

Planer for et aldrende samfunn?

Bolig og tjenester for eldre i kommunene

JARDAR SØRVOLL,
CHRISTINE MARTENS & SVEIN OLAV DAATLAND



RAPPORT
NR 17/14

Planer for et aldrende samfunn?

Bolig og tjenester for eldre i kommunene

JARDAR SØRVOLL
CHRISTINE MARTENS
SVEIN OLAV DAATLAND

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 17/2014

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er fra 1. januar 2014 et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus 2014

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-532-2

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-533-9

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Illustrasjon: Gustav Vigeland. Motiver i smijernsport © Vigeland museet/Bono 2014
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

NOVA, HiOA
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 67 23 50 00
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Denne rapportens opphav er et Husbankfinansierte forskningsprosjektet utlyst med tittelen *Klare for eldrebølgen? – Planlegging og utvikling av boliger og tjenestetilbud for eldre i norske kommuner*. Prosjektet er gjennomført i perioden 1.8-28.11.2014 av prosjektleder Jardar Sørvoll (forsker II), stipendiat Christine Thokle Martens og forsker I Svein Olav Daatland. Sørvoll er hovedforfatter på kapittel 1, 4, 5 og 6, Daatland er hovedforfatter på kapittel 2, Martens har skrevet kapittel 3 samt bidratt med tekst og redigering i de andre kapitlene. Alle prosjektmedarbeiderne har også lest og kommentert på hverandres utkast. Prosjektleder vil benytte anledningen til å takke Martens og Daatland for et hyggelig og lærerikt samarbeid.

Prosjektet hadde også en referansegruppe bestående av Hans Christian Sandlie (forsker II, NOVA), Marijke Veenstra (forskningsleder og forsker II, NOVA), Torstein Syvertsen (Husbanken), Roar Sand (Husbanken), Anne Gamme (KS) og Tale Jordbakke (Pensjonistforbundet). Alle disse takkes for sine bidrag. Torstein Syvertsen fortjener en spesiell takk for sine faglige innspill underveis i arbeidsprosessen.

Hans Christian Sandlie og Marijke Veenstra takkes for å ha kvalitetssikret hver sine deler av rapporten. Øyvind Ustad, kontaktpersonen i Husbanken, takkes for et godt og hyggelig samarbeid.

Til sist vil vi gjerne takke informanter fra fire kommuner: Skedsmo, Sveio, Trøgstad og Marker.

Prosjektleder, Jardar Sørvoll

NOVA/Høgskolen i Oslo og Akershus, november 2014.

Innhold

| | |
|---|-----|
| Sammendrag | 7 |
| 1 Bolig- og tjenestepanlegging for et aldrende samfunn | 13 |
| 1.1 Bakgrunn | 13 |
| 1.2 Forskningsspørsmål | 16 |
| 1.3 Tjenestetilbud | 16 |
| 1.4 Boligforsyning og boligmasse | 19 |
| 1.5 Nasjonale veivalg | 23 |
| 1.6 Data, metode & teori | 24 |
| 1.7 Mer om kommuneutvalget | 26 |
| 1.8 Tidligere forskning og rapportens bidrag | 27 |
| 1.9 Disposisjon | 28 |
| 2 Bolig, eldreomsorg og samfunnets aldring i norske kommuner | 29 |
| 2.1 Fra Strømutvalget til 1980-tallet | 29 |
| 2.2 Boliggjøring av eldreomsorgen 1992–2014 | 32 |
| 2.3 Boliger og begreper | 33 |
| 2.4 Lokale variasjoner | 37 |
| 2.5 Det aldrende samfunn: en kort oversikt over alle kommunene | 45 |
| 2.6 De 30 utvalgte kommunene | 49 |
| 3 Demografi, eldreomsorg og boligmarked i 30 norske kommuner | 53 |
| 3.1 Samfunnets aldring: Er det forskjell på små, mellomstore og store kommuner | 53 |
| 3.2 Dekningsgrader i omsorgstjenestene | 58 |
| 3.3 Bygging av nye omsorgsplasser | 60 |
| 3.4 Boligmarkedets betydning: Bygningsmassen i kommunene og universell utforming | 63 |
| 3.5 Hvem har bygget nye omsorgsplasser? | 66 |
| 3.6 Avslutning: nåsituasjonens betydning for planlegging | 69 |
| Tabellvedlegg, kapittel 3 | 70 |
| 4 Tjenestetilbud | 73 |
| 4.1 De ti største kommunene | 73 |
| 4.2 Ti mellomstore kommuner | 85 |
| 4.3 Ti små kommuner | 93 |
| 4.4 Sentrale tema i lys av planene og supplerende kilder | 100 |
| 4.5 Hvor store er utfordringene? Og tar kommunene dem på alvor? | 100 |
| 4.6 Konflikt om veivalg? Sykehjem vs. Omsorgsboligtilhengere? | 103 |
| 4.7 Sykehjemmene og omsorgsboligenes funksjon | 108 |
| 4.8 Sammenfatning | 109 |

| | |
|---|-----|
| 5 Boligforsyning og boligmasse | 111 |
| 5.1 Boligmarked, boligpolitikk og eldreomsorg | 111 |
| 5.2 Planene og boligpolitikken rettet mot eldre | 118 |
| 5.3 Tilpasning av eksisterende boligmasse | 122 |
| 5.4 Boligforsyningen og samfunnets aldring | 126 |
| 5.5 Oppsummering og utdypning: målsettinger uten virkemidler? | 132 |
| 6 Eldreomsorg, boligforsyning og samfunnets aldring: Veien videre | 137 |
| 6.1 Rapportens funn i korte trekk | 137 |
| 6.2 Veien videre for politikken: Hva bør staten (herunder Husbanken) gjøre? | 140 |
| 6.3 Veien videre for forskningen: Hvor er kunnskapshullene? | 145 |
| Summary | 147 |
| Litteratur | 149 |
| Kommuneplaner og liste over intervjuer | 154 |
| Muntlige kilder / Intervju | 159 |

Sammendrag

I denne rapporten kartlegger vi tretti norske kommuners planlegging av bolig- og tjenestetilbudet for eldre i lys av samfunnets tiltagende aldring frem mot 2040. Prioriterer kommunene sykehjem, omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester i fremtiden? Hva planlegger kommunene å gjøre for å tilpasse nye og gamle boliger til den forventede veksten av personer over 67 og 80 år? Disse spørsmålene er rapportens hovedproblemstillinger.

Rapportens empiriske grunnlag er statistikk fra KOSTRA, kommunale planer for tretti kommuner og dybde-intervjuer i fire kommuner: Marker, Trøgstad, Skedsmo og Sveio. De tretti kommunene i utvalget ble trukket ut på bakgrunn av både substansielle og praktiske hensyn og inkluderer de ti største kommunene i landet, ti kommuner med mellom 5 000 og 30 000 innbyggere og ti kommuner med under 5 000 innbyggere.

Bolig- og tjenstedekning i det aldrende samfunnet: en kunnskapsoversikt

Kapittel 2 og 3 gir en kunnskapsoversikt og utgjør en viktig bakgrunn for analysene av de kommunale planene i kapittel 4 og 5. I kapittel 2 presenteres et bilde av variasjonene i den forventede demografiske utviklingen frem mot 2040, samt en oversikt over sykehjem-, omsorgsbolig- og hjemmetjenestedeckningen for personer over 80 år i alle norske kommuner. Den historiske bakgrunnen for den såkalte «boliggjøringen» av norsk eldreomsorg blir også kort skissert i dette kapitlet. I kapittel 3 presenteres dernest de demografiske prognosene, grunntrekk ved boligmarkedet, samt sykehjem-, omsorgsbolig-, og hjemmetjenestedeckningen i våre tretti utvalgte kommuner.

Det ideologiske grunnlaget for en boliggjøring, eller i det minste en boligdreining, av eldreomsorgen ble formulert av Gjærevollutvalget i 1992 (NOU 1992:1). Boligdreiningen i den norske eldreomsorgen var imidlertid mindre enn den var i Sverige og Danmark, som tidlig på 1990-tallet avviklet institusjonsomsorgen så å si med et pennestrøk, og fra nå av regulerte sine beskyttede bo- og omsorgsformer som boliger. I Sverige gikk dette under betegnelsen «särskilt boende» eller «äldre-boende», i Danmark under

betegnelsen «ældreboliger» og senere også «plejeboliger». Bare Norge fortsatte under to «regimer», et sykehjemsregime og et omsorgsbolig- og hjemmetjenesteregime. Sykehjemmene dominerer fortsatt den norske eldreomsorgen i den forstand at nær 3/4 av ressursene (utgiftene) brukes til sykehjem.

Norske kommuner forvalter per i dag ca. 28 500 omsorgsboliger del-finansiert gjennom Husbankens tilskuddsordning etter 1994. Noen store byer har også etablert Omsorg+, dvs. døgnbemannede omsorgsboliger med tilbud om felles måltider. Disse boligene har av noen blitt omtalt som «det nye aldershjemmet». Dekningen av både sykehjem og omsorgsboliger er høyest i små kommuner og faller med stigende folketall, og viser en sterk sammenheng med kommuneøkonomien. Selv etter kontroll for økonomi, står folketallet fram som en viktig forklaringsfaktor både for boligvolum og boligorientering. Hvorfor det er slik, er ikke innlysende. En forklaring kan være at boligstandarden er bedre i store byer og gir mindre behov for kommunale investeringer i omsorgsboliger.

Mellom 2014 og 2040 kommer andel personer over 80 til å øke fra 4,3 til 7,2 prosent. Samfunnets aldring vil imidlertid fortone seg på forskjellige måter fra kommune til kommune. Det er de mellomstore kommunene med mellom 5 000 og 30 000 innbyggere som vil oppleve den sterkeste relative veksten i antall eldre frem mot 2035. Alt i alt er de ti største kommunene utpregede sykehjemskommuner. De mellomstore utvalgskommunene varierer mye med hensyn til bolig- og tjenesteprofil i eldreomsorgen: noen har til nå satsset på sykehjem, og andre har primært prioritert omsorgsboliger.

Tjenestetilbud: Planlegging av kommunale bolig- og tjenestetilbud for eldre

I kapittel 4 drøfter vi de tretti utvalgskommunenes planer i eldreomsorgen. Først og fremst spør vi om kommunene satses på sykehjem, omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester i fremtiden? Med utgangspunkt i planene undersøker vi også omsorgsboligenes og sykehjemmenes funksjon og begrunnelsene for kommunenes veivalg i eldreomsorgen.

Omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester er de store satsingsområdene i de store kommunenes planer framover, med mulig unntak av Fredrikstad og Bergen. Det må ikke forlede oss til å tro at sykehjemmet som institusjon er på

vei ut i de store kommunene. Tvert imot er det lite som i dag taler for en storstilt nedtrapping av sykehjemstilbudet frem mot 2030. Hvis strategiene i kommunenes planer følges opp, vil riktignok sykehjemsdekningen falle i takt med økningen i antall personer over 80 år frem mot 2040. Planverket til alle de mellomstore kommunene – uavhengig av tidligere prioriteringer i eldreomsorgen – peker på en satsing på hjemmetjenester i kombinasjon med omsorgsboliger i årene som kommer. Også blant de ti minste kommunene er det mange som ønsker å gi forrang til omsorgsboliger/hjemmetjenester over institusjoner.

Planene signaliserer også at brorparten av kommunene er i ferd med å omdanne sine sykehjem til mer av et korttidstilbud. Denne prosessen har pågått i lang tid, men har skutt ytterligere fart som en konsekvens av Samhandlingsreformens krav om at kommunene skal ta et større ansvar for medisinsk behandling. Omsorgsboligenes funksjon synes også å være i bevegelse. Planene i mange kommuner tyder på at de i økende utstrekning vurderes som et alternativ, og ikke kun et supplement, til sykehjem. Dette gjelder spesielt de bemannede omsorgsboligene, som også er tenkt som et alternativ til sykehjem for eldre med store pleiebehov. I flere kommuner, for eksempel Oslo og Bergen, satses det på Omsorg+ konsepter, dvs. omsorgsboliger med heldøgnsbemanning.

Veivalgene i utvalgskommunenes eldreomsorg begrunnes med henvisning til en kombinasjon av «ideologi, økonomi og behov/preferanser». Administrasjonen i kommunene argumenterer med at omsorgsboliger og hjemmetjenester er mer kostnadseffektivt enn institusjoner, og samtidig i tråd med eldres egne ønsker og idealet om «aktiv omsorg». I svært mange av utvalgskommunenes planer vises det også til et ønske om å prioritere folkehelsearbeid og forebygging. Tanken er at dette kan redusere behovet for ressurskrevende institusjoner og omsorgsboliger på sikt.

Boligforsyning og boligmasse: Planlegging av boligtilbudet for eldre

I kapittel 5 diskuteres utvalgskommunenes planer for den nye og gamle boligmassen i lys av samfunnets aldring: Er kommunene bevisst på betydningen av boligpolitikk og boligmarked for eldreomsorgen? Finnes det et eldre- og

eldreomsorgsperspektiv i utbyggingspolitikken? Hva planlegger kommunene å gjøre for å tilpasse den eksisterende boligmassen til veksten i antall eldre?

Det er gode grunner for å hevde at en kommunal boligpolitikk som legger til rette for fortetting og nye boligområder i sentrale strøk kan gi viktige bidrag til en mer effektiv eldreomsorg. Blant annet ligger det en effektivitetsgevinst i at eldre og «godt voksne» flytter til universelt utformede leilighetskomplekser med heis i sentrale deler av en kommune. Det kan bidra til kortere reisevei for de ansatte i hjemmetjenestene, samt redusere behovet for å etablere nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kommuner som lykkes i å etablere samarbeid med private selskaper som bygger boliger rettet mot eldre, vil også kunne spare store penger på kommunale budsjetter i form av redusert behov for omsorgsboliger. Endelig kan bruk av velferdsteknologi og andre former for boligtilpasning bidra til at eldre kan bo lenger i egen bolig, og dermed utsette og redusere behovet for heldøgnsomsorgsplasser. En gjennomgang av de kommunale planene for boligpolitikk viser at de ti største kommunene har klart størst fokus på sammenhengen mellom boligpolitikk og eldreomsorg i sine planer. Disse kommunenes planer har også klart flere forslag og strategier for temaer som velferdsteknologi, boligtilpasning og utbyggingspolitikk i et eldre- og eldreomsorgsperspektiv.

Mange planer argumenterer for samarbeid mellom kommuner og boligprodusenter om privatfinansierte leiligheter med fellesarealer og god tilgjengelighet for de over 55 eller 60 år. Samarbeid med private om bygging av seniorleiligheter handler imidlertid ikke kun om å tilfredsstille seniorennes preferanser, men har også økonomiske hensyn. Slik sett minner ambisjonene om å legge til rette for privatfinansierte eldreboliger om Bergen og Oslos forsøk på offentlig-privat samarbeid på leiemarkedet. Begge kommunene er åpne om at samarbeidet med private på leiemarkedet i stor grad er motivert ut i fra ønske om å avlaste kommunen for oppgaver og spare penger på budsjettet.

Samlet sett er boligplanlegging for eldre et politikkområde med uforløst potensial. Selv om en gjennomtenkt boligpolitikk antagelig kan føre til store besparelser i eldreomsorgen, er ikke det ordinære boligtilbudet for eldre et prioritert område i praksis. Dette kan skyldes at mange strategier og tiltak på dette området er i startgropa eller på skissestadiet. Det kan innebære at boligtilpasnings- og utbyggingspolitikken rettet mot eldre vil finne sin form

og bli mer kraftfull etter hvert som årene går. Alternativt kan eldreboligplanleggingens uforløste potensial være et produkt av dagens norske boligpolitikk.

Veien videre for forskningen og politikken

I kapittel 6 oppsummerer vi kort rapportens funn og konklusjoner og skisserer mulige veier videre for politikken og forskningen knyttet til Eldres bolig- og tjenestetilbud. Kapitlet gir også en drøfting av kunnskapshull som bør tettes av hensyn til informasjonsgrunnlaget for den offentlige debatten om bolig- og tjenestetilbudet for eldre. Blant annet er det behov for en bred kunnskaps-oversikt over omsorgsboligene og sykehjemmenes funksjon i kommunenes eldreomsorg. En kvalitativ studie som går mer detaljert inn i kommunenes utfordringer og overveielser, vil kunne gi økt og ny kunnskap om kommunenes planlegging av bolig- og tjenestetilbudet for eldre. I tillegg er det lite oversikt over hva som finnes av private alternativer til de kommunale omsorgsboligene, og hvem som benytter seg av disse boformerne. Representantene for kommunene vi intervjuet har ingen oversikt over slike boliger. Vi vil også hevde at vi vet for lite om boligpreferansene til dagens seniorer (60 pluss) og eldre. Brevik og Schmidts grundige studie er fra 2005. Dermed synes det åpenbart at det er behov for ny kunnskap på dette feltet.

1 Bolig- og tjenestepanlegging for et aldrende samfunn

I denne rapporten drøftes og kartlegges kommunenes panlegging av bolig- og tjenestetilbudet i lys av den forventede veksten i antall eldre fram mot 2040: På hvilke måter preger samfunnets tiltagende aldring panleggingen av bolig- og tjenestetilbudet i kommunene? I hvilken grad forsøker kommunene å tilpasse boligtilbudet til de forventede preferansene og behovene i et aldrende samfunn? I hvilken grad legger kommuner opp til at flere eldre kan motta assistanse i eget hjem, for eksempel gjennom implementering av velferdsteknologi? Panlegger kommunene å prioritere sykehjem eller omsorgsboliger og hjemmetjenester i fremtiden? Dette er sentrale spørsmål i det som følger.

I tillegg vil vi drøfte bolig- og tjenestene rettet mot eldre og deres relevans for regjeringens kommunereform, samt spørre hva staten (herunder Husbanken) kan gjøre for å assistere kommunene i arbeidet med å panlegge bolig- og tjenestetilbud for eldre fram mot 2040.

Rapportens datagrunnlag består hovedsakelig av KOSTRA-tall, kommunale planer og intervjuer i utvalgte casekommuner. Hele universet av norske kommuners tjenestetilbud til eldre (sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester) dokumenteres og diskuteres gjennom studier av tilgjengelig statistikk. For å avdekke tendenser i kommunenes fremtidige prioriteringer i eldreomsorgen og boligpanleggingen, analyseres videre kommunale omsorgs-, helse- og boligplaner i tretti kommuner – de ti største, ti mellomstore og ti små. Vi har endelig gjennomført semi-strukturerte intervjuer i fire kommuner: Marker, Trøgstad, Skedsmo og Sveio.

1.1 Bakgrunn

Det er velkjent at antallet eldre i befolkningen kommer til å øke framover, og allerede i dag opplever de fleste å bli 70 år eller mer (Folkehelseinstituttet, 2013). I 2011 var omkring 15 prosent av den norske befolkningen 65 år eller eldre, i 2040 vil andelen være nærmere 22 prosent. Økningen personer over 80 år forventes å bli liten opp til 2020 og holder seg rundt 220 000 personer (4 prosent), for deretter å øke til 447 000 (8 prosent) personer i 2040 (Veenstra,

2012). Men det er store variasjoner mellom kommuner når det gjelder aldringen av befolkningen. Allerede i dag er det noen kommuner hvor opptil 10 prosent av befolkningen er over 80 år. På den annen side vil andel over 80 år i noen kommuner ikke overstige 4 prosent i 2040 (SSB, 2013).

Begrepet «eldrebølge» har glidd inn i det norske språket som en betegnelse på befolkningens tiltagende aldring. Det synes imidlertid verdt å minne om at økningen av personer over 67 år ikke er en bølge som «skyller inn over verden nærmest som en tsunami» (NOU 2011:11: 25), og skaper krise for velferdsstaten, fremtvinger bestemte politiske løsninger, eller setter i gang strukturelle prosesser som ikke kan påvirkes av menneskelig handling. Det norske samfunnet står overfor en mindre dramatisk aldringsprosess enn mange andre europeiske land, og det er dessuten inne i et «demografisk moratorium»: betydelig vekst i antall eldre over 80 år kommer først etter 2025. Slik Hagenutvalget er inne på, bør derfor det offentlige bruke de neste ti–femten årene til planlegging og forbedring av veksten av personer i den fjerde alderen i årene mellom 2025 og 2040. Innenfor gruppen morgendagens eldre vil det også være mange med økonomiske, sosiale og kulturelle ressurser som kan ta godt vare på seg selv (NOU 2011:11). Endelig er det slik at selv om samfunnets aldring er en stor utfordring vi må forholde oss til, har vi mulighet til selv å velge mange av svarene på utfordringene «eldrebølgen» skaper.¹

Kommunene står relativt fritt til å utforme sin egen bolig- og omsorgspolitikker rettet mot eldre.

Likevel er det mulig å peke på noen allmenne utviklingslinjer som danner et utgangspunkt for rapportens problemstillinger, empiriske undersøkelser og drøftinger. Den kommunale boligpolitikken har gjennomgått to sentrale endringsprosesser de siste 25 årene: overgangen til en «markedsbasert boligforsyning» (Nordahl, 2012a) og det som har blitt betegnet som den «bolig-sosiale vendingen» (Sørvoll, 2011). Den sistnevnte prosessen innebar blant annet at den statlige og kommunale boligsubsidieringen ble gradvis mer rettet mot de mest vanskeligstilte husholdene. Fra og med 1990-tallet ble det et stadig mer sentralt premiss for myndighetene at normalhusholdene, medregnet de eldre, skulle greie seg ved hjelp av egne ressurser på boligmarkedet.

¹ Heretter referer vi primært til «det aldrende samfunnet» eller «aldringen av samfunnet» fremfor «eldrebølgen».

To generelle trekk karakteriserer på sin side endringene i pleie- og omsorgstjenestene de siste 20–25 årene: Avinstitusjonalisering og desentralisering av ansvaret til kommunene. Det førstnevnte viser primært overgangen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester. Fra å være et praktisk tilbud til enkelte brukere har hjemmebasert omsorg utviklet seg til å bli et fullverdig tilbud til flere brukergrupper. Fra og med 2005 brukte norske kommuner om lag like mange årsverk innenfor hjemmebaserte tjenester som de gjorde innenfor institusjonsbasert omsorg (Otnes, 2012). I tråd med Gjærevollutvalgets anbefalinger ble det videre trukket et eksplisitt skille mellom bolig og tjenester i eldreomsorgen fra begynnelsen av 1990-tallet. Ifølge utvalget skulle ansvaret for egnet bopel ligge hos den enkelte, mens kommunene skulle finansiere og iverksette pleie- og omsorgstjenestene (NOU 1992:1). På denne måten understreket både sentrale bolig- og omsorgspolitiske dokumenter at bolig var et personlig ansvar. I sin tur ledet Gjærevollutvalgets utredning til satsingen på Husbankfinansierte omsorgsboliger som et trinn i omsorgstrappen. Utvalgets ønske om at eldre så lenge som mulig bør motta tjenester i en bolig de eier selv, har blitt forsøkt fulgt opp i ettertidens nasjonale og kommunale bolig og omsorgspolitik (Sørvoll, 2011).

Kommunenes bolig- og omsorgspolitik preges også av nasjonalt lovverk og statlige styringssignaler. Norske kommuner har en svær sentral rolle som produsent av velferdstjenester, og sentralmyndighetene har dermed klare målsettinger for deres aktiviteter. Omsorgsplan 2015, som har tjenester til framtidens pleietrengende eldre som ett av sine viktigste satsningsområder, kan forstås som et uttrykk for statens påvirkning av kommunenes omsorgsplanlegging. Et av hovedmålene i Omsorgsplan 2015, og tilgrensende dokumenter, er å gi tilskudd til 12000 omsorgsplasser i perioden 2008–2015 (St.meld. nr 25, 2005–2006). Oppfordring om å utarbeide kommunale omsorgsplaner er et av de statlige virkemidlene som skal stimulere kommunene til å nå dette målet. I St. meld. 25 (2005–2006) ble for øvrig kommunene oppfordret til å styrke den delen av planverket som omhandler pleie- og omsorgssektoren, noe som også gjenspeiles i de årlige embetsoppdragene til fylkesmennene som pålegger dem å sørge for at framtidens omsorgsutfordringer blir satt på dagsorden i kommunal planlegging. Følgelig er kommunene blitt sterkt oppfordret til å fokusere på utfordringene som er beskrevet i omsorgsplan 2015.

1.2 Forsknings spørsmål

I avsnittene 2.1 presenteres rapportens viktigste problemstillinger og deres politiske, historiske og samfunnsmessige bakgrunn. Vi har valgt å dele rapportens tema og forskningsspørsmål opp i tre områder eller felt: tjenestetilbud, boligforsyning og boligmasse, og nasjonale veivalg. Mest sentrale i rapporten er de to første områdene – tjenestetilbud og boligforsyning/boligmasse. De politiske valgene foretatt på ett av disse feltene kan få store konsekvenser for utviklingen på det andre feltet. En satsing på universell utforming og tilrettelegging av boliger for eldre kan for eksempel redusere behovet for kommunale omsorgstjenester, omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Ifølge Sandlie oppgir en av ti eldre med funksjonsnedsettelse som ikke bor i en tilrettelagt bolig, at de ønsker en bedre tilpasning av egen bolig (Sandlie, 2013). Dermed kan både omsorgspolitiske hensyn i det aldrende samfunnets tidsalder og de eldres egne preferanser begrunne en kommunal satsing på tilrettelegging av boliger.

1.3 Tjenestetilbud

Forsknings spørsmålet som belyses under overskriften «tjenestetilbud» er hovedsakelig følgende: Legger man opp til at flere eldre kan motta assistanse i eget hjem og få boliger med tilpassede løsninger? Eller er fortsatt hovedvekten av innsatsen rettet mot bygging av flere sykehjemsplasser? Det spørres videre om hvorvidt kommunene prioriterer sykehjem, omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester i fremtiden? Et interessant spørsmål i den sammenheng er i hvilken utstrekning kommunenes valg på dette området er begrunnet med økonomiske eller ideologiske hensyn?

