - 2.500 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, med mulighet for å justere rammen i løpet av året, om søknadsinngangen til Husbanken tilsier det.

5.4 Framtidas brukere

Sykehjem og omsorgsboliger som bygges eller moderniseres må utformes slik at de først og fremst møter framtidens ulike brukere sine behov og preferanser. Det krever et mangfold av ulike boformer og løsninger, og bedre verktøy for å kartlegge de ulike brukergruppens behov. Småskala botilbud med lokaler som en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, i tråd med anbefalingene i Omsorg 2020, ser ut til å gi de beste forutsetningene for de fleste brukergrupper med heldøgns omsorgsbehov. Byggene bør ha tydelig skille mellom privatareal og fellesareal, og legge forholdene godt til rette for beboerens familie og sosiale nettverk.

5.5 Utredning av heldøgns omsorg

Heldøgns omsorg er blitt et samlebegrep for svært ulike tilbud til ulike brukergrupper. Det eksisterer ingen felles forståelse eller definisjon av begrepet, noe som oppleves som et problem når det benyttes i statistikk, brukes som betegnelse på botilbud eller brukes til økonomiske formål.

KS og departementet vil derfor som en del av det videre plansamarbeidet utrede og drøfte nærmere bruken og forståelsen av begrepet heldøgns omsorg. Det er naturlig å knytte begrepet til kjennetegn og omfang av det tjenestetilbudet som blir gitt den enkelte.

5.6 Evaluering, forskning og innovasjon

Det foreligger et stort forskningsbehov på området. Det bør resultere i konkrete forsknings-, innovasjons- og utviklingsoppdrag blant annet om flg tema:

1. Kommune og stat har de siste årene investert mer enn 100 mrd kr i fornyelse og utbygging av sykehjem og omsorgsboliger, uten at vi har evaluert hvordan de nye institusjonene og omsorgsboligene fungerer for de som bor og arbeider der, og for pårørende og lokalmiljøet. En slik evaluering og bør ligge til grunn for videre planlegging og utbygging. Temaet er lagt inn som en del av evalueringsprosjektet for Omsorg 2020 (Forskningsrådet), som også bør vurdere investeringsordningens treffsikkerhet i møte med kommunenes behov.
2. Det foretas en nærmere gjennomgang og status av eksisterende bygningsmasse som gir et bedre grunnlag for å vurdere utskiftings- og fornyelsesbehovet både i forhold til bygningsmessige, tekniske, boligmessige, arbeidsmiljømessige og helse- og omsorgsfaglige krav, jf KS sitt FOU-prosjekt.
3. Sammenhengen mellom arkitektur, teknologi og tjenesteutvikling er sentralt. Vi har mange som forsker på arkitektur og teknologi, og en del som driver tjenesteforskning på helse- og omsorgsfeltet, men svært få undersøkelser som kombinerer dette. Vi trenger derfor mer tverrvitenskapelig forskning på dette feltet, som belyser hvordan arkitektur og teknologi påvirker og legger rammene for utformingen og drift av tjenestetilbudet og motsatt. Blant annet bør en se nærmere på om store sentrale eller små lokale institusjoner og boliganlegg fungerer best sett både fra brukernes, de pårørende og de ansattes side og vurdert ut fra driftsøkonomiske forhold.
4. En evaluering av kvalitet og resultater for den enkelte pasient/beboer vil være sentralt for planleggingen av hvordan bygningsmasse og boforhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal tilrettelegges i framtida.

5.7 Økonomiske og administrative konsekvenser

En plan som i første omgang strekker seg til 2020 med en årlig investeringsramme på gjennomsnittlig 2.000 til 2.500 heldøgns omsorgsplasser pr år, innebærer finansiering av 8.000-10.000 plasser på fire år. Med dagens tilskuddssatser og 50/50 fordeling på sykehjem og omsorgsboliger innebærer dette et samlet investeringstilskudd på om lag 13-16 mrd kr, mens investeringen for kommunene totalt vil komme på om lag 25-32 mrd kr., dersom anleggskostnadene ligger på 3,150 mill kr pr. plass (jf maksimalt godkjent anleggskostnad)

Det bør utover dette settes av et beløp tilsvarende 0,34 pst. av investeringstilskuddet som kan disponeres i samarbeid med Husbanken/KS/Forskningsrådet til forsknings-, innovasjons- og utviklingsformål i tråd med de problemstillinger og tema som er skissert ovenfor.