Nyere forskning dokumenterer stor lokal variasjon i den kommunale eldreomsorgen. Den viser at små distriktskommuner gjennomgående har høyere dekning av sykehjem enn andre kommuner. (Hermansen, 2009, Huseby og Paulsen, 2009, Gautun og Hermansen, 2011, Hagen m.fl., 2011, Hjelmbrekke m.fl., 2011, Daatland og Veenstra, 2012). I flertallet av norske kommuner er det også slik at institusjonsomsorgen disponerer brorparten av eldreomsorgens budsjettmidler – i gjennomsnitt rundt 70 prosent – selv om prioriteringen av hjemmebaserte tjenester riktignok er relativt sett sterkere i større kommuner (Daatland og Veenstra, 2012). Som berørt i 1.2 er vekst i de hjemmebaserte tjenestene også i pakt med det politiske flertallets ønsker siden

1990-tallet. Et sentralt premiss for Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) og Handlingsplanen for eldreomsorgen (St. meld. nr 50, 1996–1997) var at offentlig hjelp til eldre i størst mulig grad skulle «gis i eget hjem, det være seg i vanlige boliger eller i tilrettelagte boformer, kalt omsorgsboliger» (Otnes, 2012: 62). Målet var dels å spare ressurser, dels en tanke om at avinstitusjonalisering var et skritt mot en mer verdig eldreomsorg, dels å tilpasse kommunenes omsorgstjenester til en mer velstående og friskere eldregruppe (jf. kapittel 2).

Tidligere forskning forteller oss imidlertid lite om avveining mellom hjemmetjenester, sykehjem og omsorgsboliger i kommunenes planlegging for fremtiden. Disch og Vetviks (2009) undersøkelse av 232 kommuners prioriteringer i eldreomsorgen frem mot 2015 er riktignok av interesse. Et sentralt funn i deres survey er at hele 84 prosent av respondentene oppgir at de vil prioritere hjemmebaserte tjenester «mye høyere» eller «noe høyere» i fremtiden. På den annen side oppgir 57 prosent av kommunene at de vil opprettholde institusjonsomsorgen på samme nivå «som i dag», 23 prosent svarte at de la opp til en «noe lavere» institusjonsdekning, mens kun 18 prosent av kommunene ønsker en «noe høyere» satsing på sykehjemsplasser i fremtiden. Blant kommunene som nylig hadde vedtatt omsorgsplaner i 2009 prioriterte nær sagt alle hjemmetjenestene framfor institusjonsomsorgen, ifølge Disch og Vetvik.

Flere trekk ved den forventede samfunnsutviklingen kan peke mot en ytterligere styrking av de hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger i fremtiden. Press på kommunale budsjetter og flere eldre med bedre helse og sterkere privatøkonomi styrker tilsynelatende argumentet om at eldre bør bo så lenge som mulig i egen bolig, eventuelt med tilrettelegging og assistanse fra det offentlige (NOU 2011:15). Hjemmebaserte tjenester for eldre synes også fortsatt å ha betydelig ideologisk vind i seilene. Samhandlingsreformen forutsetter at det kommunale tjenesteapparatet tar et større ansvar for medisinsk behandling og derigjennom reduserer behovet for langvarige sykehusinnleggelser. Et av idealene bak reformen synes å være hjemmebaserte tjenester kombinert med sykehjemsopphold av relativt kort varighet (Gautun og Grønningsæter 2012). En sentral offentlig utredning som Hagen-utvalgets *Innovasjon i Omsorg* (NOU 2011:11) fremhever at tjenester i hjemmet er mer kostnadseffektivt enn institusjonsomsorg i et aldrende samfunn.

I en oppfølgingsstudie utført av Vetvik og Disch høsten 2011 svarte riktignok 29 prosent av kommunene at de forventet en vekst i antall sykehjemsplasser frem mot 2015. Det var en klar økning sammenlignet med undersøkelsen de to forskerne gjennomført i 2009. På den annen side svarer hele 61 prosent av kommunene i undersøkelsen at det forventes en økning i antallet omsorgsboliger frem mot 2015 (Vetvik og Disch, 2014). Disse resultatene gjenspeiler at sykehjemmet som institusjon fortsatt står sterkt i norske kommuner, på tross av de siste tjuefem års vektlegging av hjemmetjenester og omsorgsboliger i policydokumenter og vedtak på nasjonalt nivå. På samme tid er de også et uttrykk for at omsorgsboliger og hjemmetjenester fortsatt synes å ha vind i seilene (Daatland, 2014). Romøren og Svorken antyder at det foregår en kamp mellom sykehjemstilhengere og forsvarere av tjeneste- og omsorgsboligmodellen (Romøren og Svorken, 2003). I noen tilfeller støtter kommunepolitikere opp om sykehjemsmodellen, mens rådmannen og hans stab forsvarer omsorgs- og tjenestemodellen av økonomiske og (kanskje også) ideologiske grunner i tråd med nasjonale føringer (Sveio kommune, 15.10.14b, a).

Det er klare juridiske forskjeller mellom sykehjem og omsorgsboliger. Likevel hender det at de praktiske forskjellene mellom dem ikke er spesielt store. Kommunene har relativt stor frihet til å utforme innretningen av sine egne sykehjems- og omsorgsboligtilbud; begge deler er relativt løst regulert, omsorgsboliger enda løsere enn sykehjem. Det finnes for eksempel ingen statlig definert bemanningsnorm for verken institusjoner eller omsorgsboliger (Martens, 2014).

Når det er sagt er det kun sykehjem som er omfattet av «Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). I rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet, heter det at:

En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboere etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. En omsorgsbolig er beboerens eget hjem. (...) Omsorgsboliger er ikke fast bemannede, men beboere vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende» (*Sosial- og helsedepartementet, 1997*).

Omsorgsboliger er dermed underlagt et annet juridisk rammeverk enn sykehjem. Omsorgsboligen reguleres enten av husleieloven, eierseksjonsloven eller borettslagsloven, mens tjenestene som utføres der er «hjemmetjenester» som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven. Slik Martens skriver er imidlertid sykehjemstjenestene, som reguleres av forskriftene for omsorgsinstitusjoner, og hjemmetjenester «i realiteten de samme, men organisert og finansiert på ulike måter». Hun påpeker også med rette, basert på gjeldende lovverk, at eldre «kan motta likeverdig pleie og omsorg i en omsorgsbolig som i et sykehjem» (Martens, 2014).

Innenfor rammen av dette prosjektet blir det spennende å se hvorvidt våre undersøkelser viser en tendens i retning av en enda større satsing på hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger? Planlegger noen kommuner å følge Danmarks eksempel, et land der hjemmetjenester dominerer eldreomsorgen i langt større grad enn i Norge (Daatland og Otnes, 2014)?

Det blir også interessant å se hvorvidt mange kommuner fortsatt planlegger å opprettholde status quo hva gjelder institusjonsdekningen. Er det slik at små distriktskommuner velger annerledes enn større kommuner på dette området? Har kommuner som tidligere har satset tungt på sykehjem i dag besluttet å følge en mer hjemmetjenesteorientert kurs i framtiden? Endelig ser vi på vi hva som er sykehjemmenes og omsorgsboligenes funksjon i kommunene. I hvilken grad omstilles sykehjem fra langtids- til korttidsopphold?

1.4 Boligforsyning og boligmasse

Spørsmål som belyses under dette temaet er: I hvilken grad forsøker kommunene å tilpasse boligtilbudet til de forventede preferansene i et aldrende samfunn? (Brevik og Schmidt, 2005, Ytrehus og Fyhn, 2006, Barlindhaug, 2009, Ruud m.fl., 2013). Hva gjør kommunene for å bidra til at den gamle boligmassen blir mer tilpasset en økning av personer over 80 år? I hvilken grad samarbeider kommunene med private byggherrer i fremskaffelsen av boliger tilpasset eldre?

Under overskriften «boligforsyning og boligmasse» er vi også opptatt av i hvilken utstrekning kommunene benytter velferdsteknologi for å legge til rette for at eldre kan bo lengre i egen bolig. Det synes også relevant å undersøke i

hvilken grad kommunene forsøker å se planleggingen av bolig- og tjenestetilbudet for eldre i sammenheng: Hvor stor er bevisstheten om det aldrende samfunnets betydning for bolig- og tjenesteplanleggingen? Begrunnes eksempelvis satsinger på tilpasning av Eldres egne boliger med hensynet til å redusere behovet for sykehjemsplasser og bemannede omsorgsboliger?

Et sentralt premiss for dette området er overgangen til en «markedsbasert boligforsyning» (Nordahl, 2012c) de siste tretti årene. Fra midten av 1990-tallet spilte norske kommuner «fortsatt en viktig oppgave i den overordnede arealplanleggingen gjennom kommuneplanleggingen og utøvelse av reguleringsautoritet og bygningskontroll, men tomteframskaffelse og detaljplanlegging var overført til private» (Nordahl, 2012b: 27). Selv om all boligbygging er avhengig av kommunal tillatelse, er det private, profitorienterte aktører som i hovedsak bestemmer om, når og hvor det bygges. I lys av denne vendingen mot markedet kan det argumenteres for at det i dag er spesielt vanskelig for politikerne å være «utviklingens herrer» i boligforsyningspolitikken (Sørvoll, 2011).

Med dette utgangspunktet vil vi spørre hva kommunene gjør for å legge til rette for boliger for eldre i den markedssensitive boligbyggingens tidsalder? Vi vil også diskutere kommunenes mulighetsrom i planleggingen av boliger for eldre: eksisterer formålstjenlige virkemidler som i liten grad benyttes av kommunene i dag? I Danmark selger for eksempel noen kommuner tomter til private utbyggere med den forutsetning at de bygger boliger for eldre (Barlindhaug m.fl., 2014). Er en slik dansk løsning innenfor norske kommuners juridiske og økonomiske mulighetsrom?

Et annet viktig poeng som må fremheves i forbindelse med området «boligforsyning og boligmasse», er at seniorenas atferd på boligmarkedet vil ha stor betydning for boligbehovet og boligplanleggingen i kommunene som følge av veksten i aldersgruppene 67 til 80 og 80+ de neste tiårene (NOVA, 2013). Kommunene må imidlertid ta høyde for at preferansene og atferden til aktørene – for eksempel dagens 50- og 60-åringer – i fremtiden er usikre. Ulike undersøkelser viser at en stor andel av morgendagens eldre oppgir at de ønsker å flytte fra sine eneboliger til relativt store leiligheter i nærheten av nåværende bosted. Hvis dagens 50- og 60-åringer gjør alvor av sine oppgitte fremtids-

preferanser, står vi overfor en ny situasjon med store konsekvenser for kommunenes boligplanlegging. Tidligere har eldre i stor grad blitt boende og ønsket å bli boende i sine småhus frem til institusjonsinnleggelse. Det er imidlertid viktig å skille mellom oppgitte preferanser og faktisk atferd: i perioden 2005 til 2012 var det ingen som flyttet sjeldnere enn aldersgruppen 60 til 80 år (Ruud m.fl., 2013, Sandlie, 2013). Det er relativt uforpliktende å svare at man ønsker å flytte til en telefonintervjuer; i praksis kan morgendagens eldre ha gode grunner for å beholde sine eneboliger. Personer over 60 år har gjerne lave boutgifter og kan dermed ha sterke økonomiske insentiver for å bli boende, kanskje spesielt i de mange «små og usikre boligmarkedene» (Nygaard m.fl., 2010, Ruud m.fl., 2013) der prisen på nye leiligheter klart overstiger gamle eneboligers verdi på boligmarkedet. Videre tyder mye på at eldre har en sterk emosjonell tilknytning, ikke bare til bolig, men også til sted. I mange lokale boligmarkeder vil det være vanskelig å finne leiligheter i lokalmiljøene der aldersgruppen 60 til 80 år primært ønsker å bo. En rekke studier viser også at eldre er skeptiske til å bruke opp sin boligkapital, for eksempel på å kjøpe en moderne leilighet, men dette kan riktignok være i ferd med å endre seg i takt med veksten av nye kohorter «moderne eldre» og nye låneprodukter (Barlindhaug, 2009, Sandlie, 2013, Gulbrandsen, 2014).

Det er også mulig, men langt fra sikkert, at atferden til framtidens eldre på boligmarkedet vil variere mer sammenlignet med tidligere generasjoner. Kanskje bør man vokte seg for brede generalisering om boligmarkedsprefransene til morgendagens seniorer? Slagsvold og Solem (2005) antyder at morgendagens eldre kan bli langt mer individualistiske enn sine forgjengere.

Muligens vil også kohortene som de nærmeste årene trer inn i gruppen 60 pluss i større grad enn tidligere gå inn i nye parforhold etter skilsmisse eller ektefelles død? Det vil i så fall bidra til å redusere boligbehovet i kommunene (NOVA, 2013). Det synes også å være rimelig å forvente at atferden til eldre med høy økonomisk, sosial og kulturell kapital i sentrale strøk vil oppføre seg annerledes enn eldre med mindre ressurser i distriktene (Ruud m.fl., 2013). Slik Sandlie påpeker, har kommunene i det hele tatt en utfordring når det gjelder å «etablere en differensiert boligmasse, der gode boliger i gode bomiljø er tilgjengelige for eldre i alle inntektsgrupper» (Sandlie, 2013: 98).

Et siste poeng med relevans for området «boligforsyning og boligmasse» er vekten som legges på velferdsteknologi og tilpasning av den eksisterende boligmassen i sentrale offentlige dokumenter om boligpolitikk og eldreomsorg. Hagen utvalget skriver for eksempel at det offentlige bør prioritere ombygning av den eksisterende boligmassen for å tilpasse den til seniorenens behov. *Innovasjon i Omsorg* taler også varmt for implementeringen av velferdsteknologi som bidrar til at eldre kan bo lengre i egen bolig, reduserer behovet for institusjonsinnleggelse og sparer offentlige budsjettmidler (se også St.meld. nr. 29, 2012–13, Kommunal- og regionaldepartementet, 2013). Hagen-utvalgets vurderinger deles grovt sett av regjeringen og de største opposisjonspartiene. I den rødgrønne regjeringens boligmelding fremheves velferdsteknologi og andre virkemidler, (grunnlån til utbedring, tilskudd til heis, tilskudd til boligtilpasning, universell utforming etc.) som gjør det lettere for eldre å bli boende i egen bolig. Stoltenberg-regjeringen konkluderer i den sammenheng at det ikke er:

... mulig å dekke behovet for egne bustader gjennom bygging av institusjoner og omsorgsbustader alene. [...] Auka tilgjengelighet i eksisterande bustader vil ha positiv verknad på det økonomiske rommet til kommunane. Fleire kan bu lengre heime og det er enklare å yte kommunale tjenester i bustadene» (*Meld. St. 17, 2012–2013: 67*).

I denne rapporten diskuterer vi flere spørsmål knyttet til det aldrende samfunnet, boligpreferanser, boligatferd, boligtilpasning og boligplanlegging: Hva er kommunenes vurdering av fremtidige eldregenerasjoners atferd på boligmarkedet? Forutsetter kommunenes boligplaner at eldre også i framtiden stort sett ønsker å bli boende i sine eneboliger, eller ser de for seg at mange vil fristes av muligheten til å flytte til nye, moderne og seniortilpassede leiligheter? Finnes det systematiske forskjeller mellom små og fraflyttingspregede kommuner og bykommunene på dette området? Er det kun større kommuner med dynamiske boligmarkeder, dvs. der en enebolig relativt enkelt kan byttes i en moderne leilighet, som satser bevisst på å fremme bygging av privatoppførte leilighetskomplekser rettet mot eldre? Satser andre kommuner primært på

tilpasninger, ombygninger og velferdsteknologi i den eksisterende boligmassen? I hvilken grad forsøker kommunene å planlegge for et differensiert boligtilbud som tar hensyn til eldre med ulike preferanser og økonomiske ressurser (Sandlie, 2013)?

1.5 Nasjonale veivalg

I denne rapporten spør vi også hva staten (herunder Husbanken) kan gjøre for å hjelpe kommunene å takle utfordringene, samt undersøke hvorvidt tjeneste- og boligbehovet i et aldrende samfunn blir brukt som en begrunnelse for støtte til regjeringens pågående kommunereform.

Betrakter representanter for kommunene at sammenslåing eller interkommunalt samarbeid er en del av svaret på utfordringer knyttet til eldre, boliger og tjenestetilbud? Hva nevnes i så fall som de konkrete gevinstene av sammenslåing eller samarbeid? Hva kan staten gjøre for å fremme gode bolig- og tjenestetilbud til eldre i fremtiden? Det er spørsmål som vil bli belyst i dette prosjektet på bakgrunn av intervjuene i de fire casekommunene, tidligere forskning, offentlige dokumenter og søk på A-tekst, Retrievers digitale medieovervåkingstjeneste.

Vetvik og Dischs studie fra 2014 nevnt ovenfor sier noe om temaet «kommunereform, tjeneste- og boligplanlegging for det aldrende samfunnet i norske kommuner». Likevel er omfanget av tidligere forskning som er direkte relevant for dette området begrenset. Det som er klart er at den nåværende regjering mener at det økte tjenestebehovet i et aldrende samfunn er en av grunnene til at større administrative enheter er nødvendig i kommunesektoren (Prop. 95 S, 2013–2014). I den seneste tidens offentlige debatt har det videre blitt fremsatt interessante perspektiver på forholdet mellom kommunereform og eldreomsorg. Noen mener at «eldrebølgen» og kommunereformen er to store prosesser som ikke kan løses på samme tid. Dermed må kommunereformen utsettes, har det blitt hevdet. Andre hevder at det ikke finnes noen motsetning av denne art, og at større administrative enheter tvert imot er en forutsetning for å løse det aldrende samfunnets problemer (Aftenposten, 29.09.14).

I denne rapporten drøfter vi argumenter for og mot regjeringens varslede kommunereform i lys av det aldrende samfunnets tjenestebehov. Finnes det

en motsetning mellom kommunereform og «eldrebølge»? Eller er det første snarere en del av løsningen på det sistnevnte? Eller er begge disse oppfatningene lite troverdige?

1.6 Data, metode & teori

Rapportens problemstillinger belyses primært gjennom sammenlignende kvalitative tekstanalyser av fire ulike kommunale planer: kommuneplaner (samfunnsdelen og arealdelen), boligplaner/utbyggingsplaner, samt eventuelle temaplaner som boligsosiale handlingsplaner og omsorgsplaner og kommuneplaner. Avisartikler, offentlige utredninger, stortingsdokumenter og bystyreforhandlinger er også mye benyttede kilder i rapporten. Videre trekkes det på tilgjengelig statistikk (KOSTRA), og analyser av kvantitative data gjennomført i forbindelse med to pågående NOVA-prosjekter: *Resultatevaluering av omsorgsplan 2015* og *Assisted Housing and User Pathways: Risks and Promises*. Endelig er rapporten basert på intervjuer med rådmenn og/eller kommunalsjefer i fire kommuner: Marker, Skedsmo, Sveio og Trøgstad.

Rapportens hovedproblemstillinger besvares ved hjelp av analyser av planer fra 30 kommuner stratifisert etter størrelse: de ti største kommunene, ti mellomstore kommuner med mellom 5 000 og 30 000 innbyggere og ti små kommuner med under 5 000 innbyggere. På denne måten ønsker vi å fange inn mye av variasjonene i Kommune-Norge, hva gjelder utfordringene knyttet til samfunnets aldring og veivalgene foretatt i planleggingen av bolig- og tjenestetilbud til eldre. Små kommuner med store avstander utgjør over halvparten av alle kommunene i Norge og har gjerne høy ressursinnsats og særlig høy institusjonsdekning. Mindre kommuner har gjerne også lite varierte og «små usikre» boligmarkeder. I slike boligmarkeder vil det av flere årsaker være vanskelig for eldre å flytte fra en gammel enebolig til en eldretilpasset leilighet (Nygaard m.fl., 2010, Nygaard, 2012). I storbyene er utfordringene knyttet til boligforsyning og tjenesteyting mye mer sammensatte blant annet på grunn av tilflytting og store demografiske variasjoner. Som følge av arbeidsinnvandring vil prosentandelen eldre i fremtiden være mindre i storbykommunene enn de fleste andre steder.

Vurderingene av kommunenes planlegging av tjenestetilbudet for eldre i rapporten baseres på analyser av plandokumentdata som allerede foreligger fra

NOVA-prosjektet *Resultatevaluering av omsorgsplan 2015*. I regi av dette prosjektet har et utvalg av kommuner blitt vurdert på nærmere 50 indikatorer, inklusiv antall brukere og kommunenes tilbud av hjemmetjenester, behov for utvidelse av sykehjemstilbud ol. Disse dataene er brukt som grunnlag for å vurdere hvor bevisst kommunene jobber med planleggingen av tjenesteyting til en aldrende befolkning. Utvalget av de 20 små og mellomstore kommunene i dette prosjektet vil derfor trekkes fra kommunene allerede trukket ut i omsorgsplanprosjektet.

De kommunale planene er åpenbart en nødvendig inngang for å belyse fremtidsplanene i norsk boligpolitikk og eldreomsorg: her finner vi det offisielle beslutningsgrunnlaget for norske kommuners veivalg på disse områdene. På den annen side er de selvsagt ikke uttømmende kilder; de kan ikke fortelle oss alt vi er interessert i å vite noe om. I den sammenheng bør det advares mot faren for å overfortolke «tomme fraser» eller etteraping av nasjonale dokumenter i planene. Dette understreker viktigheten av å tolke planene i lys av den politiske, historiske og statistiske konteksten skissert i rapporten. Selv om planene legger premissene for politikernes handlinger, er det også viktig å huske på at det kommunestyre og formannskap som fatter beslutningene. Sagt på en annen måte: Det er ikke sikkert at retorikken i planene følges opp i kommunal praksis. Endelig er det primært kommuneadministrasjonens stemme som preger plandokumentene. Planene kan dermed underspille konflikt om sentrale veivalg, og gi liten plass til andre sentrale aktørers oppfatninger. Dermed finnes det flere gode grunner til å supplere planene med annet datamateriale. I dette prosjektet trekker vi, riktignok i begrenset grad, på for eksempel på kvalitative intervjuer, avisartikler og kommunestyredokumenter.

Komparativ kvalitativ tekstanalyse er en metode som er velegnet for å avdekke generelle trekk og særegenheter ved de 30 kommunenes plandokumenter. En innsikt fra diskursanalysen er at det som ikke sies i en tekst, kan være like viktig som det som omtales eksplisitt: fravær av et tema eller en problemstilling kan for eksempel være en indikasjon på manglende innsikt og bevissthet (Mathisen, 1997). En svakhet med kvalitative tekstanalyser i vår sammenheng, er imidlertid at de ikke fanger opp alt som er relevant for å vur-

dere de viktigste aktørene, dvs. kommuneadministrasjonen og kommunepolitikernes, fremtidige intensjoner. For å bøte på denne svakheten suppleres studiene av plandokumentene med fire case studier, basert på strukturerte intervjuer med rådmenn og/eller kommunalsjefer. I disse intervjuene forsøker vi å få mer detaljerte svar på problemstillingene nevnt under punkt 2.1 til 2.3. Slik frembringes blant annet relevant kunnskap om omsorgs- og boligsektorens kobling til den pågående kommunereformen i lyset av en aldrende befolkning.

Endelig benyttes KOSTRA-data fra Statistisk Sentralbyrå for å kartlegge kommunale variasjoner innenfor pleie- og omsorgstjenestene rettet mot eldre. Et omfattende datamateriale av denne karakter er allerede samlet inn i forbindelse med de to pågående NOVA-prosjektene: *Resultatevaluering av omsorgsplan 2015* og *Assisted Housing and User Pathways: Risks and Promises*. Ved bruk av KOSTRA-data vil vi vurdere kommunenes satsing på omsorgsboliger versus sykehjem, samt kartlegge variasjoner på tvers av kommunenes demografi (størrelse, andel eldre), økonomi (frie inntekter) og driftsmessige forutsetninger. Selv om KOSTRA-tallene ikke kan fortelle oss noe om kommunenes planer i fremtiden, gir de en svært god oversikt over nåsituasjonen eller utgangspunktet for kommunenes veivalg, slik de kommer til uttrykk i planene.

1.7 Mer om kommuneutvalget

Våre tretti kommuner er trukket ut med utgangspunkt i både substansielle og praktiske hensyn. Da kommunene ble trukket ut ønsket vi både å fange inn de største kommunene – dvs. der det absolutte antallet eldre er størst i fremtiden – samt case som er mer typiske for de 429 kommunene – dvs. små og mellomstore kommuner. I tillegg tok vi høyde for geografisk spredning, en målsetning om å dekke variasjonene i veivalg i eldreomsorgen blant kommunene, samt forskningspraktiske hensyn.

Vi ble tidlig enig om å velge ut 30 kommuner til case-undersøkelser. De ti største kommunene skulle være med, 10 kommuner med mellom 5.000 og 30.000 innbyggere og 10 kommuner med under 5.000 innbyggere. For å kunne dra nytte av datainnsamling i forbindelse med andre prosjekt, skulle utvalget trekkes blant kommuner som er såkalte omsorgsforsknings-kommuner –

kommuner som har avtaler med de lokale/landsdekkende omsorgsforsknings-sentrene.

Først ble landets 10 største kommuner identifisert. Deretter ble kommunene som inngår i omsorgsforskningskommune-utvalget rangert etter befolkningsstørrelse. Kommunene som har under 5.000 innbyggere ble rangert etter deres dekningsgrad hva gjelder sykehjem og hjemmetjenester for befolkningen over 80 år gamle. Kommunene med hhv høyest og lavest dekningsgrader på de to tjenesteområdene ble trukket ut, samt kommuner som har høy dekningsgrad på begge områdene eller lav på begge områdene. Det samme ble gjort for kommunene med mellom 5.000 og 30.000 innbyggere. Deretter ble det gjort noen justeringer for å sikre at alle landsdeler var representert, samt å sikre at fordelingen mellom høy og lav dekningsgrad ikke var for skjev i forhold til landet som helhet. På denne måten forsøkte vi å fange inn bredden av utfordringene knyttet til eldreomsorgs- og boligplanlegging i norske kommuner (jf. 2.6).

Utvalget ble da:

| Små kommuner | Mellomstore kommuner | Største kommuner |
|----------------|----------------------|-------------------|
| 1234 Granvin | 0122 Trøgstad | 0602 Drammen |
| 1827 Dønna | 1563 Sunndal | 1102 Sandnes |
| 1927 Tranøy | 2030 Sør-Varanger | 1902 Tromsø |
| 0513 Skjåk | 1127 Randaberg | 0106 Fredrikstad |
| 0728 Lardal | 1520 Ørsta | 1001 Kristiansand |
| 0911 Gjerstad | 0125 Eidsberg | 0219 Bærum |
| 1264 Austrheim | 1703 Namsos | 1103 Stavanger |
| 1141 Finnøy | 0427 Elverum | 1601 Trondheim |
| 0119 Marker | 1714 Stjørdal | 1201 Bergen |
| 1438 Bremanger | 1502 Molde | 0301 Oslo |

1.8 Tidligere forskning og rapportens bidrag

I rapporten trekkes det veksler på forskning utført ved sentrale helse-, omsorgs-, bolig- og velferdsforskningsinstitutter som NOVA, Fafo, NIBR og Senter for Omsorgsforskning. Denne rapporten supplerer tidligere forskning på flere måter. For det første presenteres et fyldig oversiktsbilde av sykehjems-, omsorgsbolig- og hjemmetjenestedekningen i norske kommuner. For det andre forsøker vi å vise sammenhengen mellom planleggingen av eldreomsorgen og

den allmenne boligforsyningspolitikken. Det blir i liten grad gjort i den eksisterende forskningen; det vanlige er å behandle eldreomsorgen og boligpolitikken hver for seg. For det tredje dokumenterer vi norske kommuners fremtidsplaner, og diskuterer kommunereformen samt statlige veivalg i lys av samfunnets aldring.

1.9 Disposisjon

Kapittel 2 og 3 har en verdi i seg selv som kunnskapsoversikter over norske kommuners sykehjems-, omsorgsbolig- og tjenstedekning for eldre, men bidrar også med bakgrunnsinformasjon som beriker analysene av planene i kapittel 4 og 5. I kapittel 2 presenteres et oversiktsbilde av variasjonene i den forventede demografisk utviklingen frem mot 2040, samt sykehjem-, omsorgsbolig- og hjemmetjenstedekningen i alle norske kommuner. Den historiske bakgrunnen for den såkalte «boliggjøringen» av norsk eldreomsorg blir også kort skissert i dette kapitlet. I kapittel 3 presenteres så de demografiske prognosene, grunntrekk ved boligmarkedet, samt sykehjem-, omsorgsbolig- og hjemmetjenstedekningen i våre 30 kommuner.

Analysene av de relevante planene i de 30 kommunene gjengis i kapittel 4 og 5. I kapittel 4 presenteres og drøftes kommunenes prioritering mellom omsorgsboliger, sykehjem og hjemmetjenester i fremtiden. Kommunenes politikk for den eksisterende og nye boligmassen drøftes i lys av samfunnets tiltagende aldring i kapittel 5.

I det sjette og siste kapitlet oppsummeres rapportens konklusjoner. Her diskuteres også i korte ordelag hva staten kan gjøre for å hjelpe kommunene med bolig- og tjenestetilbudet rettet mot eldre. Utgangspunktet for denne diskusjonen er analysene av de kommunale planene presentert i kapittel 4 og 5, og kvalitative intervjuer gjennomført med rådmenn og kommunalsjefer i fire kommuner. Her diskuterer vi også koblingen mellom kommunereform og eldreomsorg, og spør hva som taler for og mot kommunesammenslåinger sett fra et eldreomsorgsperspektiv. I kapittel 6 blir det endelig pekt på kunnskaps-hull og lansert forslag til fremtidige forskningsprosjekter.

2 Bolig, eldreomsorg og samfunnets aldring i norske kommuner

«Hjemme så lenge det går» ser ut til å ha vært det rådende idealet for eldreomsorgen nær sagt til alle tider, i det minste siden den første offentlige utredningen om eldreomsorgen i 1955, Strøm-utvalgets «Innstilling fra komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle», oppkalt etter professor i sosialmedisin Axel Strøm, som ledet utredningen og var den ledende forsker på eldreområdet på 1950- og 1960-tallet, da aldersforskningen ble introdusert i Norge. I dette kapitlet skal vi skissere utviklingen i korte trekk, med særlig vekt på dagens mønster og balanseringen mellom en institusjonsorientert og en bolig- og hjemmeorientert tjenestemodell. Hvilken modell er den vanligste, og hva kjennetegner kommuner som har valgt den ene eller andre modellen?

Derneft skal vi se nærmere på det en kan kalle det aldrende samfunnets demografi i norske kommuner. Når kommer veksten i antallet eldre over 80 og 90 år for alvor? Når kommer veksten i gruppen mellom 67 og 80 år? Slike spørsmål besvares i dette kapitlet.

Før vi kommer så langt, skal vi ganske kort skissere utviklingslinjene frem til dagens (delvis) boligjorte eldreomsorg. Plassen tillater ikke å gå i detaljer. Her er det de store linjers riss som må gjelde.

2.1 Fra Strømvalget til 1980-tallet

Strømvalgets innstilling varslet et større og mer direkte statlig ansvar for eldreomsorgen, som inntil da hadde vært et rent kommunalt anliggende. Staten hadde riktignok mer indirekte støttet kommunene ved opprettelsen av en nasjonal alderstrygd i 1937, som frigjorde kommunale ressurser som til da var brukt i fattigforsorgen, og som nå kunne brukes til blant annet eldreomsorg. De kommunale gamlehjemmene var så å si bygget på tuftene av de tidligere fattighusene (Daatland og Solem, 2011).

Eldreomsorgen var ellers fra gammelt av en sak for familien og lokale myndigheter via ordninger som føderåd og legd. Alderstrygda ble gjort

universell og uten behovsprøving i 1959, som bidro ytterligere til å gi økonomisk trygghet til eldre år. For øvrig var eldreomsorgen på denne tida mer eller mindre ensbetydende med aldershjem, som overtok for gamlehjem som den rådende betegnelsen for den såkalte «anstaltsomsorgen» for gamle. Allerede Strøm så for seg at aldershjemmets era snart ville være over, og ville erstattes med mer medisinsk profesjonelle sykehjem på den ene sida, og hjemmebaserte tjenester på den andre, inklusive ulike typer av aldersboliger eller alderspensjonater. Idealene var der, i innstillingen fra 1955, men det skulle ta langt tid før de ble prøvd i praksis i noe større format.

Liknende ideer gjorde seg gjeldende i Sverige, men under en mer saftig og flammende retorikk fra forfatterne Ivar Lo Johansson og Moa Martinsson – begge med røtter i arbeiderbevegelsen – som i allianse med pensjonistorganisasjonene sto fremst i kampen for en verdig eldreomsorg under byggingen av det svenske «folkhemmet». Lo Johansson holdt foredrag landet rundt og skrev bok om «Ålderdoms-Sverige» (Lo-Johansson, 1950), med undertittelen «en stridskrift». Her slo han med myndig penn fast at de gamle fortjente bedre enn å bli stuet bort i gamlehjem og fattigstuer. Dette var «de visna händernas drivhus», «levande likkistor» og «ättestup». Det man trengte var «hemvård» for å kunne bli boende hjemme, og «vårdhem» med verdig omsorg for pleietrengende gamle. Temperaturen var lavere i den norske debatten, men man ville det samme, å ta farvel med fattigforsorgen.

Tanken om å bruke boligpolitikken som et virkemiddel for å bli boende hjemme i eldre år var for Norges del framme allerede før krigen, blant annet i Arbeiderpartiets kvinneorganisasjon, som hadde boligproblemer for eldre til debatt på sin landskonferanse i 1939. Særskilte boligtilbud for eldre var tydeligvis diskutert i store deler av landet. Kvinneforeningen krevde statsstøtte for bygging av boliger for alderstrygdede: «På den måten kunne man skaffe de gamle trivelige egne hjem, og gamlehjemmene kunne bli nytt til de syke og hjelpeløse» (Borgen, 1978: 73). Det hører med til historien at Arbeiderpartiet hadde kommet i regjeringsposisjon i 1936, og at de umiddelbart hadde fremmet en proposisjon om opprettelse av en Statens huslånebank, som den da het. Ingen sosial oppgave var større enn den å gi folket gode boliger (Borgen op cit). Det ble imidlertid ikke til noen større utbygging av eldreboliger på denne tida, og så fulgte krigen med ødeleggelse av boligmassen i mange deler av landet, især i nord, som måtte avhjelpest før eldreboligene igjen kom på dagsorden.

Etter Strøm-utvalget fulgte Staten opp med å gi øremerkede tilskudd til kommunale hjemmetjenester: til hjemmesykepleie i 1959 og til hjemmehjelp i 1969. Husmorvikartjenesten var enda tidligere ute, med et statstilskudd allerede i 1948, men denne tjenesten var først og fremst en hjelp til småbarnsfamilier. Man erfarte i midlertid raskt at her lå et udekket behov også blant eldre. Et større statlig engasjement for eldreomsorgen vokste så fram, veiledet av en bredt oppnevnte Eldreomsorgskomiteen, som kom med fire store utredninger mellom 1964 og 1973. Innstilling III var nettopp om «Boliger for eldre» (1971). Den første innstillingen tok for seg hjemmehjelpen (1966), den andre institusjonsomsorgen (1969) og den fjerde og siste tok et bredere grep om «Eldres helse, aktivitet og trivsel» (1973). Det samlede knippet av utredninger illustrerer utvidelsen av de velferdsstatlige ambisjonene på eldreområdet i disse årene. Mange kommuner hadde etablert hjemmetjenester allerede før statstilskuddene kom, men i et mindre omfang, og gjerne som modellprosjekter i regi av frivillige organisasjoner så som nasjonalforeningen for folkehelsen og Norsk kvinners sanitetsforening. Men i løpet av 1960-årene var de hjemmebaserte tjenestene på plass i alle kommunene, og i tiåret deretter (1970-årene) fulgte en stor utbygging av sykehjem, som var hovedprioriteringen til Strøm-utvalget, etter at hjemmetjenestene var på plass.

Sykehjemmene ble lagt inn under den nye sykehusloven i 1970, og ble dermed regnet som en spesialisttjeneste og løftet et nivå nærmere Staten, til fylkesnivå, og utbyggingen stimulert med store, statlige overføringer. Antall sykehjems plasser ble fordoblet i tiåret som fulgte, og varslet at aldershjemmets tid snart var forbi. Norske kommuner var imidlertid mer tilbakeholdne med å satse på hjemmetjenester enn Sverige og framfor alt Danmark (Daatland, 1997). Brorparten av ressursene i den norske eldreomsorgen gikk til institusjonene, primært til sykehjemmene, som ble tilbakeført til kommunene i 1988 som ledd i desentraliseringen og integreringen av tidligere særomsorger under én samlet pleie- og omsorgstjeneste. Kommunen hadde da fått ansvaret for primærhelsetjenesten, og øremerkede statlige overføringer tjeneste for tjeneste ble midt på 1980-tallet erstattet av generelle rammeoverføringer, der staten tok sterkere kontroll over kommunenes samlede utgifter, men overlot prioriteringen innenfor disse rammene til kommunene. I denne mer indirekte styringen lå dermed insentiver for kommunene til å omorganisere og velge en

mer kostnadseffektiv drift. En nedbygging av den tradisjonelle institusjonsomsorgen til fordel for omsorgsboliger var en vesentlig del av denne omleggingen, med sikte på en «normalisering» av livet som omsorgstrengende via en «boliggjøring» av omsorgen. Vi så konturene av en ny og lokalt forankret omsorgstjeneste, der tidligere særomsorger var integrert under én hatt og tidligere sentralinstitusjoner ble erstattet av mindre, og mer boliggjorte, enheter. Men mens institusjonsomsorgen ble avviklet for andre og yngre grupper, kom eldreomsorgen til å fortsette i to spor, med en satsning på både sykehjem og omsorgsboliger. Boliggjøringen ble et kontroversielt spørsmål i eldreomsorgen og er det fortsatt.

2.2 Boliggjøring av eldreomsorgen 1992–2014

Det ideologiske grunnlaget for en boliggjøring, eller i det minste en boligdreining, ble for eldreomsorgens del formulert av Gjærevollutvalget i 1992 (NOU 1992:1). Regjeringen fulgte opp i en egen Velferdsmelding og en tilskuddsordning i Husbanken for utbygging av omsorgsboliger og fornyelse av sykehjem i 1994, som ble forlenget og utvidet under den påfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen i 1998–2005. I løpet av disse årene ble det bygget ca. 25 000 omsorgsboliger, anslagsvis 5 000 *før* Handlingsplanen og ytterligere 20 000 *under* selve handlingsplanen. Det ble også anlagt 6 000 nye sykehjemsplasser under Handlingsplanen, men lagt ned tilsvarende mange aldershjemsplasser. Det ble dermed ingen netto økning av institusjonsplasser (sum alders- og sykehjem), men derimot en storstilet rehabilitering av gamle sykehjem, primært for å gi enerom til alle, og i den forstand gi en viss bolig- eller hjemliggjøring også til sykehjemmene.

Samlet sett ble det et betydelig tilfang av ulike typer omsorgsboliger i disse årene, men for eldres del også en satsning på sykehjem, og balanseringen mellom de to bo- og omsorgsformene kom ifølge Romøren og Svorken (2003) til å bli et stridstema, til dels ideologisert, med tilhengere av omsorgsboliger og sykehjem i hver sine leire. Dette hadde dels sammenheng med at såkalte «selvstendige omsorgsboliger» ble prioritert i første omgang, men kunne ikke tilby et døgnet-rundt tilbud for personer med større omsorgsbehov. Det ble derfor også etterspørsel etter flere sykehjem, blant annet fordi moderniseringen, og

herunder omgjøring til enerom, resulterte i *færre* snarere enn flere sykehjemsplasser. Det ble etter hvert en sterkere prioritering av omsorgsboliger med større eller mindre grad av fellesskapsløsninger, såkalte «bofellesskap» og «bokollektiver», og etter hvert også flere sykehjem. Alt i alt har det dermed vært en viss boligdreining av eldreomsorgen siden 1990-tallet men langt fra så langt som Gjærevollutvalget la opp til, og langt mindre enn det som ble tilfellet i «andreomsorgen», der ulike typer beskyttede boliger kom til å erstatte de tidligere institusjonene fullt og helt.

Boligdreiningen i den norske eldreomsorgen var også mindre enn den var i Sverige og Danmark, som tidlig på 1990-tallet avvirket institusjonsomsorgen så å si med et pennestrøk, og fra nå av regulerte sine beskyttede bo- og omsorgsformer som boliger, i Sverige under betegnelsen «särskilt boende» eller «äldreboende», i Danmark under betegnelsen «ældreboliger» og senere også «plejeboliger». De siste med et tilbud som kunne sammenliknes med de tidligere danske pleiehjemmene, men altså regulert som boliger. Bare Norge fortsatte under to «regimer», et sykehjemsregime og et omsorgsbolig- og hjemmetjenesteregime (Daatland og Solem, 2011). Sykehjemmene dominerer fortsatt den norske eldreomsorgen i den forstand at nær 3/4 av ressursene (utgiftene) brukes til sykehjem. Da blir det lite igjen til hjemmebaserte tjenester, ikke minst fordi hjemmetjenestene også skal betjene omsorgsboligene. Tilliten til at hjemmetjenester og omsorgsboliger kunne gi et like godt tilbud som sykehjem ved betydelige omsorgsbehov ble nok dermed svekket. Bortimot halvparten av de anlagte omsorgsboligene var uten fast bemanning, og når dessuten de hjemmebaserte tjenestene oftest ble tildelt i beskjedent omfang, og unge brukere ble prioritert framfor eldre, søkte mange eldre, og ikke minst deres pårørende, seg dit man antok at tryggheten var størst, til sykehjemmene (Daatland, 2014).

2.3 Boliger og begreper

Norske kommuner disponerer i dag ca. 100 000 boliger for ulike formål, nær halvparten (45 000) er det som i statistikken kalles «boliger for pleie- og omsorgsformål». Av disse er nær 2/3 (28 500) omsorgsboliger i den forstand at de er oppført med oppstartingsstilskudd fra Husbanken. Betegnelsen «omsorgsbolig» ble innført i 1994 for etableringen av et sett nye, statlige låne- og tilskuddsordninger for slike boliger i regi av Husbanken. Det dreiet seg da

om tre typer omsorgsboliger: selvstendige boliger (boenheter på over 55m² og uten krav til fellesareal), bofellesskap (boenheter på 40–55m²) og bokollektiv (boenheter på under 40m² med fellesareal som skal erstatte redusert privat-areal). Det forutsattes at kommunene hadde tilbud om hjemmetjenester på døgnbasis og en omsorgsplan som var godkjent av fylkesmannen. I disse forutsetningen skulle ligge en garanti for at omsorgsboligene ville fylles med det nødvendige (omsorgs)tilbud.

I et rundskriv om omsorgsboliger fra 1997 presiserer Sosial- og helse-departementet at:

Fordi omsorgsboliger er ment å være boliger uten fast tilknyttet tjenester eller personell, er det ikke formålstjenlig å lovregulere boligene (...) Omsorgsboliger er ikke fast bemannede, men beboerne vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende.

Under Handlingsplanens gang ble det som nevnt en sterkere prioritering av mer kollektive boligløsninger (bofellesskap og bokollektiver), til dels med noe eget personell, for å kunne være et tilbud også for personer med betydelige omsorgsbehov, for eksempel personer med demens. Dermed ble det også mer flytende grenser mellom sykehjem og omsorgsboliger. I en fersk stortingsmelding om «Morgendagens omsorg» (St.meld. nr. 29, 2012–13) heter det at «Utviklingen går i retning av at det blir vanskeligere å se annen forskjell på sykehjem og omsorgsboliganlegg enn måten tilbudet finansieres på.»

Noen av våre større byer har i de siste årene også gitt tilbud om såkalte «Omsorg-pluss-boliger», og da som betegnelse for døgnbemannede omsorgsboliger med tilbud om felles måltider, i noen sammenhenger omtalt som «det nye aldershjemmet». Vi har også fått et innslag av såkalte «trygghetsboliger», der behovsterskelen for innflytting er lavere. Det er foreløpig ingen statistikk for disse boligene, men de inngår blant omsorgsboligene i den generelle statistikken. Et stigende innslag av privat finansierte «seniorboliger» – uvisst hvor mange – er imidlertid ikke dekket av den offentlige statistikken og heller ikke i dette notatet.

I dag er anslagsvis 45 prosent av de registrerte omsorgsboligene i anlegg uten noen form for egen bemanning, 15 prosent har bemanning deler av døgnet og 40 prosent har heldøgns bemanning, men uvisst hvor mye. Boliger

med egen bemanning er vanligst for yngre beboere, og har erstattet institusjonene for disse gruppene. Ubemannede omsorgsboliger er vanligere for eldre, fordi man fortsatt har (bemannede) institusjonstilbud for eldre i form av sykehjem. *Boligene* skulle derimot være betjent fra de (ambulerende) hjemmebaserte tjenestene.

Tabell 2.1 oppsummerer antall institusjonsplasser, boliger og brukere av hjemmetjenester for yngre (under 67 år) og eldre (67 år+) i 2012. De fleste brukerne mottar hjemmetjenester i sin ordinære bolig, de øvrige fordeler seg nokså likt på aldersinstitusjoner (stort sett sykehjem) og boliger (for pleie- og omsorgsformål), men fordelingen er svært forskjellig for yngre og eldre. Ytterst få yngre bor i institusjon; for dem har omsorgsboligene overtatt. Langtidsopphold i institusjon (stort sett sykehjem) er stort sett bare et tilbud for eldre; dersom yngre er i institusjon, er det stort sett på korttidsopphold. Tabellen forteller ikke hvordan ressursbruken fordeles, men hjemmetjenester blir oftest fordelt nokså tynt i eldreomsorgen: De utgjør ca. $\frac{3}{4}$ av brukerne, men konsumerer «bare» $\frac{1}{4}$ av ressursene. Forklaringen er at de fleste eldre med betydelige omsorgsbehov gis omsorg i sykehjem. Sterkt omsorgstrengende yngre mennesker gis normalt hjemmebasert omsorg i omsorgsbolig eller ordinær bolig. De siste årene har en stigende andel av hjemmetjenestenes ressurser blitt dirigert mot yngre brukere, mens relativt mindre gis til eldre, og det er nærliggende å tro at hjelpen til sterkt omsorgstrengende eldre i eget hjem (i omsorgsbolig eller ordinær bolig) dermed har blitt knapp. I så fall kan dette bidra til å forklare en økende etterspørsel etter sykehjem, men fortjener å studeres nærmere med egnede data.

Tabell 2.1: Antall brukere etter tjeneste og alder, 2012.

| | Alle | Under 67 år | 67 år+ |
|--|----------------|--------------------|----------------|
| Aldersinstitusjoner | 43 400 | 4 700 | 38 700 |
| korttidsplass | 9 200 | 2 700 | 6 500 |
| langtidsplass | 34 200 | 2 000 | 32 200 |
| Boliger | 44 800 | 19 200 | 25 600 |
| bemannet hele døgnet | 16 400 | 8 800 | 7 700 |
| bemannet deler av døgnet | 6 600 | 2 500 | 4 100 |
| uten bemanning | 19 300 | 6 600 | 12 700 |
| ubesvart om bemanning | 2 500 | 1 300 | 1 200 |
| Hjemmetjenester i ordinær bolig | 182 600 | 78 300 | 104 300 |
| Sum alle brukere | 270 800 | 102 200 | 168 600 |

Kilde: Statistisk Sentralbyrå og Daatland 2014.

I dag (2011) bor ca. 15 prosent av befolkningen i alderen 80 år og over i aldersinstitusjon, stort sett i sykehjem, og ytterligere ca. 12 prosent bor i det som i statistikken går under betegnelsen boliger for pleie- og omsorgsformål, alt i alt ca. 27 prosent i sykehjem og boliger til sammen. Nær to tredeler av disse boligene er «omsorgsboliger» i den forstand at de er bygget under tilskuddsordningene fra Husbanken fra 1994 og deretter, og nær halvparten har fast bemanning, flertallet av disse hele døgnet, noen bare deler av døgnet. Dersom bare «bemannede omsorgsboliger» medregnes, som nok er mer sammenliknbare med sykehjem hva omsorgstilbud angår, dreier det seg om en samlet dekning av «bemannede omsorgsplasser» (i sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgns bemanning) på ca. 21 prosent for befolkningen over 80 år, som er klart lavere enn de 25 prosent som regjeringen i sin tid satte som norm og målsetting for handlingsplanen for eldreomsorgen.

Statistikken har for øvrig lite detaljerte opplysninger om kommunenes boliger for omsorgsformål; det er for eksempel bare summariske opplysninger om boligene er integrert i den ordinære boligmassen eller ikke, men ikke mer presise tall for hvor (u)vanlig det er å lokalisere boligene som del av sykehjem eller større helse- og omsorgssentre. Det har vært rapportert om en tendens til slike samlinger, av noen sett som en praktisk løsning, av andre kritisert for å resultere i «omsorgsghettoer».

Også ukjent er hvor langt «omsorgsboliger» (som er anlagt under de nevnte tilskuddsordningene) skiller seg fra øvrige «boliger for omsorgsformål». For denne rapportens hensikt er det ikke vesentlig om boligene er oppført under de nevnte tilskuddsordningene eller er oppført tidligere eller på annet grunnlag. Vi bruker derfor betegnelsen «omsorgsbolig» i en bredere betydning, som synonymt med «boliger for pleie og omsorgsformål» når ikke annet er nevnt.

Som nevnt i kapittel 1 skiller omsorgsboliger seg fra institusjoner (sykehjem) ved at bare de siste er regulert av helse- og omsorgsloven. Betalingsordningene er også forskjellige: I boligene betaler man for husleie, kost og tjenester som i en ordinær bolig. I sykehjemmet får man en standardpakke av tjenester og trekkes et samlet vederlag som en prosentandel av inntekten. I praksis trenger ikke forskjellene være så store, men formelle krav og rettigheter er ulike (Martens, 2014).

Grenseoppgangen mellom omsorgsboliger og sykehjem ser ut til å være noe flytende hva utforming, bemanning og drift angår. Nye sykehjem har blitt mer hjemlige, og nye omsorgsboliger har blitt mer kollektive, som gjør at de i praksis kan være utformet nokså likt. Men formelt og juridisk har beboeren myndighet i boligene, personalet i institusjonene. Institusjonskarakteren kan også ligge i holdninger og i driftsmåte. I denne forstand kan en bolig gjøres til «institusjon» og en institusjon gjøres til «bolig». Dette kan ikke leses direkte ut av statistikkene.

For ordens skyld understreker vi at folk flest bor i den ordinære boligmassen, også i storparten av sine eldre år. Det er derfor også her man burde sette inn de tidlige tiltakene for å legge til rette for eldre år. Boligstandarden har økt år for år og generasjon for generasjon, det samme er kanskje ikke tilfellet for tilgjengelighet, så som en trappeløs adgang og utforming av boligen. Moderne teknologi kan også ha bidratt til å styrke autonomien i egen bolig, men her er trolig også et foreløpig uforløst potensial. Det finnes også tjenester og støtteordninger for utbedring av boligen, men kanskje svak koordinering og dermed et underforbruk. Eldre generasjoner sitter bokstavelig talt på store boligverdier, som man skulle tro kunne bearbeides til beste både for dem selv og framtidige arvinger.