Litteratur og referanser

Alvsvåg, Herdis, Oddvar Førland og Frode F Jacobsen (red) (2014) Rom for omsorg?
Fagbokforlaget

Borgan, Jens-Kristian (2012): Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010. SSB-rapport 10/2012.
Statistisk Sentralbyrå

Borge, Lars Erik og Marianne Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i
institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk
forskning.

Brevik, Ivar (2010) De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og
status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2. Norsk
Institutt for by- og regionforskning.

Brevik, Ivar (2015): Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge
funksjonshemmede med tjenester. Rapport 2014:1. Brelanta Analyse.

Daatland, S.O. et. al (1997). De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-1995.
NOVA-rapport 22/1997.

Daatland, Svein Olav (red) (2014): Boliggjøring av eldreomsorgen? Rapport nr 16/14.
Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Daatland, Svein Olav og Berit Otnes (2015): Skandinaviske trender i eldreomsorgen.
Institusjon eller omsorgsbolig? Samfunnsspeilet 3/2015. Statistisk Sentralbyrå

Dalsbø TK, Kirkehei I, Dahm KT. Effekten av botilbud til mennesker med demens. Notat
2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Elnan, Kåre (2011): Scenarieanalyse 2010-2020. Boligbehovet i Norge. Prognosesenteret på
oppdrag fra Boligprodusentenes forening

Gonzalez, T. Marianne & Kirkevold Marit (2014): Benefits of sensory garden and
horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of Clinical
Nursing* 23, 2698-2715.

Haugan, Gørill; Ruth Woods; Karin Høyland og Øyvind Kirkevold (2015): Er smått alltid
godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus om botilbud. SINTEF Byggforsk. SINTEF
akademisk forlag.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): Helsebygg i Noreg – ei historisk oversikt.
Lanskapsverneplan for helsesektoren
- Henriksen, Nina, Kurt Møller og Mary-Ann Knudstrup (2007) Trivsel og boligform.
Litteraturgennemgang. Aalborg Universitet. Utarbeidet for den danske Servicestyrelsen.
- Holmøy, Erling, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes (2016): Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060. Rapport 2016/20. Statistisk Sentralbyrå
- Husbanken (2015): Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Se <http://nedlasting.husbanken.no/File/8b18.pdf>
- Høyland, Karin og Silje Strøm Solberg (2015): Fremtidens omsorgsplasser – Erfaringer fra ulike omsorgstilbud. SINTEF Byggforsk
- Kommunesektorens organisasjon KS (2014): Pleie og omsorg. Færre bor på institusjon – flere mottar hjelp hjemme. Kommunene og norsk økonomi. Nøkkeltallsrapport 2014
- Kommunesektorens organisasjon KS (2015): Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser
- Kommunesektorens organisasjon KS (2016): Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser – fremtidens behov.
- Landmark, Brynjar, Ingvild Kirkehei, Kjetil Gundro Brurberg, Liv Merete Reinart (2009): Botilbud til mennesker med demens. Rapport Nr 11–2009, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Meld. St. 17 (2012-2013) Byggje – bu – leve. Kommunal- og regionaldepartementet
- Multiconsult (2013): Tilstand og vedlikeholdstatus i kommunal og fylkeskommunal bygningsmasse. Tilstandsbarometeret 2013. Kommunal og fylkeskommunal sektor.
- Nordens Velferdscenter (2013): Så bor 80+ i Norden. NVC Nordisk Ministerråd
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet
- NOSOSCO (2015): Social Protection in the Nordic Countries 2013/2014 - *Scope, Expenditure and Financing*. Nordic Social Statistical Committee.
- Pwc (2015): Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur. KS FoU Program for storbyrettet forskning.

Ramm, Jorunn(red)(2013): Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Statistiske analyser 137. Statistisk Sentralbyrå

Romøren, Tor Inge og Borghild Svorken (2003): Velferdsstat og velferdskommune. NOVA-rapport 12/03

Rådgivende Ingeniørers forening (2015): Norges tilstand 2015 – State of the nation.

Socialstyrelsen (2008): Sådan kan du indrette dementes boliger – og begrænse anvendelsen af magt. Odense

Sosial- og helsedepartementet (2002): Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Rapport 01/2002 Publikasjonskode I-0971B

Szebehely, Marta (red) (2005): Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt. TemaNord 2005:508. Nordisk Ministerråd

Sørvoll, Jardar, Christine Martens og Svein Olav Daatland (2014): Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene. Rapport nr 17/14. Velferdsforskningsinstituttet NOVA

VID Vitenskapelige Høgskole og Agenda Kaupang (2016): Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester. KS-FOU

Ældresagen (2013): Byg demensboliger. København