2.4 Lokale variasjoner

INNLEDNING

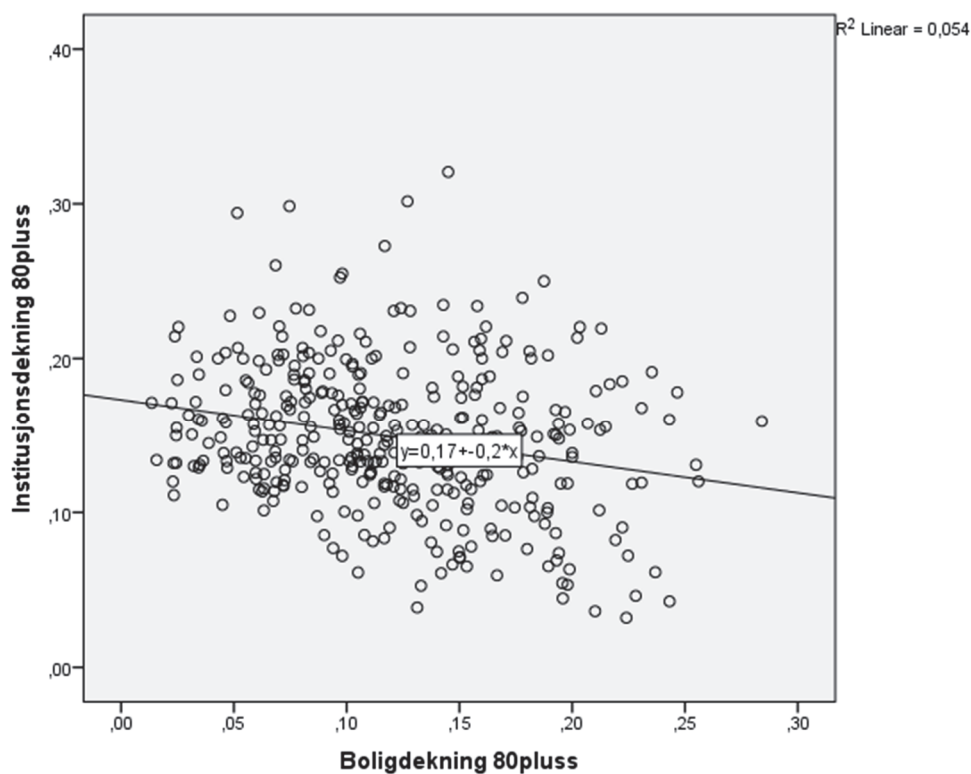
At boligjøring ikke kan sies å karakterisere norsk eldreomsorg generelt, forhindrer ikke at enkelte kommuner kan ha gått langt i den retningen. Hvor (u)vanlig er i så fall det, og ser det da ut til å være et ledd i en samlet strategi eller dreier det seg om mer tilfeldige tilpasninger? Hva kjennetegner de mer boligjorte kommunene, og hvilke faktorer ser ut til å ha vært drivende for en boligorientert tjenestemodell? At det er betydelig variasjon kommunene imellom både hva volum og profil av eldreomsorg angår er velkjent, men vi vet mindre om omsorgsboligens plass i denne variasjonen. Også kjent er at de fleste kommunene klynger seg omkring landsgjennomsnittet for de ulike tjenestene, men i denne sammenhengen er vi spesielt interessert i kommuner som har en skarpere profil, især de som har gått langt i å prioritere en boligorientert omsorgstjeneste.

Vi bygger her på data fra den såkalte kommune-stat rapporteringen til Statistisk sentralbyrå (KOSTRA) for 2011, dels også fra den individbaserte statistikken for brukere av omsorgstjenester (IPLoS). Som mål på omfanget av institusjonsomsorg og omsorgsboliger bruker vi dekningsstall for hver av disse, nærmere bestemt hvor stor prosentandel av befolkningen på 80 år og over som bor i institusjon (stort sett sykehjem) og omsorgsbolig (boliger som kommunen disponerer for pleie og omsorgsformål). Med grad av *boligorientering* sikter vi til forholdstallet mellom de to: hvor høy dekningsstall av omsorgsboliger er i forhold til dekningsstall av sykehjem. Kommuner som har like mange av det ene som det andre vil da skåre 1 på en skala for boligorientering. En skåre på 2 tilsier at man har dobbelt så mange omsorgsboliger som sykehjemsplasser (for personer over 80), mens en skåre på 0,5 betyr at det er omvendt, det vil si at man har dobbelt så mange i sykehjem som i omsorgsboliger. Vi skal se nærmere på den lokale variasjonen for landet som helhet, altså for alle landets kommuner, men også se noe nærmere på de 30 kommunene som er spesielt utvalgt for dette prosjektet. Mer om disse kommunene følger i neste kapittel.

HVOR (U)VANLIG ER BOLIGORIENTERING?

Vi kan for det første konstatere at det er en negativ samvariasjon ($r=-.23$) mellom sykehjemsdekning og boligdekning i kommunene, som indikerer at de to tjenestene til en viss grad erstatter hverandre. Kommunene er i figur 2.1 representert ved små sirkler i rommet mellom de to dimensjonene, og den negative korrelasjonen er illustrert ved den inntegnede regresjonslinja.

Vi ser av figur 2.1 at kommuner med (forholdsvis) høy boligdekning er tilbøyelige til å ha (forholdsvis) lav institusjonsdekning og omvendt. De fleste kommunene satser likevel på begge deler; bare få har en svært lav dekning langs en eller begge dimensjonene. Vi ser også at *nivået* varierer. Noen kommuner ligger høyt, andre ligger lavt langs begge aksene. Forholdsvis få har valgt en skarpere profil, der de har mange omsorgsboliger og få sykehjemsplasser. Disse finner vi henimot det nedre, høyre hjørne av figur 2.1. Vi kan også merke oss at enkelte kommuner har svært få omsorgsboliger.

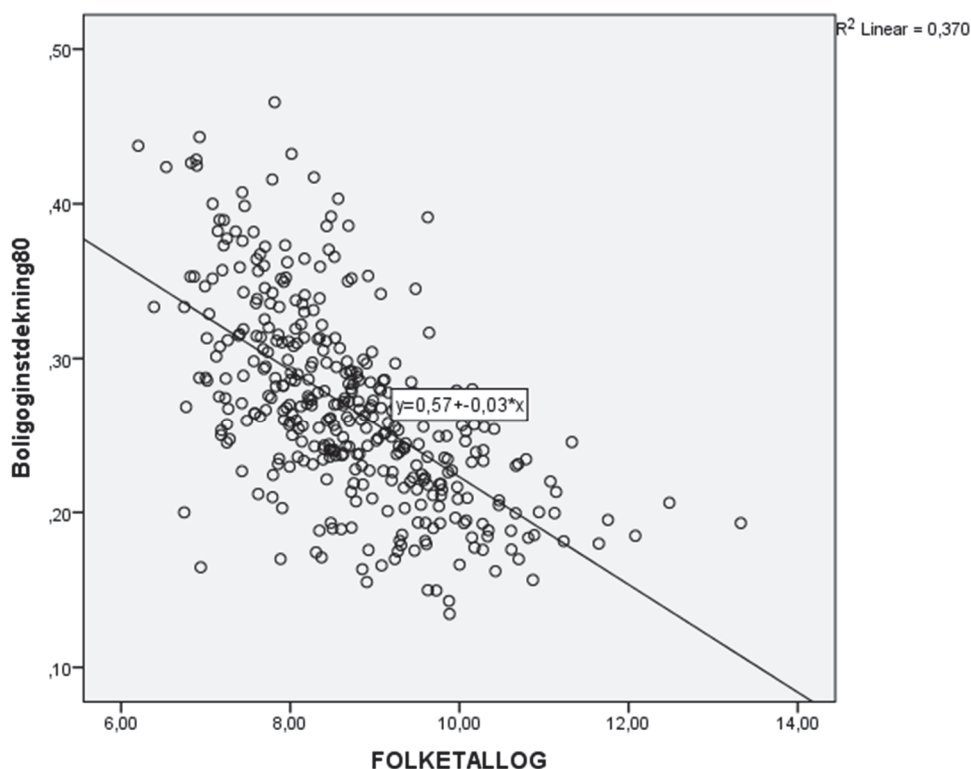


Figur 2.1. Samvariasjon mellom sykehjemsdekning og boligdekning for norske kommuner, 2011. (Pearsons $r = -0.23$).

HØYERE DEKNING I SMÅ KOMMUNER

Dekningen av både sykehjem og omsorgsboliger er høyest i små kommuner og faller med stigende folketall. Den samlede dekingen av sykehjem og omsorgsboliger (omsorgsplasser), er dermed enda sterkere korrelert til kommune-størrelse enn dekingen for hver av dem er (Figur 2.2 neste side).

Hvorfor denne sterke samvariasjonen mellom «omsorgsplasser» (sykehjem og omsorgsboliger) og folketall? Noe skyldes nok kommunens økonomi; at de mindre kommunene gjennomgående har bedre økonomi. Men her kan også ligge kulturelle forskjeller, for eksempel at små kommuner i distriktet kan være preget av mer tradisjonelle idealer.



Figur 2.2 Samvariasjon mellom «omsorgsplasser» (sum sykehjems- og boligdekning) og folketall. (Pearsons $r = -.61$).

HVOR (U)VANLIG ER EN BOLIGORIENTERT MODELL?

Ser vi nærmere på hvordan kommunene fordeler seg etter folketall og boligorientering (tabell 2.2), finner vi at en kurve-lineær sammenheng, der «mellom-små» kommuner oftere har en boligorientert modell enn kommuner som er både mindre og større. Tretti kommuner (8 prosent) har minst dobbelt så mange 80+ åringer i omsorgsboliger som i sykehjem, det vil si de plasserer seg med en skåre på 2 eller høyere på skalaen for boligorientering. Ytterligere 22 kommuner (6 prosent) har 50 prosent flere i omsorgsboliger enn i sykehjem og skårer mellom 1,5 og 2. Atten av de 30 kommunene med en boligorientering på 2 eller høyere har mellom 2 000 og 10 000 innbyggere, og 25 av 30 (83 prosent) har mellom 2 000 og 20 000 innbyggere, se tabell 2.

Målt på denne måten er det likevel alt i alt lite vanlig med en boligorientert eldreomsorg i norske kommuner. Det store flertallet av kommunene satser noenlunde likt på begge deler, på både sykehjem og omsorgsboliger. Men en av sju kommuner (14 prosent) har klart flere omsorgsboliger enn sykehjem (boligorientering $>1,5$), og det store flertallet av disse er mellomstore, eller snarere mellomsmå, kommuner.

Tabell 2.2 Institusjonsdekning, boligdekning og boligorientering (n) etter kommunestørrelse (folketall).

| | Institusjons- dekning 80+ | Bolig-dekning 80+ | Sum bolig og institusjons dekning 80+ | Bolig- orientering |
|-----------|------------------------------|----------------------|---|-----------------------|
| <2 000 | 20,5 (93) | 14,2 (57) | 32,5 | 0,89 |
| 2–4 999 | 16,2 (131) | 13,0 (120) | 29,1 | 0,96 |
| 5–9 999 | 13,9 (90) | 12,5 (85) | 26,3 | 1,18 |
| 10–19 999 | 12,4 (58) | 10,0 (57) | 22,4 | 0,98 |
| 20–49 999 | 12,4 (39) | 9,3 (39) | 21,7 | 0,84 |
| 50–99 999 | 12,6 (8) | 7,4 (8) | 20,0 | 0,60 |
| 100 000+ | 15,8 (5) | 3,4 (5) | 19,2 | 0,22 |
| I alt | 15,7 (424) | 12,0 (371) | 26,9 | 0,98 |

BOLIGORIENTERING SOM BEVISST STRATEGI?

Dersom boligorientering var del av en samlet strategi for åpen omsorg, burde kommuner med høy grad av boligorientering samtidig ha høy bruk av sykehjem for korttidsopphold, et høyt nivå av hjemmebaserte tjenester og en stor andel med omfattende bistandsbehov *utenfor* sykehjem, det vil si i hjemmetjenester og i omsorgsboliger. Dette var i så fall uttrykk for at sykehjemmet oftere ble brukt for korttidsopphold, og omsorgsboliger oftere for varige opphold, slik Kvaase-rapporten (Sosial- og helsedepartementet, 1999) i sin tid foreslo. Da burde man også ha et stort volum av hjemmetjenester, etter som det nettopp er hjemmetjenestene som betjener omsorgsboligene. Tabell 3 bekrefter at det nettopp er et slikt mønster som framtrer, det vil si at boligjorte kommuner ikke bare har lav sykehjemsdekning, men også høy bruk av (de færre) sykehjems plassene for korttidsopphold, og høy satsning på hjemmebaserte tjenester, især for personer med omfattende bistandsbehov.

Tabell 2.3. Samvariasjon mellom sykehjemsdekning, omsorgsboligdekning og boligorientering og relevante kjennetegn for en boligorientert omsorgsmodell (Pearson's r).

| | Institusjons- dekning 80 | Bolig- dekning 80 | Bolig- orientering |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|
| Korttidsplasser i sykehjem | -.225 | .280 | .530 |
| Andel 80+ med hjemmetjenester | -.202 | .482 | .407 |
| Andel med omfattende behov | | | |
| -hjemmetjenestebrukere | -.598 | .423 | .606 |
| -boligboere | -.328 | -.114 | .241 |
| -sykehjemsboere | -.225 | -.009 | -.036 |

I gjennomsnitt er 24 prosent av sykehjemsplassene disponert for korttidsopphold, men med betydelig variasjon kommunene imellom. De fleste kommuner varierer nær gjennomsnittet, men enkelte bruker flertallet av plassene, 78 prosent på det meste, til korttidsopphold, med tilsvarende stor gjennomstrømming av beboere. Sykehjemmet når på denne måten ut til flere enn antall plasser i seg selv skulle tilsi.

Tabell 2.3 antyder at en sterk grad av boligorientering ser ut til å inngå i en samlet strategi for åpen og boligbasert omsorg, i den forstand at høy grad av boligorientering nettopp korrelerer med de andre kjennetegnene ved omsorgstjenestene som antatt. Boligorientering korrelerer positivt med (høy) bruk av korttidsplasser, med (høyt) nivå av hjemmetjenester og med (høy) bruk av hjemmetjenester og omsorgsboliger for personer med omfattende bistandsbehov. Mønsteret er det motsatte (komplementære) for kommuner med høy sykehjemsdekning, som har relativt få korttidsplasser og liten satsning på hjemmebaserte tjenester.

Etter som vi bare observerer et mønster på et bestemt tidspunkt, kan vi ikke avgjøre hva som her er årsak og virkning, i dette tilfellet om det er prioriteringen av omsorgsboliger som har gjort det mulig for kommunen å satse på korttidsopphold og hjemmetjenester, eller det er motsatt, dvs. at det er lav sykehjemsdekning som har tvunget fram en slik tilpasning. Den første forklaringen var i så fall i tråd med Velferdsmeldingens og Kvaase-utvalgets forslag, og med Strømutvalgets forslag helt tilbake på 1950-tallet, der sykehjemmet skulle reserveres for aktiv behandling og korttidsopphold, og kombinasjoner av omsorgsboliger og hjemmetjenester skulle anvendes ved behov for mer varige omsorgsopphold. En slik modell var i så fall også i bedre harmoni med Samhandlingsreformens behov, der kommunene ble pålagt et større ansvar for aktiv medisinsk behandling og oppfølging, som det var nærliggende å lokalisere nettopp til sykehjemmene.

HVA FORKLARER VALG AV MODELL?

Hvilke faktorer forklarer variasjonen i boligdekning, sykehjemsdekning og boligorientering? Tidligere studier har tatt for seg *hvor mye* kommunene satser på eldreomsorgen, men sjeldnere *hvordan* man gjør det og hvilken rolle

omsorgsboligene da har. Blant aktuelle forklaringsvariabler er kommunens ressurser (økonomi), driftsbetingelser (folketall, avstander), befolkningens behov (aldersprofil, helse, levekår) og konkurrerende behov som krever kommunens oppmerksomhet. En rekke andre faktorer kan ha hatt betydning, men er ikke tilgjengelig i KOSTRA-basen. Tabell 2.4 oppsummerer resultatene fra en multivariat analyse for hvert av de tre kjennetegnene: institusjonsdekning, boligdekning og boligorientering (balansen mellom de to).

Tabell 2.4. OLS regresjon, standardiserte koeffisienter.

| | Institusjons- dekning 80+ | Bolig- dekning 80+ | Bolig- orientering 80+ |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Br driftutg per capita | .482*** | -.053 | -.181* |
| Andel PLO av Br driftutg | .050 | .032 | .005 |
| Andel PLO-brukere <67 | -.091 | .176*** | .160* |
| Folketall (kategorisk) | -.058 | -.446*** | -.356*** |
| Andel <18 | -.054 | .336*** | .274** |
| Andel 80+ | -.256*** | .167 | .244* |
| Andel 90+ | .021 | .116* | .055 |
| Andel enslige 80+ | .149*** | -.064 | -.097 |
| Døde per 1000 | .055 | -.081 | -.135 |
| Median husholdsinntekt | .076 | -.311** | -.249** |
| Andel i tettsteder | -.096 | .071 | .214** |
| R2 | .374*** | .192*** | .105*** |
| (N) | (413) | (371) | (362) |

Sykehjemsdekningen er primært forklart av kommunens økonomi: Jo bedre økonomi, desto høyere sykehjemsdekning. Folketallet slår ikke ut i den multivariate analysen. Kontrollert for økonomi, er det med andre ord ingen selvstendig virkning av folketall, eller sagt på en annen måte: Når små kommuner har høy sykehjemsdekning, er det fordi de har god økonomi, ikke fordi de har lavt folketall. Er det ganske enkelt slik at kommuner med god økonomi «kan unne seg» en høy sykehjemsdekning, eller snarere at en god økonomi blir en sovepute; at man ikke trenger å prioritere?

Kommunens økonomi gir ikke utslag for boligdekning, men en god økonomi resulterer i relativt færre omsorgsboliger (dvs. en lavere boligorientering). Kanskje den gode økonomien gjør at man ser seg råd til flere sykehjemsplasser. Eller motsatt, at dårligere økonomi gjør at man satser relativt mer på den antatt billigere tjenesteformen, omsorgsboliger. Det er kanskje

også ressursknapphet som forklarer at behov blant eldre (andel 80+), og ikke minst konkurrerende behov i befolkningen (andel barn), bidrar til en høyere prioritering av omsorgsboliger.

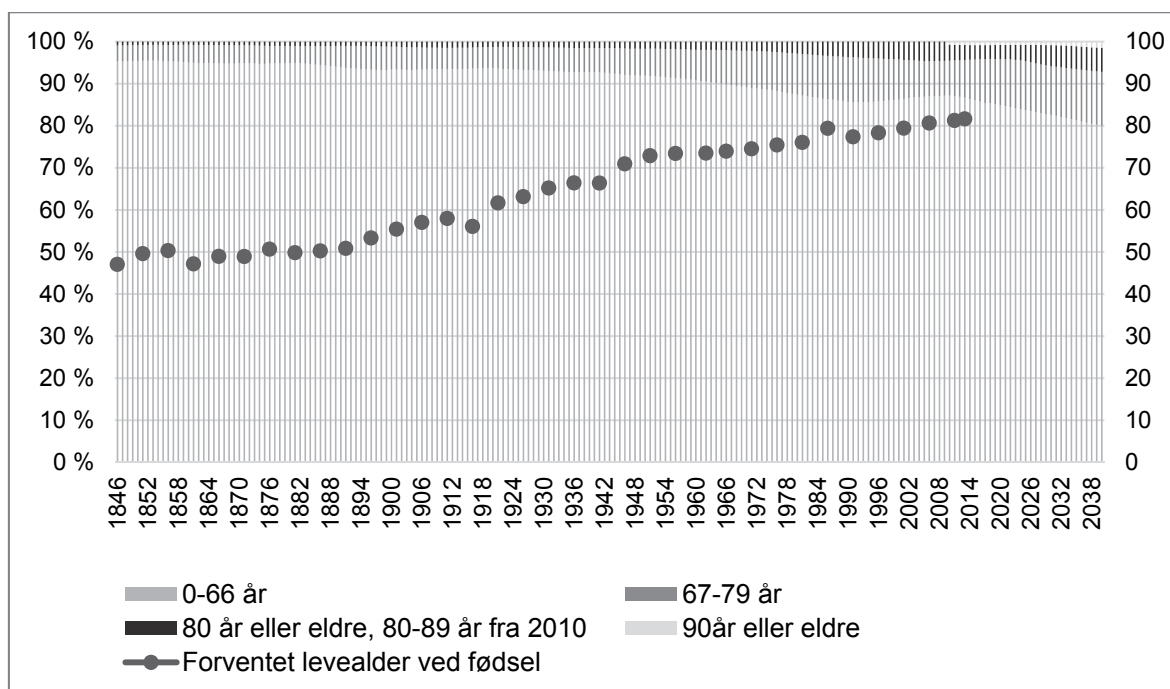
Selv etter kontroll for økonomi, står folketallet fram som en viktig forklaringsfaktor både for boligvolum og boligorientering, men hvorfor er ikke innlysende. Hvorfor har store kommuner så lavt tilbud av omsorgsboliger, og hvorfor har de største kommunene en så sykehjemsorientert omsorgsmodell? Her kan muligens behov og preferanser som ikke er fanget opp av vår modell være relevante, for eksempel at boligstandarden kan være bedre i store byer, og gi mindre etterspørsel etter omsorgsboliger.

Når modellen har såpass lav forklaringskraft for boligdekning og boligorientering må forklaringen søkes i andre forhold, og da kanskje i mer ideologiske og politiske faktorer. Prioritering mellom sykehjem og omsorgsbolig er kontroversielt og ideologisert. Omsorgsboliger har ofte hatt støtte i ledelsen og forvaltningen i kommunene, til dels av økonomiske grunner, mens grunnplanet har holdt fast ved sykehjemmet, fordi man da vet hva man har. Sykehjemmet har tradisjonelt også betydelig oppslutning i den eldre befolkningen og deres organisasjoner, med støtte fra viktige faggrupper som sykepleiere, som har investert seg selv og sitt fag nettopp i sykehjemmet. Den norske debatten er også preget av en forhistorie der sykehjemmet står sterkt og de hjemmebaserte tjenestene svakt sammenliknet med Danmark og Sverige. Tilliten til den åpne omsorgen, og herunder omsorgsboligene, er nok tilsvarende lav, og til dels med god grunn, fordi det mange steder er lite hjelp å få i omsorgsboliger. Det er ellers tankevekkende at de store byene har satset så lite på omsorgsboliger (jfr. tabell 2.2), og minst av alle Oslo. Under en slik modell vil etterspørselen søke dit ressursene er, og det blir lite ressurser til andre formål og dermed lett en ond sirkel. La dette være en hypotese, som må studeres med egnede data og metoder. At også omsorgsboliger kan ha beboere med omfattende hjelpebehov, forteller at noen kommuner bruker omsorgsbolig som et alternativ til sykehjem, ikke bare som et supplement og et trinn på veien til sykehjemmet.

2.5 Det aldrende samfunn: en kort oversikt over alle kommunene

Det er snakket mye om «eldrebølgen» og aldringen av befolkningen (Daatland, 2012). Det er sågar blitt talt om en «eldretsunami» som vil skylle over oss og utfordre kapasiteten innen eldreomsorgen. Selv om det samlede antall eldre i befolkningen vil øke, er det likevel ikke sikkert at vi vil se en like stor økning i behovet for eldreomsorg. Vi lever lenger enn tidligere, men vi er også friske lenger. Stadig flere har kun en kort periode på slutten av livet da hjelpebehovet er stort (Veenstra, 2012).

Når vi ser på befolknings sammensetningen i et lengre perspektiv er det tydelig at eldre utgjør en stadig større del av befolkningen. I 1846, der figur 2.3 begynner, er det knapt mulig å skimte andelen av befolkningen over 80 år gamle (0,9%). Den er i dag større, men det er ikke før om 5 år at økningen i andel 80 åringer begynner å øke vesentlig, opp mot 7,2 prosent i 2040 fra 4,3 prosent i dag. Samtidig har det også vært en stor vekst i forventet levealder. Den har nesten fordoblet seg på de nesten 170 årene figuren viser, og økt med 10 år bare i etterkrigstiden. At levealderen øker gir nødvendigvis en økning i andelen eldre i befolkningen så lenge fertilitetsratene og innvandringen av yngre mennesker ikke øker tilsvarende.



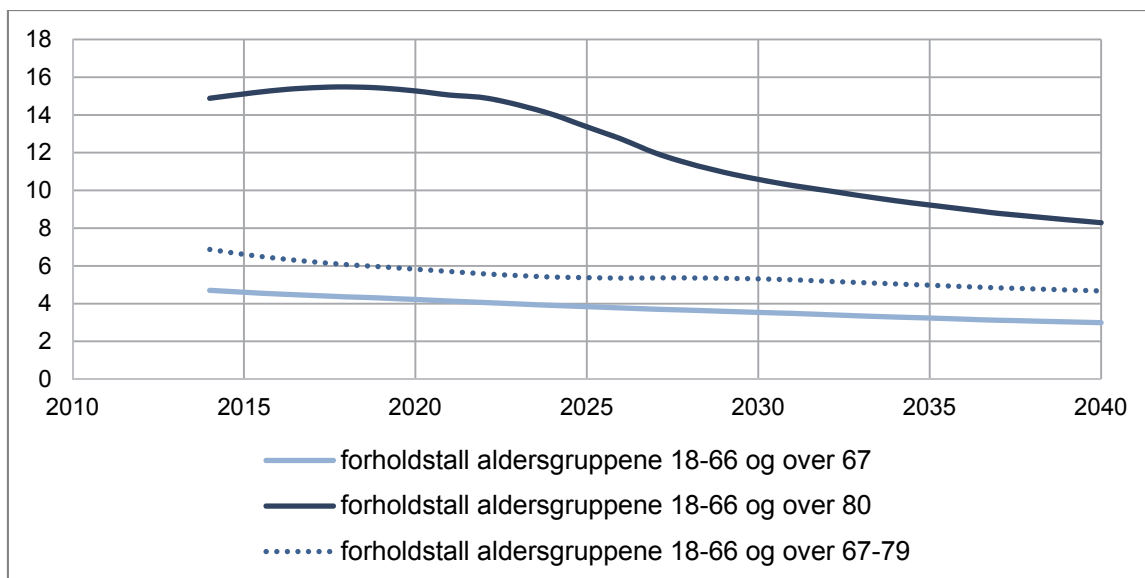
Kilde: SSB

Figur 2.3. Befolknings sammensetning og forventet levealder ved fødsel (basert på middelverdiene fra SSB)

Fra 2010 er også andelen av befolkningen over 90 år tatt med i figuren. I dag er 0,8 prosent av befolkningen over 90 år gamle, en andel som er beregnet å stige til 1,5 prosent i 2040. Til sammenlikning tilsvarer det økningen i andelen over 80 år over de nesten 100 årene fra 1840–1935.

Som vi kan se er det en nærmest ubetydelig vekst i andelen over 90 år frem mot 2040. Andelen er 0,6 prosent i dag, og etter først en nedgang antas den å stige til 0,9 prosent i 2040. Andelen av befolkningen over 80 år (inkludert andelen over 90 år), vil ikke øke betydelig før om 10 år etter først en nedgang. Ettersom det er i denne aldersgruppen at de fleste av de pleie og omsorgstrengende befinner seg, ser det ikke ut til at behovet for utvidelsen i pleie og omsorgstjenesten er prekær for om noen år. Andelen av befolkningen i aldersgruppen 67–79 år har en motsatt kurve av befolkningen over 80 år. Veksten i andelen av denne delen av befolkningen er større, og flater ut akkurat når andelen over 80 år stiger – når etterkrigsgenerasjonen fyller 80 år. Veksten i andelen «eldre eldre» i befolkningen går åpenbart hurtigere enn tidligere, men dersom vi ser denne økningen relativt til den forventede levealderen og tesen om utsatt sykелighet er det ikke sikkert at en økning i andelen eldre i befolkningen følges av en tilsvarende økning i behovet for eldreomsorg.

Det som kanskje er en større bekymring er rekrutteringen inn i pleie og omsorgssektoren. Det er kjent at rekrutteringen til omsorgsyrkene er en utfordring (Hermansen, 2011). Når vi i dag har 15 arbeidsføre per person over 80 år og har problemer med rekrutteringen til omsorgsyrkene kan man stille spørsmål ved hvordan det vil gå i fremtiden. Allerede om 10 år er vi nede i 13 potensielle omsorgspersoner per potensiell omsorgsmottaker, mens vi om 20 år er nede i 9 personer. Det betyr at en større andel av arbeidsstyrken vil måtte velge pleie- og omsorgsykker for at vi skal kunne tilby omsorg på et ønskelig nivå. Bygging av fysiske omsorgsplasser, sykehjem og omsorgsboliger, krever penger og planlegging. Rekruttering til yrkene krever både et rimelig lønnsnivå, men også at man klarer å påvirke et tilstrekkelig antall mennesker til å ønske å jobbe innen denne sektoren. Det kan vise seg å være den største utfordringen samfunnets aldring gir oss.



Kilde: SSB

Figur 2.4 Forholdstall arbeidsføre og eldre

BEHOVSØKING?

Vi har hittil sett på den relative økningen i andelen eldre i befolkningen. På landsbasis er det i 2014 698 722 eldre over 67 år, og av disse er 220 760 over 80 år gamle. I 2040 er det forventet å være 1 262 591 eldre over 67 år, og av disse 455 588 eldre over 80 år. Det er mer enn en fordobling av antallet i begge aldersgrupper. På kortere sikt er ikke økningen i antallet eldre over 80 år meget stor frem mot 2025, men stor nok til at dagens tilbud må utvides. Om det skjer i form av sykehjem, omsorgsboliger eller hjemmetjenester i ordinære boliger er opp til den enkelte kommune å bestemme.

I St.meld. nr. 50 (1996–1997), sto det at regjeringen la til grunn «et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst av befolkningen 80 år og eldre». Det er siden understreket at dette ikke var ment som et normtall. Dersom vi likevel tar utgangspunkt i at 25 prosent av befolkningen over 80 år trenger en heldøgns omsorgsplass, betyr det at vi i dag trenger 55 190 plasser, i 2025 66 746 og i 2035 113 897 plasser. Det er en økning på 58 707 plasser, mer enn en dobling. Planleggingen av de nødvendige 11 500 plassene frem mot 2025 bør være under planlegging, om ikke annet bør kommunene som forventer den største veksten i antall eldre være klar over dette og ha en plan for hvordan de vil tilby tjenester i årene som

kommer. Gitt den store økningen i antall omsorgsplasser som kan bli nødvendig er det viktig for kommunene å vurdere hvordan behovet best kan dekkes; gjennom å følge *status quo* eller ved nye løsninger?

Tabell 2.5 Vekst i antall eldre

| | 2014 | 2025 | 2040 |
|--|---------|--------|-----------|
| Eldre over 67 år (antall personer) | 698 722 | 930147 | 1 262 591 |
| Eldre over 80 år (antall personer) | 220 760 | 266983 | 455 588 |
| Antall omsorgsplasser ved 25% dekningsgrad | 55 190 | 66 746 | 113 897 |

Kilde: SSB

I den siste offentlige utredningene om eldreomsorgen (St.meld. nr. 29, 2012–13) er det pekt på at eldre i dag sitter på stadig større boligformuer. Noen har sågar påpekt at eiendomsformuen i Norge er like stor som Oljefondet (Hembre, 2014). Boliger er i dag i økende grad bygget med universell utforming, og det er derfor ingenting i veien for at den enkelte i økende grad kan ta ansvar for å flytte til en egnet bolig også når omsorgsbehovene øker. Det kan gjøre at behovet for omsorgsboliger for de med mindre omsorgsbehov kan fylles på det ordinære boligmarkedet.

Aldringen av befolkningen vil se ulik ut i kommunene. Tabell 2.6 viser forholdstallene mellom befolkningen i 2013 og fremtidige prognoser, for aldersgruppene over 67 år og over 80 år. Verdien 1 betyr ingen endring i absolutt antall, positiv verdi innebærer en økning, negativ verdi færre personer i gitte aldersgruppe.

Som det fremkommer av minimumsverdiene er det minst en kommune som ikke vil se noen endring i antall eldre over 67 år frem mot 2040, mens kommunen med høyest økning vil ha 2,7 ganger så mange eldre i 2035 som i dag. Gjennomsnittstallene ligger også nærmere minimumsverdiene enn maksimumsverdiene, noe som indikerer at et flertall av kommunene vil ha svakere økning heller enn sterk økning. For befolkningen over 80 år ser vi at kommunen med minst økning faktisk vil ha en nedgang i antall eldre over 80 år, og ingen stigning før mot år 2035. Av maksimumsverdiene derimot ser vi at minst en kommune vil ha en sterk vekst opp mot 3,5 ganger så mange eldre over 80 år i 2035 som i dag. Også her ser vi av gjennomsnittstallene at et flertall av kommunene vil ha en mer moderat vekst. Dette forteller oss at kommunene

går ulike fremtider i møte. Noen kommuner vil møte store utfordringer på eldreomsorgsområdet, noen vil se ingen eller minimal endring også fremover.

Tabell 2.6 Minimum- og maksimumsverdier og gjennomsnitt i forholdstall mellom befolkningen i 2013 og forventet andel i 2020, 2025, 2030 og 2035. Befolkningen over 67 år og over 80 år.

| | Befolkningen over 67 år | | | Befolkningen over 80 år | | |
|---------------------------|-------------------------|-----|--------------|-------------------------|-----|--------------|
| | Min | Max | Gjennomsnitt | Min | Max | Gjennomsnitt |
| Forholdstall 2020 og 2013 | 1.0 | 1.5 | 1.2 | 0.7 | 1.6 | 1.0 |
| Forholdstall 2025 og 2013 | 1.0 | 1.8 | 1.3 | 0.8 | 2.0 | 1.2 |
| Forholdstall 2030 og 2013 | 1.0 | 2.2 | 1.5 | 0.8 | 2.9 | 1.5 |
| Forholdstall 2035 og 2013 | 1.0 | 2.7 | 1.6 | 1.1 | 3.5 | 1.8 |

Kilde: SSB

Kommunene med størst vekst i antall eldre relativt sett er kommuner som Gjesdal og Fjell som har størst vekst i andelen eldre over 67 år, og Hvaler, Vestby og Enebakk som vil se den sterkeste veksten i antall eldre over 80 år. Dette er stort sett mellomstore kommuner, med unntak av Hvaler. Kommunene som vil se størst nedgang i antall eldre over 67 og 80 år er hhv Bø i Nordland, Loppa og Ibestad, og Rømskog og Hornindal. Dette er alle små kommuner. Det kan altså se ut til at de mellomstore kommunene er de som vil få størst økning i antall eldre i de kommende årene.

2.6 De 30 utvalgte kommunene

Kapitlet har så langt sett på alle kommunene i landet som helhet (n=429), men med noe varierende antall kommuner for ulike kjennetegn alt etter hvilke og hvor mange kommuner som var inkludert i den aktuelle statistikken. Vi har allerede illustrert noe av variasjonen kommunene imellom; her skal vi se nærmere på hvorvidt våre utvalgte 30 kommuner «fanger» opp denne variasjon, og stort sett dekker det vesentligste av variasjonsbredden av kommuner og tjenestemodeller. Tabell 2.7A nedenfor, som omfatter alle kommunene, og tabell 2.7B som omfatter de 30 kommunene, viser at dette langt på vei er tilfellet.

Tabell 2.7 Beskrivende statistikk for tjenester og kommuner: (A) Landet og (B) 30 utvalgte kommuner

A: Landet

| | N | Gjennomsnitt | Min | Max |
|--------------------------|-----|--------------|---------|---------|
| Institusjonsdekning 80+ | 424 | 15,7 | 3 | 53 |
| Boligdekning 80+ | 371 | 12,0 | 1 | 28 |
| Boligorientering (B/I) | 370 | 0,98 | 0,08 | 7,0 |
| Andel korttid i s-hjem | 279 | 24,0 | 5 | 78 |
| Hj tjenester 80+ | .. | 36,6 | 11 | 57 |
| Andel PLO av Br driftutg | 429 | 27,7 | 13 | 47 |
| Andel PLO-brukere <67 | 420 | 33 | 7 | 69 |
| Folketall | 429 | 11 600 | 218 | 613 300 |
| Andel <18 | 429 | 22,2 | 16 | 29 |
| Andel 80+ | 429 | 5,5 | 2 | 10 |
| Døde per 1000 | 429 | 10,3 | 3 | 29 |
| Median husholdsinntekt | 423 | 413 100 | 311 000 | 546 000 |
| Andel i tettsteder | 429 | 51 | 0 | 98 |

B: 30 utvalgte kommuner

| | N | Gjennomsnitt | Min | Max |
|--------------------------|----|--------------|--------|---------|
| Institusjonsdekning 80+ | 30 | 15,2 | 4 | 32 |
| Boligdekning 80+ | 30 | 9,7 | 1 | 24 |
| Boligorientering (B/I) | 30 | 0,8 | 0,08 | 3,4 |
| Andel korttid i s-hjem | 30 | 24,2 | 8 | 73 |
| Hj tjenester 80+ | 30 | 33,8 | 15 | 50 |
| Br driftutg per capita | 30 | 67 600 | 54 000 | 91 800 |
| Andel PLO av Br driftutg | 30 | 27,1 | 22 | 33 |
| Andel PLO-brukere <67 | 30 | 32,9 | 9 | 62 |
| Folketall | 30 | 60 500 | 923 | 613 300 |
| Andel <18 | 30 | 22,2 | 19 | 27 |
| Andel 80+ | 30 | 5,0 | 3 | 8 |

Kommuner med en særlig høy sykehjemsdekning er ikke representert blant de 30. Variasjonsbredden (min-max) er for landet som helhet 3–53 prosent av befolkningen 80 år+, for de utvalgte 30 «bare» 4–32 prosent. Forklaringen er at de minste kommunene ikke er representert blant de 30. For landets del varierer folketallet mellom 218 (Utsira) og 613 300 (Oslo); for de 30s del mellom 923 og 613 300.

Leseren kan ellers merke seg den betydelige variasjonen mellom kommunene, slik den antydes ved variasjonsbredden. De fleste varierer omkring gjennomsnittet. Man skal derfor ikke legge for stor vekt på min–max tallene.

Den store variasjonen vitner under alle omstendigheter om at eldreomsorgen kan drives på mange forskjellige måter, fra de helt sykehjemsdominerte via mellomformer til de mer boligorienterte. En norsk studie har nylig konkludert at borgerne er noenlunde like fornøyd eller misfornøyd under de forskjellige regimene (Hjelmbrekke m.fl., 2011). Vi trenger bedre kunnskaper ikke bare om innsatsfaktorene, men også om hva resultatene av innsatsen er. Da er det nødvendig å se hvordan tjenestene virker sammen, ikke bare omfanget av den enkelte tjenesten. Mer informasjon om de utvalgte 30 kommunene følger i neste kapittel.

3 Demografi, eldreomsorg og boligmarked i 30 norske kommuner

I dette kapitlet presenteres samfunnets aldring frem mot 2014, eldreomsorgens prioriteringer frem til i dag, samt noen relevante trekk ved boligmarkedet i våre 30 utvalgte kommuner. Som nevnt i innledningskapitlet har vi trukket ut de ti største, ti mellomstore og ti små kommuner.

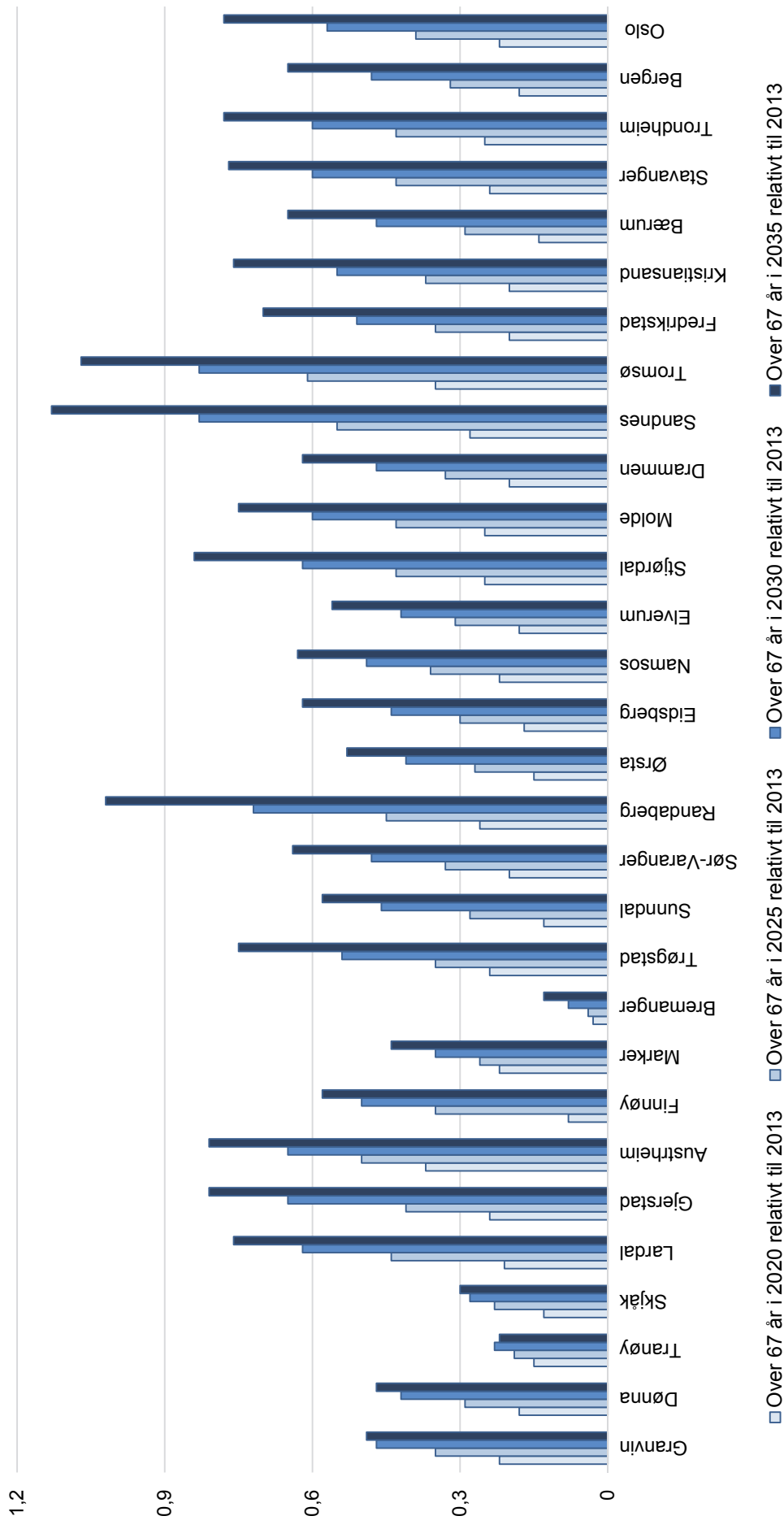
Kapitlets analyser er en sentral ramme for analysene av planene i kapittel 4 og 5. I tillegg forsøker vi i det følgende å svare på om våre 30 kommuner er klare for samfunnets tiltagende aldring?

3.1 Samfunnets aldring: Er det forskjell på små, mellomstore og store kommuner

For å danne oss et bilde av hvorvidt og hvordan det er forskjell på små, mellomstore og de største kommunene hva gjelder det aldrende samfunnets demografi, vil vi nå ta for oss utvalget på 30 kommuner og se om det faktisk er systematiske skiller mellom dem. I figurene er kommunene sortert etter befolkningsstørrelse slik at den minste kommunen Granvin er til venstre og den største kommunen Oslo er til høyre.

Kommunene i utvalget skal i prinsippet ikke skille seg systematisk fra resten av landets kommuner hva gjelder befolkningsframskriving. Det er ti små, ti mellomstore og de ti største kommunene i landet. Vi ser av figur 3.1 at de små kommunene Tranøy, Skjåk og Bremanger ikke kan forvente en stor relativ vekst i antallet eldre over 67 år. Dette stemmer overens med hva vi fant på nasjonalt nivå i forrige kapittel. I de største kommunene er det større relativ vekst, størst i Sandnes og Tromsø. Generelt sett er det en liten tendens til at veksten i andel av befolkningen over 67 år øker med størrelse på kommunen, men at det er unntak. Verdi over 0 betyr en økning, verdi under 0 betyr en reduksjon i forhold til i dag. For befolkningen over 67 år er det ingen av kommunene som vil se noen nedgang.

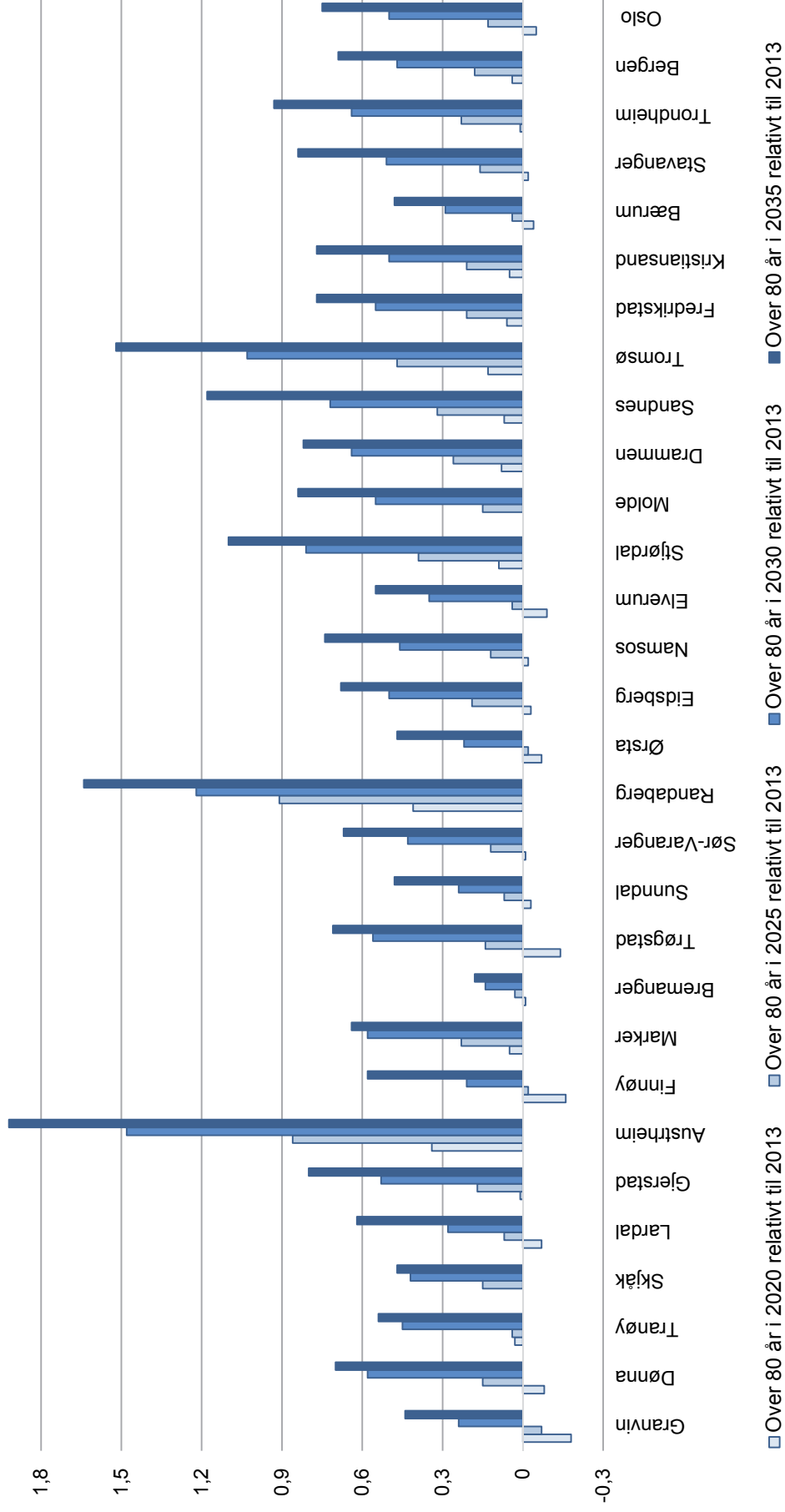
Figur 3.1 Forholdstall antall personer over 67 år i 2013 og fremtidige beregninger



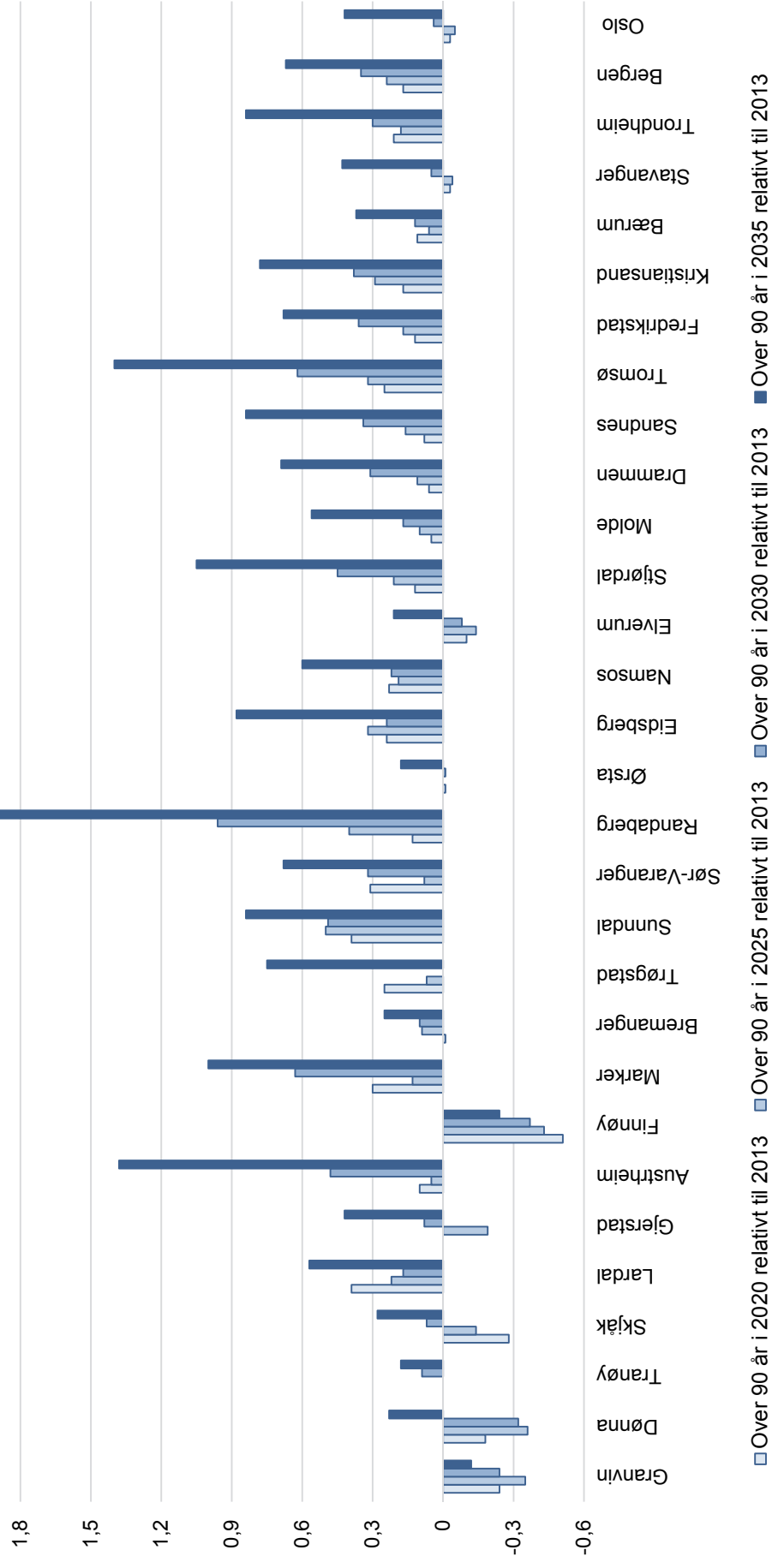
Figur 3.2 viser de samme tallene, men for befolkningen over 80 år. Det fremkommer her at en liten, en mellomstor og en stor kommune vil få de største utfordringene hva gjelder vekst i antall «eldre eldre», kommunene Austrheim, Randaberg og Tromsø. Det er også tre små, to mellomstore og en stor kommune som vi ser den laveste relative veksten. Generelt sett ser det ut til at veksten vil komme tidligere i de store kommunene og holde seg noe høyere enn i de små kommunene med de mellomstore kommunene i en mellomposisjon. Det ser også ut til at veksten lar vente på seg til 2025 i de fleste kommunene.

Granvin, den minste kommunen, Eidsberg den midterste kommunen og Oslo, den største kommunen får omtrent like utfordringer når vi ser på den *relative* økningen i befolkningen. Det er imidlertid viktig å huske på deres vidt forskjellige utgangspunkt. Granvin har i dag 68 mennesker over 80 år, Eidsberg 544 og Oslo 22 319. I 2030 er det forventet at de har hhv 84, 818 og 33 415 personer over 80 år. Det er en vesensforskjell i å skulle kalibrere tjenesten for 16 flere mennesker i forhold til hhv 274 og 11 076 flere eldre. Det gjelder først og fremst antallet nye plasser og antall omsorgspersonell, men det gjelder også forutsigbarhet i forhold til hvor mange av disse som vil komme til å trenge tjenester. Man kan anta at dette er enklere i Granvin der det er lettere å ha oversikt over hver enkelt person, eller i Oslo der det er lettere å regne gjennomsnittlig prosentandel som vil trenge omsorgstjenester. Kanskje har Eidsberg den vanskeligste utfordringen på dette området?

Figur 3.2 Forholdstall antall personer over 80 år i 2013 og fremtidige beregninger



Figur 3.3 Forholdstall antall personer over 90 år i 2013 og fremtidige beregninger



Andelen eldre over 80 år, og enda mer andelen over 90 år er den største utfordringen for kommunene hva gjelder eldreomsorgen, ettersom det er i denne aldersgruppen andelen hjelpe- og pleietrengende er størst. For de færreste kommunene vil det være store endringer frem mot 2025 i aldersgruppen over 80 år, mens større endringer ikke vil komme før etter 2030 for gruppen over 90 år gamle (Figur 3.3). Det er her de største forskjellene mellom kommunene kommer. Dersom det er slik at vi lever lenger og er friskere lenger kan disse prognosene peke mot en begrenset utfordring for kommune-Norge på kort sikt, gitt at dagens tilbud er tilpasset etterspørselen.

Både absolutte og relative tall for alle kommunene i utvalget finnes i tabellvedlegget til dette kapittelet.

3.2 Dekningsgrader i omsorgstjenestene

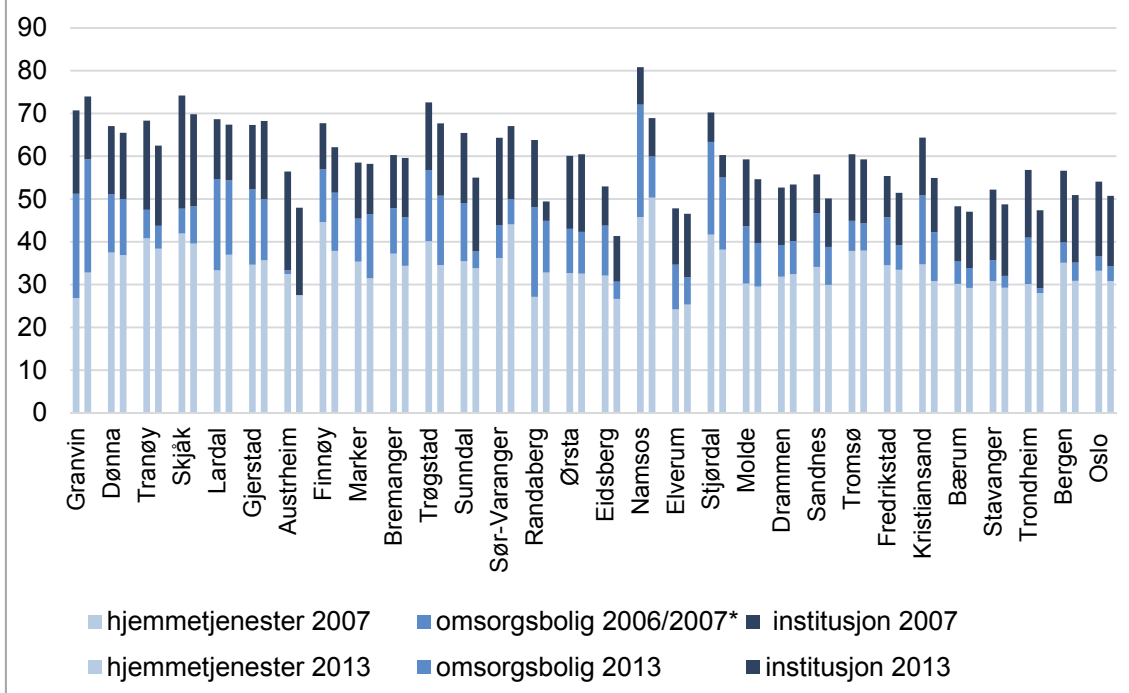
Vi skal nå forlate prognosene for aldringen av befolkningen og se på hvordan omsorgstjenestene for eldre er fordelt i de tre kommunegruppene. Er det slik at de små kommunene er mest generøse? Er det forskjell på små og store kommuner i forhold til hvilke tjenesteprofiler de har satset på?

For å sammenlikne kommunene har vi tatt utgangspunkt i følgende tre variabler hentet fra SSB: «Mottakere av hjemmetjenester 80 år og over», «Beboere i institusjon 80 år og over» «Beboere i boliger til pleie og omsorgsformål 80 og over». Tallene er absolutte, de der derfor omregnet til dekningsgrader, dvs. de er prosentuert med variabelen «antall eldre over 80 år» samme år². For å kunne se utviklingen de siste årene er dekningsgradene for 2007 og 2013 benyttet.

Ut fra figur 3.4 kan vi se at det er relativ stor sammenheng mellom dekningsgradene for hjemmetjenester for eldre i 2007 (den første søylen) og 2013 (den andre søylen), og at det for et flertall av kommunene har vært en liten nedgang i dekningsgraden (lysest grå). Det er større variasjon i dekningsgraden mellom og innad i de små og mellomstore kommunene enn i de store kommunene – det er de små og mellomstore som er både mest «generøse» og «gjerrige» når det gjelder hjemmetjenester.

² I Granvin er dekningsgradene for hjemmetjenester og institusjon beregnet på bakgrunn av tall fra 2012.

Figur 3.4 Dekningsgrader av omsorgstjenester for befolkningen over 80 år. 2007 og 2013



Dekningsgradene for institusjon er den mørkeste delen av søylen. Med unntak av Randaberg kommune ser det ut til at også disse dekningsgradene har fulgt hverandre jevnt over tid. Det ser ut til at det er noe større dekningsgrad i de små kommunene og i de aller største kommunene, i forhold til de mellomstore kommunene. Dekningsgraden for eldre i omsorgsbolig er området der det er størst forskjell mellom dekningsgraden for 2007 og 2013. For et flertall av kommunene har denne dekningsgraden sunket, mest i de mellomstore og store kommunene, mens den er lik eller har økt i de små kommunene.

Utvalget er trukket på bakgrunn av kommunenes ulike profiler hva gjelder dekningsgrader for boliger og institusjoner, og som forventet er det tydelig at det er noen kommuner som har satset på institusjoner, mens andre har satset på boliger. Det er likevel ingen tydelige skiller mellom kommunenes omsorgstilbud utelukkende basert på befolkningsstørrelse. I de fem største kommunene er det tydelig at institusjoner er satsingsområde fremfor omsorgsboliger. Dette kan ha sammenheng med bygningsmassen for øvrig i de store byene der det bygges nye leiligheter med livsløpsstandard hvor eldre kan flytte

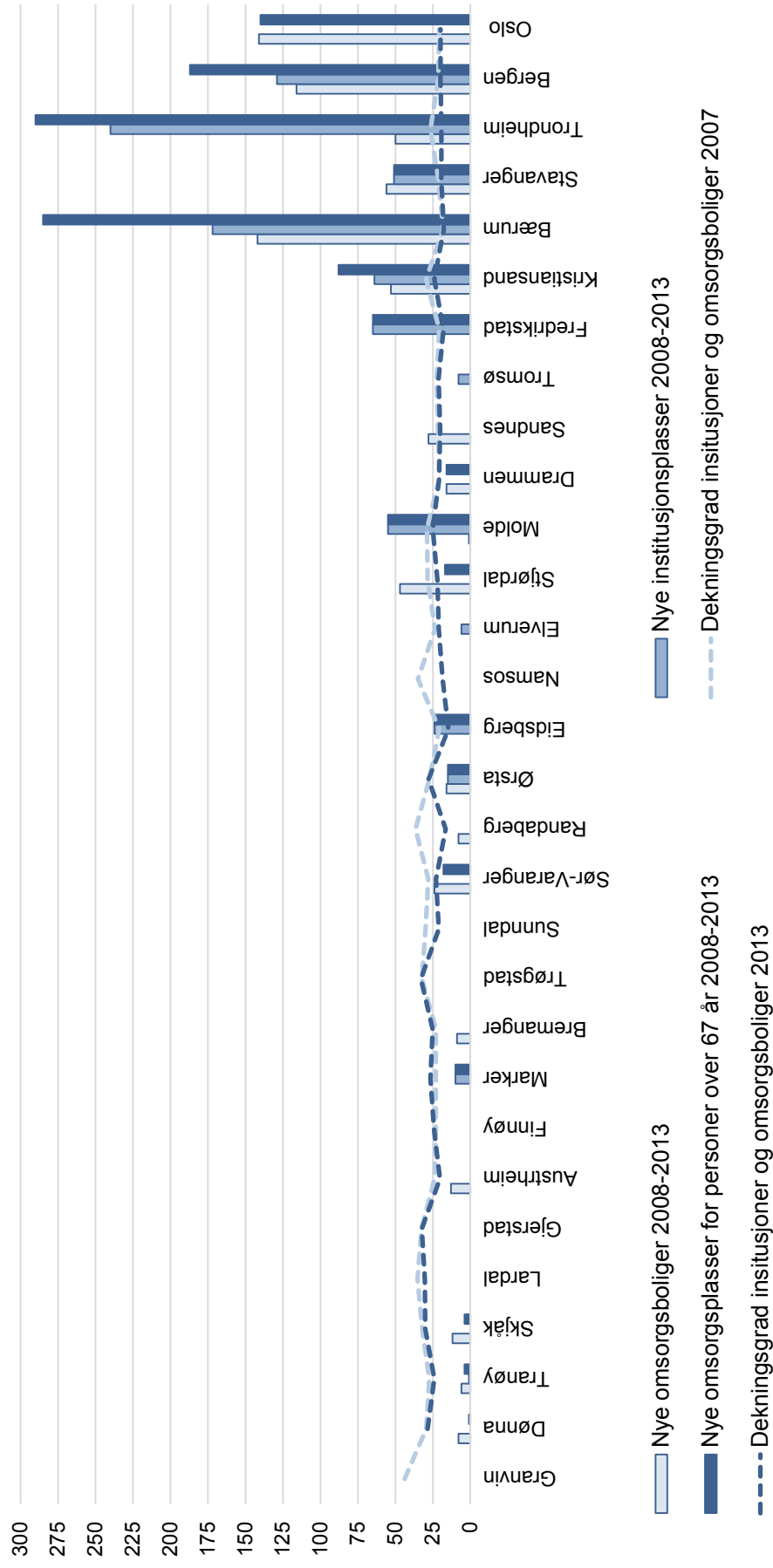
inn, i tillegg til kort reisevei for hjemmetjenesten. Det er mulig at bygningsmassen kan gi grunnlag for stordriftsfordeler uten at kommunen må overta driften av bygg slik som omsorgsbolig-komplekser.

Som vi så i tabell 1 skiller utvalget seg noe fra landsgjennomsnittet hva gjelder dekningsgrader for omsorgstjenestene. Vi skal derfor være noe varsomme med å generalisere utvalget til landet som helhet, men det ser ut til at små og store kommuner i større grad satser på institusjoner enn omsorgsboliger, mens det i de mellomstore kommunene er tydelig at kommunene satser enten på omsorgsboliger eller på institusjon. Hvorfor kommunene velger forskjellig er et tilbakevendende spørsmål som det foreløpig ikke er funnet et enkelt svar på.

3.3 Bygging av nye omsorgsplasser

Husbanken administrerer regjeringens tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger i kommunene. Figur 3.5 er basert på tall fra husbanken på hvilke kommuner som har søkt om, og fått innvilget tilskudd til bygging av omsorgsplasser i perioden 2008-oktober 2013. I oversikten fra Husbanken er det gjort et skille mellom nybygde plasser og oppgradering av plasser. Her har vi kun tatt hensyn til nybygde plasser. De er videre delt inn i nye omsorgsboliger uavhengig av alder på målgruppen, søylen lengst til venstre. Den midtre søylen viser antall nybygde institusjonsplasser, plasser som i de fleste tilfeller er forbeholdt eldre. Den høyre søylen viser hvor mange av de nye omsorgsplassene som er beregnet for eldre over 67 år. For å se om byggingen har hatt noen effekt på dekningsgraden på omsorgstjenestene i kommunen er dekningsgradene for institusjon og omsorgsbolig for eldre lagt sammen for hhv 2007 og 2013, året før byggingen startet og siste tilgjengelige tall. Disse er representert ved linjene i figuren.

Figur 3.5 Tilskudd til bygging av omsorgsplasser og dekningsgrad i 2007 og 2013



Det er i de mest folkerike kommunene at det har vært størst byggevirkosomhet, noe som er å forvente ettersom det er der den største absolutte veksten i antallet eldre vil være. Samtidig er det her den kombinerte dekningsgraden er lavest. Likevel, når vi sammenlikner med dekningsgradene for kombinert sykehjem og omsorgsboliger har ikke byggingen stort utslag, faktisk er dekningsgradene jevnt over noe lavere i 2013 enn i 2007. Det innebærer at behovet potensielt sett er større enn hva nybyggingen klarer å demme opp for. Det er fortsatt noe lavere dekningsgrader i de store kommunene enn i de minste til tross for byggingen. På den andre siden vet vi ikke hvor mange av plassene som er ferdigstilt og hvor det har flyttet inn noen. Det kan også se ut til at de store kommunene i noe større grad satser på institusjonsplasser enn omsorgsboliger. På den andre siden er det mulig at det ikke er nødvendig med like mange kommunale tilrettelagte botilbud i de folkerike kommunene.

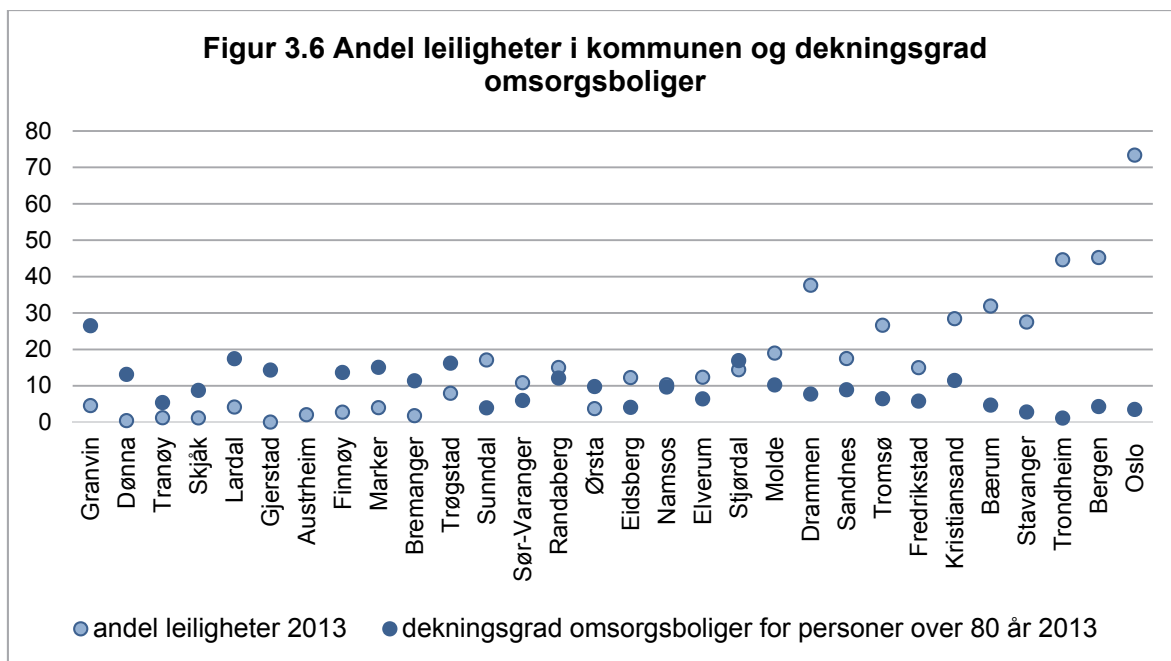
En faktor er bygningsmassen i kommunen som vi vil komme tilbake til i neste del av kapitlet, men også det faktum at det finnes private utbyggere og tilbydere av tilrettelagte boliger. Eksempler er De eldres boligspareklubb og boliger klausulert for personer over en viss alder. Dette er et område som foreløpig er lite kjent, lite eller ingen forskning er gjort på omfanget av slike boliger, og kommunene har heller ingen full oversikt over disse. Man kan bare anta at forekomsten av slike boliger og bo-komplekser er større i mer folkerike strøk, og at dette kan være med å påvirke behovet for kommunale tilrettelagte boliger, som er det som blir målt i den offentlige statistikken. Ønsket er at den enkelte i større grad skal ta ansvar for sin egen bosituasjon (St.meld. nr. 29, 2012–13) og at kommunen dermed i større grad kan rette fokuset mot tjenestene. Trenden er mot at det kun er de aller sykeste som bor i sykehjemmene, noe også samhandlingsreformen peker mot. Omsorgsboligene blir i større grad enn tidligere fulltidsbemannet, et annet område vi også vet lite om grunnet mangelfull rapportering i KOSTRA så langt. Det kan innebære at flere bor i sine opprinnelige hjem, eller at de kjøper en ny tilrettelagt bolig på det ordinære markedet og mottar hjemmetjenester der. Eksisterende statistikk kan kun fortelle oss om omfanget av de kommunale omsorgsboligene, det eksisterende totale tilbudet kan faktisk derfor være høyere noen steder enn hva statistikken gir inntrykk av. Å vurdere hvorvidt det eksisterende tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger er tilstrekkelig vil være vanskelig uten å inkludere slike variabler, for ikke å glemme variabler som måler behovet i befolkningen.

3.4 Boligmarkedets betydning: Bygningsmassen i kommunene og universell utforming

Det synes som en plausibel hypotese at sentrale trekk ved boligmarkedene i kommunene kan bidra til å forklare ulike veivalg i eldreomsorgen. Vi bør for eksempel undersøke om det finnes en sammenheng mellom andelen nybygde boliger med universell utforming og dekningsgrader for omsorgsboliger og sykehjem. Er det slik at kommuner med en høy andel universelt utformede boliger ikke behøver å satse så mye på omsorgsboliger og institusjoner fordi det er enklere å yte omsorg i eldres egne boliger?

Det kan også være rimelig å anta at behovet, spesielt for omsorgsboliger, er høyere i kommuner med en stor andel eneboliger, og i kommuner med eldre bygningsmasse. Dette da boligene i mindre grad er bygget med tanke på nedsatt bevegelighet, og en trapp kan være en stor utfordring. Vi har derfor sett på forholdet mellom typen boliger i kommunen og dekningsgradene for omsorgsboliger. Vi har tatt utgangspunkt i variabelen «Boliger (beboede og ubebodde), etter bygningstype» i 2013 fra SSB. Variabelen «andel hus» er beregnet som andelen av kommunens boliger kategorisert som eneboliger, tomannsboliger og rekkehus. Variabelen «andel leiligheter» er andelen av boligene kategorisert som blokk. Boliger kategorisert som bofellesskap og andre bygningstyper er utelatt fra kategoriene, men er inkludert i prosentueringsgrunnlaget.

Det er tilsynelatende en viss sammenheng mellom type boliger og dekningsgraden av omsorgsboliger i kommunen. Fra figur 3.6 ser vi at det er slik at jo større andel leiligheter i kommunen, jo lavere dekningsgrad av omsorgsboliger. Det kan tyde på at behovet for tilrettelagte kommunale boliger er noe mindre der det finnes et større antall slike leiligheter på markedet. Det er typisk færre hus og flere leiligheter jo større kommunen er.



På den andre siden er det ikke sikkert at alle leilighetskompleks er tilrettelagte med f.eks. heis, eller at alle hus er over flere etasjer. Det vi imidlertid sikker kan si er at leiligheter innebærer en større fortetting av befolkningen enn hva ene- og tomannsboliger innebærer. Det igjen gir kortere reisevei for hjemmetjenestepersonalet. Som en mulig forklaring på tendensen til at det er lavere omsorgsbolig-dekning i kommuner med større andel leiligheter er at det ikke er like nødvendig med samlokalisering av hjelp- og pleietrengende i kommuner med høyere fortetting av boligmassen.

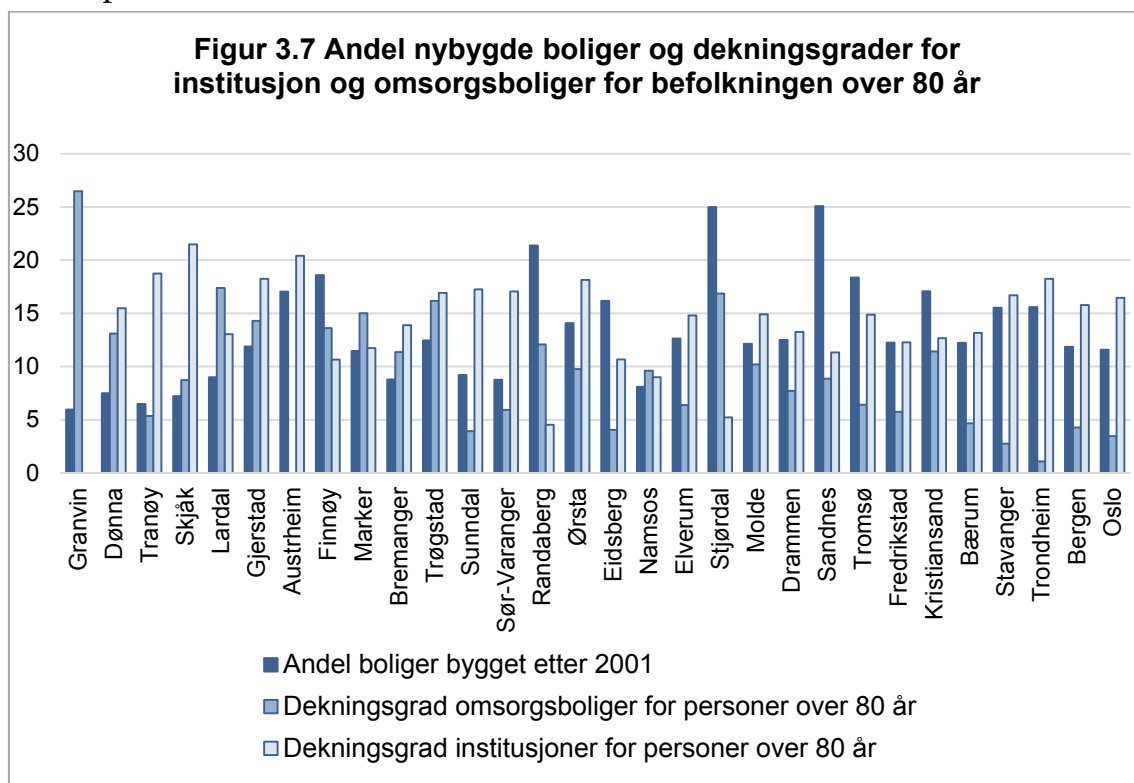
UNIVERSELL UTFORMING

De første kravene til «brukbarhet» i nye bygninger kom i og med Byggteknisk forskrift fra 1997 (Halvorsen og Sandlie, 2012: 58). Det ble da krav til livsløpsstandard i enkelte bygninger. Kravene til universell utforming ble innført med Plan og bygningsloven i 2009 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008). Loven kom samtidig med regjeringens handlingsplan «Norge universelt utformet 2025» – Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009–2013. Handlingsplanen og lovverket var resultatet av et langvarig fokus på integrering av funksjonshemmede, men også eldres behov for en tilrettelagt bolig.

Plan og bygningsloven gjelder i hovedsak kommunenes plikt til å tenke universell utforming i sine planverk. Forskrift om tekniske krav til byggverk,

populært kalt Tek10 foreskriver kravene om universell utforming i nybygg (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2010). I korte trekk går forskriften ut på at alle boenheter i bygg med krav om heis skal ha alle hovedfunksjoner på inngangsplanet, også boenheter på bygningens inngangsplan i bygg uten heis. Med hovedfunksjoner menes stue, kjøkken, soverom, bad og toalett. Boenheten skal med andre ord være tilrettelagt for bevegelsehemmede.

Figur 3.7 viser at det tilsynelatende ikke er noen klar sammenheng mellom andel nybygde boliger med universell utforming i kommunen og dekningsgraden for omsorgsboliger eller institusjoner for eldre. Kommuner som Finnøy og Stjørdal har begge relativt stor andel nybygde boliger, og relativt god dekning av omsorgsboliger. Tranøy og Sunndal ligger relativt lavt på begge, mens flere av de største kommunene har stort sprik mellom andel nybygde boliger og dekningsgrad av omsorgsboliger, det samme har den minste kommunen i utvalget, Granvin. Det ser med andre ord ikke ut til at en større andel nylig bygde boliger med universell utforming har stor påvirkning på dekningsgradene av omsorgstjenester for eldre. En mulig forklaring er eldres motvillighet mot å flytte – kanskje er de nye boligene med universell utforming i større grad bosatt av «godt voksne», noe som kan føre til en endring av dette bildet på sikt.



3.5 Hvem har bygget nye omsorgsplasser?

Noe av hensikten med dette kapitlet er å – om mulig – besvare spørsmålet om kommunene er klare for samfunnets aldring ved å se på forskjeller mellom store, små og mellomstore kommuner. Vi startet gjennomgangen ved å se på befolkningsframskrivingen; er det vesensforskjeller mellom små, store og mellomstore kommuner? Vi fant at de store kommunene er likere innbyrdes enn de mellomstore og små kommunene. De store kommunene vil alle se en økning i andel eldre i alle aldersgruppene fem mot 2035. Tromsø vil få en større andel eldre enn de andre stor-kommunene. Når det gjelder de aller minste kommunene i utvalget vil heller ikke disse se enorme økninger i andelen eldre. Det er enkelte av de små og mellomstore, eller skal vi si mellom-små kommunene som vil få de største utfordringene når det gjelder økningen i andelen eldre, og i antallet potensielt pleie- og omsorgstrengende. Økningen vil ikke være jevnt fordelt kommunene imellom.

Neste skritt var å se på dekningsgradene i hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem i kommunene. Når vi ser på tjenstedekningen må vi ha i bakhodet at utvalget ikke nødvendigvis er representativt for landet som helhet. Gjennomsnittet av dekningsgradene for hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem i små, mellomstore og store kommuner i utvalget viser at små kommuner har høyere dekningsgrader for alle tre områdene (tabell 3.1). De ligger høyere enn gjennomsnittet av alle landets kommuner når det gjelder omsorgsboliger og sykehjem, men lavere enn gjennomsnittet i hjemmetjenester. De mellomstore kommunene ligger i midten når det gjelder omsorgsbolig og hjemmetjenester, men lavest på institusjoner. De ligger under landsgjennomsnittet på alle tre tjenesteområdene. Det samme gjør de store kommunene som ligger lavest på de «åpne tjenestene» omsorgsboliger og hjemmetjenester, men høyere enn de mellomstore kommunene i institusjonsomsorg. Det kan med andre ord se ut til at smått er best når man trenger omsorgstjenester, hvertfall i dette utvalget.

Tabell 3.1 Dekningsgrader omsorgstjenester, gjennomsnitt i kommunegruppene. 2013

| | Omsorgs- bolig | Institusjon | Hjemme- tjenester |
|--------------------------------------|-------------------|-------------|----------------------|
| Gjennomsnitt 10 små kommuner | 13.9 | 16 | 35.4 |
| Gjennomsnitt 10 mellomstore kommuner | 9.5 | 12.9 | 34.8 |
| Gjennomsnitt 10 store kommuner | 5.7 | 14.5 | 31.3 |
| Alle landets kommuner | 11.5 | 15.1 | 36.4 |

Det er imidlertid ikke mulig å slå fast om kommunene har et tilstrekkelig tilbud ut fra disse tallene. Som allerede nevnt vil boligmarkedet og tilgjengeligheten på tilrettelagte boliger spille en rolle når behovet for omsorgsboliger, og for så vidt sykehjem, beregnes. I følge lovverket skal den enkelte kunne motta nødvendige pleie- og omsorgstjenester uavhengig av bosted, det skal derfor ikke være nødvendig med et kommunalt botilbud for å motta tjenestene. Trygghet er også en faktor som ofte nevnes i forbindelse med flytting til omsorgsboliger – vissheten om at det er noen til stede. Denne tryggheten kan også skapes på andre måter som ved trygghetsalarm og ved å ha fysisk nærhet til andre mennesker. På den andre siden kan en spørre seg om behovet faktisk er så mye lavere i storkommunene? Det er et spørsmål det er vanskelig å besvare all den tid behovsvurderinger ikke gjøres for personer som ikke søker om tjenester, og det ikke finnes oversikt over det totale tilbudet av tilrettelagte boliger.

I absolutte tall vil helt klart de store kommunene få de største utfordringene, og vi så av figur 3.7 at det også er disse som bygger flest antall omsorgsplasser. Det har foreløpig ikke resultert i høyere dekningsgrad hva gjelder omsorgsplasser, men kan tolkes som at det er fokus på dette området i kommunene. Færre nye omsorgsplasser er bygget i de små og mellomstore kommunene, men her er til gjengjeld kapasiteten i tjenestene høyere og den forventede veksten noe mindre.

Det er foretatt en bivariat korrelasjonsanalyse for å forsøke å identifisere variabler som kan tenkes å påvirke sjansen for at en kommune har bygget nye omsorgsplasser i perioden 2008–2013. Utgangspunktet her er husbankens data på hvilke kommuner som har søkt om tilskudd til bygging i perioden 2008– oktober 2013. Vi har sett på sammenheng med om kommunen har

bygget omsorgsplasser for eldre (omsorgsbolig eller institusjon), omsorgsboliger uavhengig av målgruppe, institusjonsplasser eller omsorgsboliger for eldre³. Variablene har 2 verdier: bygget eller ikke bygget.

I kommune-utvalget er det en positiv bivariat sammenheng (Pearsons r) mellom kommunestørrelse og om kommunen har bygget omsorgsboliger for eldre. Det betyr at sjansen for å bygge omsorgsboliger for eldre er større i større kommuner enn i små kommuner, noe vi kunne se i figur 3.7. Det er imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom kommunestørrelse og bygging av sykehjem eller om kommunen har valgt å bygge omsorgsplasser i det hele tatt. Vi kan derfor ikke si at store kommuner er «mer på hugget» enn små kommuner.

På den andre siden er det en negativ signifikant sammenheng mellom dekningsgrad for omsorgsboliger for eldre 80+ i 2007, altså før byggingen, og om kommunen har bygget omsorgsplasser for eldre, og omsorgsboliger uavhengig av målgruppe. Det kan tyde på at det er kommunene med lavest dekningsgrader som bygger nytt for å supplere eksisterende tilbud. Det er imidlertid bare eksisterende omsorgsbolig-tilbud som har noe å si for om kommunen bygger, hverken dekningsgrader av sykehjem eller hjemmetjenester har noen signifikant effekt. Vi klarte ikke å identifisere tilsvarende variabler som påvirket om kommunene bygget institusjon eller ikke.

Den eksisterende bygningsmassen i kommunen påvirker sjansen for at kommunen bygger nye omsorgsplasser for eldre generelt, og omsorgsboliger spesielt. Jo større andel av kommunens bygningsmasse som er ene- og tomannsboliger og rekkehus, jo færre omsorgsboliger bygges, mens jo større andel som er blokkleiligheter jo flere omsorgsboliger bygges. Dette kan sammenfalle med at det er de store kommunene som i større grad bygger, der er det lavere andel eneboliger, spesielt i bykjernene. Det støttes av at det ikke er noen sammenheng mellom hvorvidt kommunen bygger og variabler som andel av befolkningen som bor i tettsteder og gjennomsnittlig reisetid til kommunesenteret.

En variabel som kan sies å måle noe av behovet for omsorgstjenester er andelen av kommunens eldre som er enslige. Denne har en positiv samvariasjon med byggingen av omsorgsboliger for eldre. På den andre siden er det

³ Beregnet ved å subtrahere antall nye institusjonsplasser fra antall nye plasser for eldre over 67 år. Dette er et omtrentlig tall da det kan være institusjonsplasser for andre enn eldre).

ingen sammenheng mellom hvorvidt kommunen har bygget og variablene for befolkningsframskriving på hverken lang eller kort sikt, befolknings sammensetningen i kommunen eller kommunens inntekter i form av frie inntekter. Det kan tyde på at dagens behov i større grad bestemmer dagens investeringer enn fremtidig behov.

3.6 Avslutning: nåsituasjonens betydning for planlegging

Den nedslående konklusjonen av drøftingen under punkt 3.6, er at det ikke er et enkelt svar på spørsmålet om hvilke kommuner som har bygget nye omsorgsplasser de siste 6 årene, og viktigere – det er ikke lett å bedømme hvorvidt kommunene er klare for samfunnets aldring. Statistiske analyser kan, i denne sammenhengen, i liten grad peke fremover all den tid tallene måler hva som har vært. Fremtiden, når behovene oppstår i større skala om flere år, kan bedre bedømmes ved å se på kommunenes planer, fokuset i de neste kapitlene i denne rapporten. Når det er sagt er funnene presentert i dette kapitlet av stor betydning for å bedømme kommunenes fremtidsplaner. I kapittel 4 og 5 vil vi stadig vende tilbake til dette kapitlets analyser.

Tabellvedlegg, kapittel 3

Tabell 3.2: Befolkningen over hhv 67 og 80 år i 2013 og fremskrevet til 2020, 2025, 2030 og 2035. Absolutte tall

| | Befolkning over 67 år | | | | | Befolkningen over 80 år | | | | | Befolkningen over 90 år | | | | |
|--------------|-----------------------|-------|-------|--------|--------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|------|------|------|------|
| | 2013 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2013 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2013 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 |
| Granvin | 164 | 200 | 221 | 241 | 245 | 68 | 56 | 63 | 84 | 98 | 17 | 13 | 11 | 13 | 15 |
| Dønna | 259 | 306 | 334 | 369 | 382 | 84 | 77 | 97 | 133 | 143 | 22 | 18 | 14 | 15 | 27 |
| Tranøy | 333 | 384 | 395 | 410 | 407 | 112 | 115 | 117 | 162 | 173 | 22 | 22 | 22 | 24 | 26 |
| Skjåk | 449 | 507 | 551 | 573 | 584 | 149 | 149 | 172 | 211 | 219 | 29 | 21 | 25 | 31 | 37 |
| Lardal | 369 | 446 | 532 | 596 | 648 | 138 | 129 | 147 | 176 | 223 | 23 | 32 | 28 | 27 | 36 |
| Gjerstad | 379 | 471 | 535 | 624 | 685 | 126 | 127 | 147 | 193 | 227 | 26 | 26 | 21 | 28 | 37 |
| Austrheim | 413 | 567 | 618 | 683 | 746 | 98 | 131 | 182 | 243 | 286 | 21 | 23 | 22 | 31 | 50 |
| Finnøy | 457 | 493 | 618 | 685 | 722 | 169 | 142 | 166 | 205 | 267 | 51 | 25 | 29 | 32 | 39 |
| Marker | 659 | 803 | 828 | 887 | 946 | 213 | 224 | 261 | 337 | 350 | 30 | 39 | 34 | 49 | 60 |
| Bremanger | 826 | 847 | 859 | 891 | 930 | 317 | 314 | 325 | 360 | 375 | 67 | 66 | 73 | 74 | 84 |
| Trøgstad | 777 | 965 | 1048 | 1195 | 1359 | 266 | 230 | 303 | 416 | 455 | 44 | 55 | 47 | 44 | 77 |
| Sunnal | 1217 | 1370 | 1561 | 1775 | 1928 | 458 | 443 | 488 | 568 | 680 | 70 | 97 | 105 | 104 | 129 |
| Sør-Varanger | 1309 | 1570 | 1746 | 1933 | 2141 | 422 | 419 | 474 | 603 | 706 | 59 | 77 | 64 | 78 | 99 |
| Randaberg | 1110 | 1394 | 1613 | 1906 | 2238 | 265 | 374 | 505 | 588 | 699 | 47 | 53 | 66 | 92 | 138 |
| Ørsta | 1660 | 1908 | 2109 | 2336 | 2542 | 645 | 597 | 632 | 787 | 946 | 138 | 137 | 138 | 136 | 163 |
| Eidsberg | 1691 | 1975 | 2202 | 2439 | 2737 | 544 | 527 | 646 | 818 | 913 | 85 | 105 | 112 | 105 | 160 |
| Namsos | 1849 | 2257 | 2522 | 2755 | 3016 | 634 | 619 | 708 | 925 | 1105 | 107 | 132 | 127 | 131 | 171 |
| Elverum | 3169 | 3727 | 4156 | 4498 | 4947 | 1128 | 1031 | 1168 | 1526 | 1754 | 224 | 202 | 193 | 206 | 270 |
| Sjørdal | 3054 | 3817 | 4375 | 4934 | 5614 | 901 | 979 | 1248 | 1627 | 1895 | 152 | 170 | 184 | 221 | 311 |
| Molde | 3701 | 4619 | 5310 | 5927 | 6472 | 1294 | 1289 | 1492 | 2004 | 2385 | 258 | 271 | 284 | 303 | 403 |
| Drammen | 9171 | 10993 | 12209 | 13519 | 14889 | 2904 | 3136 | 3664 | 4764 | 5272 | 550 | 585 | 608 | 723 | 929 |
| Sandnes | 6751 | 8616 | 10445 | 12324 | 14362 | 2100 | 2250 | 2762 | 3613 | 4576 | 391 | 421 | 454 | 522 | 721 |
| Tromsø | 6784 | 9161 | 10890 | 12417 | 14064 | 1902 | 2141 | 2802 | 3863 | 4789 | 291 | 365 | 383 | 471 | 697 |
| Fredrikstad | 11197 | 13404 | 15152 | 16953 | 19059 | 3571 | 3800 | 4325 | 5518 | 6335 | 601 | 673 | 702 | 815 | 1011 |
| Kristiansand | 10422 | 12538 | 14255 | 16194 | 18328 | 3432 | 3602 | 4138 | 5141 | 6070 | 568 | 662 | 730 | 785 | 1010 |
| Bærum | 15493 | 17715 | 20013 | 22781 | 25571 | 5774 | 5518 | 5994 | 7455 | 8534 | 1095 | 1216 | 1166 | 1226 | 1503 |
| Stavanger | 13538 | 16782 | 19343 | 21691 | 23934 | 4641 | 4542 | 5383 | 7024 | 8537 | 974 | 944 | 937 | 1018 | 1390 |
| Trondheim | 20204 | 25272 | 28980 | 32337 | 36015 | 6509 | 6581 | 8028 | 10644 | 12578 | 1086 | 1316 | 1286 | 1416 | 2000 |
| Bergen | 33282 | 39427 | 44071 | 49397 | 54858 | 11488 | 12002 | 13550 | 16892 | 19394 | 2149 | 2512 | 2668 | 2899 | 3581 |
| Oslo | 63739 | 77716 | 88478 | 100363 | 113324 | 22319 | 21246 | 25126 | 33415 | 39142 | 4793 | 4670 | 4530 | 4975 | 6789 |

Tabell 3.3: forholdtallet mellom befolkningen over hhv 67 og 80 år i 2013 og fremskrevet til 2020, 2025, 2030 og 2035.

| | Befolkningen over 67 år | | | Befolkningen over 80 år | | | Befolkningen over 90 år | | | | | |
|--------------|-------------------------|---------|---------|-------------------------|---------|---------|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2020:13 | 2025:13 | 2030:13 | 2035:13 | 2020:13 | 2025:13 | 2030:13 | 2035:13 | 2020:13 | 2025:13 | 2030:13 | 2035:13 |
| Granvin | 1.22 | 1.35 | 1.47 | 1.49 | 0.82 | 0.93 | 1.24 | 1.44 | 0.76 | 0.65 | 0.76 | 0.88 |
| Dønna | 1.18 | 1.29 | 1.42 | 1.47 | 0.92 | 1.15 | 1.58 | 1.7 | 0.82 | 0.64 | 0.68 | 1.23 |
| Tranøy | 1.15 | 1.19 | 1.23 | 1.22 | 1.03 | 1.04 | 1.45 | 1.54 | 1 | 1 | 1.09 | 1.18 |
| Skjåk | 1.13 | 1.23 | 1.28 | 1.3 | 1 | 1.15 | 1.42 | 1.47 | 0.72 | 0.86 | 1.07 | 1.28 |
| Lardal | 1.21 | 1.44 | 1.62 | 1.76 | 0.93 | 1.07 | 1.28 | 1.62 | 1.39 | 1.22 | 1.17 | 1.57 |
| Gjerstad | 1.24 | 1.41 | 1.65 | 1.81 | 1.01 | 1.17 | 1.53 | 1.8 | 1 | 0.81 | 1.08 | 1.42 |
| Austrheim | 1.37 | 1.5 | 1.65 | 1.81 | 1.34 | 1.86 | 2.48 | 2.92 | 1.1 | 1.05 | 1.48 | 2.38 |
| Finnøy | 1.08 | 1.35 | 1.5 | 1.58 | 0.84 | 0.98 | 1.21 | 1.58 | 0.49 | 0.57 | 0.63 | 0.76 |
| Marker | 1.22 | 1.26 | 1.35 | 1.44 | 1.05 | 1.23 | 1.58 | 1.64 | 1.3 | 1.13 | 1.63 | 2 |
| Bremanger | 1.03 | 1.04 | 1.08 | 1.13 | 0.99 | 1.03 | 1.14 | 1.18 | 0.99 | 1.09 | 1.1 | 1.25 |
| Trøgstad | 1.24 | 1.35 | 1.54 | 1.75 | 0.86 | 1.14 | 1.56 | 1.71 | 1.25 | 1.07 | 1 | 1.75 |
| Sunnal | 1.13 | 1.28 | 1.46 | 1.58 | 0.97 | 1.07 | 1.24 | 1.48 | 1.39 | 1.5 | 1.49 | 1.84 |
| Sør-Varanger | 1.2 | 1.33 | 1.48 | 1.64 | 0.99 | 1.12 | 1.43 | 1.67 | 1.31 | 1.08 | 1.32 | 1.68 |
| Randaberg | 1.26 | 1.45 | 1.72 | 2.02 | 1.41 | 1.91 | 2.22 | 2.64 | 1.13 | 1.4 | 1.96 | 2.94 |
| Ørsta | 1.15 | 1.27 | 1.41 | 1.53 | 0.93 | 0.98 | 1.22 | 1.47 | 0.99 | 1 | 0.99 | 1.18 |
| Eidsberg | 1.17 | 1.3 | 1.44 | 1.62 | 0.97 | 1.19 | 1.5 | 1.68 | 1.24 | 1.32 | 1.24 | 1.88 |
| Namsos | 1.22 | 1.36 | 1.49 | 1.63 | 0.98 | 1.12 | 1.46 | 1.74 | 1.23 | 1.19 | 1.22 | 1.6 |
| Elverum | 1.18 | 1.31 | 1.42 | 1.56 | 0.91 | 1.04 | 1.35 | 1.55 | 0.9 | 0.86 | 0.92 | 1.21 |
| Stjørdal | 1.25 | 1.43 | 1.62 | 1.84 | 1.09 | 1.39 | 1.81 | 2.1 | 1.12 | 1.21 | 1.45 | 2.05 |
| Molde | 1.25 | 1.43 | 1.6 | 1.75 | 1 | 1.15 | 1.55 | 1.84 | 1.05 | 1.1 | 1.17 | 1.56 |
| Drammen | 1.2 | 1.33 | 1.47 | 1.62 | 1.08 | 1.26 | 1.64 | 1.82 | 1.06 | 1.11 | 1.31 | 1.69 |
| Sandnes | 1.28 | 1.55 | 1.83 | 2.13 | 1.07 | 1.32 | 1.72 | 2.18 | 1.08 | 1.16 | 1.34 | 1.84 |
| Tromsø | 1.35 | 1.61 | 1.83 | 2.07 | 1.13 | 1.47 | 2.03 | 2.52 | 1.25 | 1.32 | 1.62 | 2.4 |
| Fredrikstad | 1.2 | 1.35 | 1.51 | 1.7 | 1.06 | 1.21 | 1.55 | 1.77 | 1.12 | 1.17 | 1.36 | 1.68 |
| Kristiansand | 1.2 | 1.37 | 1.55 | 1.76 | 1.05 | 1.21 | 1.5 | 1.77 | 1.17 | 1.29 | 1.38 | 1.78 |
| Bærum | 1.14 | 1.29 | 1.47 | 1.65 | 0.96 | 1.04 | 1.29 | 1.48 | 1.11 | 1.06 | 1.12 | 1.37 |
| Stavanger | 1.24 | 1.43 | 1.6 | 1.77 | 0.98 | 1.16 | 1.51 | 1.84 | 0.97 | 0.96 | 1.05 | 1.43 |
| Trondheim | 1.25 | 1.43 | 1.6 | 1.78 | 1.01 | 1.23 | 1.64 | 1.93 | 1.21 | 1.18 | 1.3 | 1.84 |
| Bergen | 1.18 | 1.32 | 1.48 | 1.65 | 1.04 | 1.18 | 1.47 | 1.69 | 1.17 | 1.24 | 1.35 | 1.67 |
| Oslo | 1.22 | 1.39 | 1.57 | 1.78 | 0.95 | 1.13 | 1.5 | 1.75 | 0.97 | 0.95 | 1.04 | 1.42 |

4 Tjenestetilbud

I dette kapitlet drøfter vi kommunenes fremtidsplaner i eldreomsorgen i lys av samfunnets tiltagende aldring. Vi retter først og fremst oppmerksomheten mot følgende spørsmål: hva satser kommunene på i fremtiden? Sykehjem, omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester? Deretter problematiserer vi kommunenes prioritering og bevissthet om eldreomsorgens utfordringer frem mot 2030. I tillegg undersøker vi om det er tegn til konflikt om veivalg mellom sykehjem- og omsorgsboligtilhengere. Vi drøfter også samhandlingsreformens konsekvenser for sykehjemmenes funksjon: Er omstillingen fra langtids- til korttids-tilbud i sykehjemmene fremtredende i kommuneplanene? Endelig drøftes kapitlets konklusjoner opp mot tidligere forskning og nasjonale styrings-signaler. Vi innleder kapitlet med å se på de 30 kommunenes planverk, og ser om det er likhetstrekk mellom kommunene i de tre gruppene små, mellomstore og største kommuner.

4.1 De ti største kommunene

Som antydnet i kapittel 2 og 3, er mange av landets største kommuner preget av sykehjem- og hjemmetjenesteorientering. Selv med Husbankens investeringstilskudd og statlige styringssignaler har de største kommunene i regelen prioritert omsorgsboliger lavt sammenlignet med andre kommuner. Dette gjelder spesielt de fem største kommunene: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum. Mens gjennomsnittet for landet som helhet var 11.5 prosent dekning av omsorgsboliger for personer over 80 år i 2013, var gjennomsnittet for de ti største kommunene 5.7 prosent samme år. I de fem største kommunene var omsorgsboligdekningen henholdsvis 4.7 (Bærum), 2.8 (Stavanger), 1.1 (Trondheim), 4.3 (Bergen) og 3.5 prosent (Oslo). Med en omsorgsboligdekning på 11.4 prosent, så vidt under landsgjennomsnittet, er Kristiansand det klareste unntaket fra hovedregelen.

Det synes også verdt å gjenta, som tabell 4.1 viser, at de største kommunene generelt har en lav samlet dekningsgrad av tjenester til eldre (sykehjem, omsorgsboliger, hjemmetjenester) sammenlignet med landet som helhet.

Tabell 4.1 Dekningsgrader for befolkningen over 80 år 2013, store kommuner.

| | Institusjon | Omsorgsbolig | Hjemmetjenester |
|----------------------------|-------------|--------------|-----------------|
| Oslo | 16.5 | 3.5 | 30.8 |
| Bergen | 15.8 | 4.3 | 30.9 |
| Trondheim | 18.3 | 1.1 | 28.0 |
| Stavanger | 16.7 | 2.8 | 29.3 |
| Bærum | 13.2 | 4.7 | 29.2 |
| Kristiansand | 12.7 | 11.4 | 30.8 |
| Fredrikstad | 12.3 | 5.7 | 33.4 |
| Tromsø | 14.9 | 6.4 | 38.0 |
| Sandnes | 11.3 | 8.9 | 30.0 |
| Drammen | 13.3 | 7.7 | 32.4 |
| Gjennomsnitt 10 store | 14.5 | 5.7 | 31.3 |
| Gjennomsnitt alle kommuner | 15.1 | 11.5 | 36.4 |

Vår gjennomgang av planene tyder på at flere av de største kommunene fortsette i samme spor som tidligere; dvs. at de *de facto* planlegger å være sykehjems- og hjemmetjenesteorienterte i nærmeste fremtid. På den annen side signaliserer planene til flere kommuner en justering av kursen i retning av større satsing på omsorgsboliger. I planene til de ti største kommunene er det også et generelt fokus på at de eldre bør bo i egen bolig så lenge som mulig. Følgelig er hjemmetjenestene et viktig satsingsområde for alle kommuner. Dette begrunnes dels med hensynet til omsorgstjenestenes bærekraft i lys av samfunnets aldring, og dels med at det er i samsvar med de eldres preferanser å bo i egen bolig.

Hvis vi sammenligner med resten av landet fremstår *Oslo* som et eksempel på en utpreget sykehjemskommune. I kommunens sykehjemsbehovsplan, argumenteres det imidlertid for en todelt satsing på sykehjem og såkalt Omsorg+, dvs. omsorgsboliger som er rettet mot personer over 67 år som ikke kvalifiserer for sykehjemsplass, men som ønsker en mer tilgjengelig og tryggere bolig med døgnbemanning. Omsorg+ boligene drives av kommunen, organisasjoner, private eller gjennom ulike former for offentlig-privat samarbeid (Schmidt m.fl., 2013: 144–145). Ifølge Oslos sykehjemsbehovsplan kan disse boligene plasseres mellom sykehjem og ordinære boliger i «omsorgstrappen»:

Omsorg+ er et nytt botilbud som skal dekke eldres boligbehov på et nivå som ligger mellom sykehjem og vanlig bolig i omsorgstrappen. Omsorg+ skal først og fremst være et tilbud til de som har

behov for et trygt botilbud, hvor det aktivt tilrettelegges for samvær med andre, og hvor nærværende personell enkelt kan tilkalles. Omsorg+ tilrettelegges som boliger, ikke som institusjon. På sikt er målet med tilbudet å avlaste etterspørselen etter sykehjemsplasser. De eldre som bor i omsorgsboliger og Omsorg+ får hjemmetjenester etter behovsvurdering på lik linje med dem som bor i vanlige boliger (*Oslo kommune. Sykehjemsbehovsplan 2012–2022: 14*).

Man kan sammenlikne Omsorg+-boligene med omsorgsboliger med hel-døgnomsorg. Det er verdt å merke seg at behovsplanen varsler at målet på sikt er å vri en del av tilbudet i eldreomsorgen fra sykehjem til Omsorg+. Planen skisserer en rekke målsettinger frem mot 2030 som innebærer en parallell satsing på sykehjem og Omsorg+:

Mål fram til 2015: rehabilitering og fornyelse av tre sykehjem med cirka 400 sykehjemsplasser.

Etablering av ytterligere 460 leiligheter i Omsorg+.

Mål 2016– 2017: rehabilitering og fornyelse av fire sykehjem med 600 sykehjemsplasser.

Mål 2018–2022: kvaliteten på bygningsmessig sykehjemsstandard heves for ytterligere 1 500 sykehjemsplasser, slik at det til sammen er rehabilitert og fornyet 2 500 sykehjemsplasser siden 2010. Planlegges for stor økning av kapasiteten mot 2030.

Mål 2023–2030: rehabilitering og fornyelse av cirka 200 sykehjemsplasser. Total kapasitet økes med ca. 2200 enheter i sykehjem og botilbud for eldre, herunder Omsorg+, slik at det oppnås 25 % dekning for personer 80+ (*Oslo kommune. Sykehjemsbehovsplan 2012–2022: 4*).

Det er verdt å merke seg planens fokus på rehabilitering av eksisterende sykehjem. Videre varsler hovedstadens sykehjemsbehovsplan utbygging av omsorgstilbudet for eldre frem mot 2030, men lar det stå åpent hvor stor andel av ekspansjonen som vil skje i form av sykehjemsplasser. Oslo kommunes seniormelding fra 2014 indikerer imidlertid at byrådet og kommuneadministrasjonen ser for seg en tung satsing på Omsorg+ og hjemmetjenester frem

mot 2030. I meldingen vises det til St. meld. 29 (2012–13) og erfaringer fra andre norske kommuner for å begrunne en slik vending i eldreomsorgen. «At 1980-tallets institusjonsløsninger ikke er løsningen på fremtidens utfordringer», tas for gitt i seniormeldingen (Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 23). Slik vi skal komme tilbake til i kapittel 5, fremhever seniormeldingen mer generelt de eldres ansvar for egen bolig i tråd med nasjonale styringssignaler. I meldingen vises det til at omkring 20 prosent som er over 80 år i hovedstaden bor i et kommunalt botilbud: Omsorg+, omsorgsbolig eller sykehjem. Det antydes imidlertid at denne andelen bør og vil reduseres. Eller som det heter i seniormeldingen: «Med tiltakskjeder og tilrettelegging som presenteres i denne meldingen, forventes dette tallet redusert» (Ibid.:3). Det kan dermed virke som seniormeldingen er i konflikt med sykehjemsbehovsplanens målsetting om 25 prosents dekning av omsorgs- og sykehjemsplasser for personer over 80 år.

Sammenlignet med resten av landet er *Bergen* også en utpreget sykehjemskommune. I likhet med Oslo planlegges imidlertid en parallell satsing på sykehjem og omsorgsboliger i fremtiden. I byrådets forslag til budsjett for 2013 argumenteres det for at behovet for sykehjem vil øke i fremtiden, spesielt som følge av veksten i antallet over 90 år:

Den store veksten i eldre over 90 år vil representere et økt behov for institusjonsbaserte tjenester. I dag er en tredjedel av alle i denne aldersgruppen beboere på alders- eller sykehjem. Samhandlingsreformen vil sannsynligvis øke behovet for heldøgns omsorg på grunn av raskere utskrivning fra sykehus, særlig til korttidsplasser, og krav om akutttilbud med døgnopphold» (*Bergen kommune. Økonomiplan 2013–2016: 62*).

I tråd med denne holdningen er det budsjettet med etableringen av et nytt sykehjem med 90 plasser i Bergen fra 2015. Det ble videre åpnet et sykehjem i Fyllingsdalen med 129 plasser i 2013. I tillegg er det satt av en tomt til ytterligere etablering av sykehjemsplasser (Ibid.:9–10, 62–64).

I likhet med Oslo har også Bergen kommune sitt eget Omsorg+ konsept. Byrådet betrakter Omsorg+ som en videreutvikling av omsorgsboligene som har blitt etablert i Bergen de siste tjue årene. Ifølge kommunens boligmelding fra 2014 er konseptet primært rettet mot enslige eldre over 70 år som har større behov for hjemmetjenester enn de som bor i ordinære omsorgsboliger. Den

største forskjellen mellom Omsorg+ og omsorgsboliger generelt er kanskje at førstnevnte har en døgnbemannet vaktjeneste som skal gi økt trygghetsfølelse for beboerne. I boligmeldingen heter det i den sammenheng at:

Ideen bak Omsorg Pluss-konseptet er at personer med enda større omsorgsbehov kan bo i egen bolig dersom det er tilrettelagt med personale på stedet (inkludert nattevakt) og med opplegg rundt felles måltider og sosiale aktiviteter. Den enkelte skal få sine individuelle tjenester etter behov» (*Bergen kommune. Boligmelding 2014–2020: 36*).

Selv om Bergen i likhet med de fleste kommuner vektlegger betydningen av at eldre bor hjemme så lenge som mulig – både av hensyn til den enkelte og kommuneøkonomien – og dermed satser på hjemmetjenester, er det likevel tydelig at satsingen på sykehjem ikke er et tilbakelagt stadium i kommunens eldreomsorg. Investeringsbudsjettet for den nærmeste fremtid og fortid tyder på en jevnbyrdig satsing på omsorg+ og sykehjem, muligens med en liten prioritering av sykehjem (Bergen kommune. Økonomiplan 2013–2016: 68–70).

Trondheim har lavest omsorgsboligdekning i vårt kommuneutvalg. I kommunens planer fremheves at de fleste eldre kan motta tjenester etter behov i egen bolig eller omsorgsbolig. Planene tegner videre et bilde av en kommune som kombinerer et mål om «full sykehjemsdekning» med en satsing på hjemmetjenester og forebygging. I kommunedelplanen for tjenester til eldre over 67 år defineres «full sykehjemsdekning» på følgende måte:

- Alle som trenger heldøgns omsorg, enten som sykehjems plass eller som bolig i et helse og velferdssenter, skal få det innen 6 uker.
- Alle som trenger utredning, behandling og rehabilitering i helsehus, skal få det innen 2 uker.
- Avtalen med sykehuset om utskrivningsklare pasienter skal være innfridd.
- Alle pasienter med vedtak om langtids plass skal få tilbud om enerom i et helse- og velferdssenter.
- Pasienter på korttidsopphold skal få en avklaring innen 3 uker; enten komme hjem med muligheter for et forsterket tilbud, komme videre på et rehabiliteringsopphold eller flyttes over på en langtidsavdeling (Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011–2020: 13).

I rådmannens forslag til handlings- og økonomiplan for 2013 til 2016 tas det til orde for å opprette 144 nye sykehjemsplasser. Dette begrunnes med den demografiske utviklingen og målet om at alle skal få tilbud om enerom (Trondheim kommune. Handlings og økonomiplan 2013–2016: 144). Når det er sagt er Trondheim kommune opptatt av at «full sykehjemsdekning» ikke kan realiseres utelukkende ved å etablere nye plasser. Minst like viktig er det å legge til rette for mindre press på sykehjemstilbudet gjennom gode hjemmetjenester og forebygging. I kommunedelplanen for tjenester til eldre over 67 år presiseres det at «full sykehjemsdekning» bare kan realiseres ved: «Satsing på forebygging og tilbud som øker den enkeltes mestringsevne og livskvalitet, styring av struktur og kompetanse i hjemmetjenestene for å redusere presset på og utsette behovet for sykehjemstjenester», samt at «hele tjenestekjeden utnyttes optimalt» (Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011–2020: 13). Et annet sted i det Trondheimske planverk står det at «full sykehjemsdekning» forutsetter at hele tjenesteapparatet «ses i sammenheng», det betyr blant annet en vektlegging av hjemmetjenester og rådgivningstjenester til eldre over 75 år (Trondheim kommune. Handlings og økonomiplan 2013–2016: 136). Dermed er det fristende å hevde at Trondheims mål om «full sykehjemsdekning» i realiteten kan bety lavere sykehjemsdekning for personer over 80 år på sikt.

Stavanger har kommuneutvalgets nest laveste omsorgsboligdekning, og satser i likhet med Trondheim på en kombinert satsing på heldøgnsomsorg og hjemmetjenester i fremtiden. I likhet med alle de fire største kommunenes planverk, fokuserer planene i Stavanger på betydningen av å omstille eldreomsorgen til en større satsing på rehabilitering, forebygging og hjemmetjenester (jf. Stavanger kommune, Handlings- og økonomiplan 2013–2016). Kommunen har i sin Omsorgsplan et helhetlig fokus på å oppgradere eksisterende sykehjemsplasser, samt bygge nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger (Stavanger kommune. Omsorg 2025).

Landets femte største kommune, *Bærum*, har i likhet med Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger også en omsorgsboligdekning under 5 prosent. Kommunens planer legger imidlertid opp til en dreining av eldreomsorgen fra sykehjem til omsorgsboliger, eller «boliger med service» som de kalles i Bærums

planverk. Kommunens eldremelding for perioden 2006 til 2015 tar til orde for blant annet følgende prioriteringer:

- Mer vekt på boformer med heldøgns pleie og omsorg, med hovedvekt på bolig med service. Samlet dekningsgrad for bolig med service og sykehjem økes til fra 25 til 30 prosent av antall innbyggere over 80 år.
- Vekt på hjemmebaserte tjenester, både som følge av satsing på bolig med service (hvor tjenestene er en del av hjemmebaserte tjenester) og for å legge bedre til rette for individuell tilpassing av tjenester og mulighet til å bo i eget hjem livet ut (Bærum kommune. Eldremelding 2006-2015: 5–6).

I Bærums planer legges det dermed opp til satsing på hjemmetjenester og omsorgsboliger. Planene for utbyggingen av «boliger med service» har klare likhetstrekk med satsingen på Omsorg+ i Oslo og Bergen: Også Bærums «boliger med service» skal ifølge planene ha en fast ansatt nattevakt. I tillegg viser eldremeldingen til at det bør ansettes miljøarbeidere som aktiviserer beboerne i «serviceboligene» på dagtid.

Med utgangspunkt i kommunens eldremelding kan det hevdes at «serviceboligene» i Bærum er ment som både supplement og erstatning for sykehjem (Romøren, 2006). Det forutsettes at beboere som flytter inn i kommunens omsorgsboliger kan og, i hvert fall i stor utstrekning, bør bo der resten av sitt liv. På den annen side er eldremeldingen klar på at sykehjemmet fortsatt vil spille en rolle i kommunens fremtidige eldreomsorg. Sykehjemmene betraktes både som et egnet sted for rehabilitering og andre korttidsopphold, og som et nødvendig tilbud for grupper eldre med svært store tjenestebehov (Bærum kommune. Eldremelding 2006–2015: 25–29). I eldremeldingen heter det at sykehjem fremdeles vil «være det tilbudet som ligger øverst i omsorgstrappen. Målgruppen er personer med demens som ikke kan bo i bolig med service eller tilrettelagt bokollektiv, og andre med komplekse eller særlig omfattende pleie og omsorgsbehov» (Ibid.).

Kristiansand ligger omtrent på landsgjennomsnittet hva gjelder dekning av omsorgsboliger for personer over 67 år. Som tidligere nevnt er kommunen dermed et unntak fra den komparativt sett lave dekningen av omsorgsboliger som kjennetegner de største kommunene i dag.

Kommunens boliger som betegnes som «omsorgsboliger» i KOSTRA, blir omtalt som «serviceboliger» i kommunens planer. I kommunens omsorgsplan vises det til at kommunen har mange «serviceboliger», men kun 69 «omsorgsboliger» med heldøgnsomsorg. Omsorgsplanen tar i forlengelsen av dette til orde for en utbygging av omsorgsboliger som synes å minne om botilbud vi kjenner igjen fra beskrivelsene av Oslo, Bergen og Bærum ovenfor, Omsorg + og «bolig med service». Nærmere bestemt tar omsorgsplanen i Kristiansand kommune til orde for en satsing på omsorgsboliger med «heldøgnsbemanning» (Kristiansand kommune. Omsorgsplan 2015: 45). I tillegg argumenteres det i planen for etableringen av egne sykehjem for korttidsopphold. Det er meningen at slike institusjoner skal tydeliggjøre overfor brukere og pårørende at en del av kommunens sykehjemsplasser er ment for kortere opphold i forbindelse med rehabilitering etter utskrivning fra sykehus, og avlastningsopphold (Ibid.:7, 43).

Fredrikstad har kun litt høyere omsorgsboligdekning enn de fem største kommunene. Kommunens nyeste planer tar utgangspunkt i at Fredrikstad har for lav dekning av heldøgnstjenester for eldre, dvs. både sykehjem og døgnbemannede omsorgsboliger. Ifølge kommunens boligsosiale handlingsplan for 2014 til 2017 innebærer den «lave dekningsgraden for sykehjem og omsorgsboliger i Fredrikstad, [...] et tilsvarende høyere trykk i hjemmesykepleien og de andre ambuleringstjenestene» (Fredrikstad kommune. Boligsosial handlingsplan 2014–2017: 39). Etableringen av nye sykehjemsplasser er en av strategiene kommunen har valgt for å løse dette problemet. I tråd med dette skal et nytt sykehjem på Østsiden med 64 plasser etter planen være klar for innflytting i starten av 2015 (Fredrikstad kommune. Handlingsplan 2012–2015: 12).

Tromsø utmerker seg med en høy hjemmetjenestedekning sammenlignet med de fleste andre av de ti store kommunene i utvalget. Kommunen ønsker å satse på følgende strategier ifølge kommunens handlingsplan for eldreomsorg for 2007 til 2010:

1. Meir orientering mot heimebasert omsorg gjennom satsing på forebyggende tiltak, rehabilitering og styrking av eigenomsorg.
2. Meir satsing på bugruppeorganisert omsorgsbustader med heildøgns tenester og tenestetryggleik som alternativ til fleire sjukeheimsplassar.

3. Sjukeheimane sin funksjon skal framover dreia seg meir i retning av korttidsopphald for medisinsk behandling, rehabilitering, avlasting, akuttinnleggingar og pleie (Tromsø kommune. Handlingsplan for eldreomsorga 2007–2010: 6).

Dette innebærer en satsing i tråd med klassiske statlige styringssignaler fra de siste tjue år. Planen beskriver satsingen på omsorgsboliger med heildøgns-tjenester som en konsekvens av manglende effektivitet i kommunens «omsorgstrapp». Det finnes simpelthen ikke omsorgsboliger i kommunen som kan fungere som fullgode alternativ til tradisjonell institusjonsomsorg for de fleste, ifølge planen. Dette får negative konsekvenser for hele omsorgstilbudet rettet mot eldre i kommunen. Ifølge planen finnes det ikke et tilbud som tilfredsstillende behøver til de som er relativt pleietrengende, men ikke når opp i konkurransen om sykehjemsplass:

Mykje av bakgrunnen for behovet for tilrettelegging av omsorgsbustader med heildøgns bemanning har samanheng med at kommunen har mange tunge brukarar som bur i ordinær bustad. Mangel på alternative buformer med heildøgns bemanning får konsekvensar for heile tenestekjeda [...]. Mellom det maksimumsnivå av teneste som heimetenesta kan tilby og nivået til sjukeheim, eksisterar det ikkje noko anna tilbod. Resultatet vert at ein får ein del brukarar som ikkje får dekt behovet innan det ordinære heimetenestetilbodet, og som pressar på å koma på neste trinn – som i dette tilfellet er sjukeheimplass. Omsorgstrappa er dermed for bratt utforma og lite tilpassa behova som vert etterspurt (*Tromsø kommune. Handlingsplan for eldreomsorga 2007–2010: 31*).

En nærmere lesning av handlingsplanen for eldreomsorg og andre planer viser imidlertid at sykehjemmet fortsatt står sterkt i Tromsø kommunes framtidsplanlegging. I kommunens økonomiplan for 2013 til 2016 fastlås det for eksempel «at Tromsø kommune skal ha full dekning av sykehjemsplasser og omsorgsboliger» (Tromsø kommune. Økonomiplan 2013–2016: 14). Også i handlingsplanen fra 2007 finner vi formuleringer som er mer positive til sykehjemmet som institusjon. Det presiseres at sykehjem for noen grupper eldre er «det beste alternativet med tanke på nærleik til kompetanse, fysisk

utforming og tilrettelagt utstyr» (Tromsø kommune. Handlingsplan for eldreomsorga 2007–2010: 29).

Sandnes, som er den neste minste av de ti største kommunene, har omtrent like høy samlet dekning av omsorgsboliger og sykehjem som Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger, kommunens nabo og storebror i Rogaland. Sykehjemsdekningen i Sandnes er imidlertid klart lavere enn i de fire største byene (jf. tabell 3.1), og følgelig lavest av alle de ti største kommunene. Ifølge kommunens omsorgsplan er dette et produkt av en bevisst kommunal strategi med røtter tilbake til 1980-tallet. Omsorgsplanen fra 2012 tar imidlertid til orde for å «satse sterkere på heldøgnsomsorg» i tillegg til å opprettholde og forsterke kommunens satsing på hjemmetjenester (Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012–2030: 3).

I Sandnes tilbys heldøgnsomsorg til eldre i Bo- og aktivitetssenter. Sentrene rommer både omsorgsboliger (bokollektiv og bofellesskap) og sykehjem. Tanken er at beboerne dermed kan tildeles boformen som svarer til deres skiftende omsorgsbehov til enhver tid (Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012–2030: 15). Ifølge Sandnes Omsorgsplan fra 2012 er målet å øke dekningen av heldøgnsomsorgsplasser – dvs. både sykehjem og omsorgsboliger med kontinuerlig bemanning – til 25 prosent i fremtiden. 60 heldøgnsplasser skal stå ferdig i 2016 (Sandnes kommune. Økonomiplan 2013–2016: 5–6). Omsorgsplanen fra 2012 fremhever at «faglige grunner» tilsier at målet må være 25 prosents dekning av heldøgnsplasser:

Det er personer som ikke kan dra nytte av hjemmetjenester når omsorgsbehovet blir for stort eller at det ikke er formålstjenlig med timebaserte tjenester. Et typisk eksempel er personer med kognitiv svikt som trenger tilsyn og støtte hele døgnet (*Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012–2030: 20*).

Et annet sted i kommunens planverk fremheves det at: «Mål og tiltak må sjåast i samanheng, til dømes vil behova for heimetenester auka sterkt om det ikkje vert etablert nye heildøgnsiltak for eldre og funksjonshemma» (Sandnes kommune. Omsorgsplan 2008–2021: 24).

I Sandnes har man i likhet med de fleste andre kommuner også fokus på etableringen av flere egnede sykehjemsplasser for korttidsopphold. Kommunens omsorgsplan konkluderer med at det er viktig å ha «korttidsplasser tilgjengelig [...] både for å kunne ta raskt imot utskrivingsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten samt å kunne gi innbyggerne rask tilgang til heldøgnsomsorg når dette trengs» (Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012–2030: 21–22). I planen argumenteres det for å opprette så mange av korttidsplassene som mulig i samme helsesenter. Dette for å spisse tilbudet mot utskrevne pasienter, rehabilitering og forebygging (Ibid.).

Planverket i *Drammen* kommune gir forrang til hjemmetjenester over institusjonsutbygging. Det er et mål at hjemmetjenestene skal sørge for at færrest mulig må bytte bolig når nye behov oppstår. Som følge av samhandlingsreformens krav til kommunene om å ta vare på pasienter som utskrives fra sykehus, ønsker kommunen å kjøpe sykehjemsplasser i andre kommuner i påvente av at kommunenes eget tilbud bygges ut (Drammen kommune Helse- og sosialplan 2008–2012: 28, Drammen kommune. Økonomiplan 2013–2016: 59).

4.1.1 DE TI STØRSTE KOMMUNENE: UTDYPNING OG SAMMENFATNING

Hva prioriterer så de ti største kommunene i fremtiden? Omsorgsboliger og hjemmetjenester eller sykehjem? Med utgangspunkt i kommunenes planene er det fristende å svare «ja takk, begge deler». Det er også slik at planene generelt gir mye plass til nye satsinger og de ferskeste statlige styringssignalene. Stabile trekk og satsinger som videreføres gis mindre rom. For å bare nevne ett eksempel: alle de ti største kommunene, med mulig (delvis) unntak av Fredrikstad og Bergen, tar til orde for å prioritere omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester i fremtiden. Det må ikke forlede oss til å tro at sykehjemmet som institusjon er på vei ut. Tvert imot er utgangspunktet for de ti store kommunene relativt høy prioritering av sykehjem i eldreomsorgen, og det er lite som i dag tyder på en størstilt nedtrapping av tilbudet frem mot 2030. Hvis strategiene i kommunenes planer følges opp vil imidlertid sykehjemsdekningen falle i takt med økningen i antall personer over 80 år frem mot 2040.

De ti største kommunene har felles utfordringer i eldreomsorgen, og peker – i hvert fall i stor grad – på felles løsninger. I kapittel 2 ble det vist til at

noen større kommuner har etablert såkalte Omsorg+ konsepter. Ovenfor så vi at det ikke bare gjelder Norges to største byer som eksplisitt har definert et botilbud som Omsorg+, men også kommuner som Bærum, Kristiansand, Trondheim, Fredrikstad, Sandnes og Tromsø planlegger å bygge ut et tilbud med heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Omsorg+ kan ses som et svar på kritikken av de ordinære omsorgsboligene uten bemanning, og betraktes åpenbart som et bedre og mer plausibelt alternativ til sykehjem.

Alle kommunene har videre fokus på etableringen av et større og mer effektivt korttidstilbud ved sine sykehjem i tråd med samhandlingsreformens krav (jf. kapittel 1). På den annen side bærer ikke planene i de største byene samlet sett bud om en transformasjon av sykehjemmenes funksjon fra rene langtids- til utpregede korttidstilbud (jf. 4.5). Sykehjemmene består allerede av en blanding av langtids- og korttidsplasser, riktignok med en klar overvekt av det sistnevnte (jf. kapittel 2). Likevel er det selvfølgelig verdt å merke seg at noen kommuner som Tromsø eksplisitt tar til orde for å omstille sykehjemmenes profil til rendyrkede korttids- og rehabiliteringsinstitusjoner på sikt.

Det bør også understrekes at planene i de ti største kommunene, riktignok i varierende grad, har fokus på forebygging, folkehelsearbeid og tidlig intervensjon. Et hovedformål med satsingen på forebygging er å redusere, utsette eller fjerne behovet for tyngre og dyrere tjenester, som sykehus, sykehjem og omsorgsboliger. I hovedstadens seniormelding argumenteres for at utfordringene knyttet til samfunnets tiltagende aldring – som økt forekomst av demens og livsstilssykdommer, samt større behov for heldøgnsomsorg og arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren – bare kan løses gjennom en aktiv satsing på rehabilitering, folkehelsearbeid og forebygging. Ifølge seniormeldingen skal forebygging «av sykdom og skade, samt tidlig rehabilitering tilbake til et godt funksjonsnivå [...] prioriteres fremover i alle nivå av pleie- og omsorgstjenesten» (Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 3). Meldingen fremhever tiltak som kan «utsette, redusere eller fjerne behovet for hjelp» (Ibid.:10). Det argumenteres for at omsorgsutfordringene blir u håndterlige i fremtiden – pga. økt arbeidskrafts- og ressursbehov – hvis ikke folkehelsearbeidet forbedres og eldreomsorgen organiseres på en annen måte enn i dag. Sagt i klartekst er meldingens budskap at dagens sykehjemsdekning ikke er bærekraftig på sikt. I Trondheim kommunes planverk finnes det også et klart uttrykt ønske om å satse sterkere på forebygging og rehabilitering. Det

argumenteres eksplisitt for at dette er nødvendig for å redusere behovet for sykehjemsplasser i fremtiden (Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011–2020: 14).

Hvordan begrunner så de ti største kommunene sine veivalg i eldreomsorgen? Meget enkelt sagt argumenteres det ved å hentyde eller vise til «ideologi, økonomi og behov/preferanser». Ofte kombineres «ideologi, økonomi og behov/preferanser» i samme dokument. En velvillig tolkning er at dette reflekterer at ulike hensyn forsterker hverandre. På den annen side kan kritiske røster hevde at ideologiske argumenter, for eksempel at egen bolig øker livskvalitet og selvstendighet hos de eldre, er glasur som klistres over de reelle økonomiske argumentene.

Oslos seniormelding fra 2014 er kanskje planen som klarest anlegger et normativt-ideologisk perspektiv på eldreomsorgen. Her fremheves sterkt at eldre har personlig ansvar for egen helse og bolig på lik linje med resten av befolkningen. Meldingen gjennomsyres av tro på at friskere og mer ressurssterke eldre i fremtiden kan og bør greie seg med mindre hjelp fra det offentlige enn tidligere. Dette kan tyde på en tro på en mer tilbaketrukket offentlig rolle, men på den annen side viser seniormeldingen også til Eldres egne preferanser og «økonomisk bærekraft» (Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 3). En mer pragmatisk tilnærming er at eldre i dag generelt sett har stor kjøpekraft på boligmarkedet og derfor er bedre rustet til å selv flytte til en egnet bolig, helst med livsløpsstandard. I de store kommunene er det ikke mangel på slike boliger. Eldre kan dermed i større grad selv velge hvor og hvordan de vil bo, samtidig som kommunen i større grad kan konsentrere innsatsen mot hjelpe- og omsorgsbehov, noe som gir økt bærekraft.

4.2 Ti mellomstore kommuner

Sammenlignet med de ti største har de ti mellomstore kommunene høyere gjennomsnittlig omsorgsboligdekning (9.5 %, jf. tabell 3.1), høyere hjemmetjenestedeckning (34.8 %, jf. tabell 3.1) og lavere institusjonsdekning (12.9 %, jf. tabell 3.1). Tabell 4.2 viser imidlertid at det stor variasjon mellom de ti mellomstore kommunene i utvalget. For eksempel skiller Namsos seg ut med sin utpregede hjemmetjenesteorientering, og Sør-Varanger, Sunndal og Eidsberg kjennetegnes av en beskjeden omsorgsboligdekning som minne om

bildet vi finner i de store kommunene. Felles for de mellomstore kommunenes planverk er deres vektlegging av et ønske om en mer hjemmetjenestebasert profil. Slik sett minner deres planer om signalene fra de største kommunene. Per 2013 var det bare tre av de mellomstore kommunene – Namsos, Stjørdal og Randaberg – som hadde høyere dekning av omsorgsboliger enn sykehjem. Det vil si at kommunenes prioritering av hjemmetjenester og (til dels) omsorgsboliger i planene innebærer en kursjustering.

Tabell 4.2 Dekningsgrader for befolkningen over 80 år 2013, mellomstore kommuner.

| | Institusjon | Omsorgsbolig | Hjemmetjenester |
|-----------------------------|-------------|--------------|-----------------|
| Molde | 14.9 | 10.2 | 29.5 |
| Stjørdal | 5.2 | 16.9 | 38.2 |
| Elverum | 14.8 | 6.4 | 25.4 |
| Namsos | 9 | 9.6 | 50.3 |
| Eidsberg | 10.7 | 4 | 26.7 |
| Ørsta | 18.1 | 9.8 | 32.6 |
| Randaberg | 4.5 | 12.1 | 32.8 |
| Sør-Varanger | 17.1 | 5.9 | 44.1 |
| Sunnal | 17.3 | 3.9 | 33.8 |
| Trøgstad | 16.9 | 16.2 | 34.6 |
| Gjennomsnitt 10 mellomstore | 12.9 | 9.5 | 34.8 |
| Gjennomsnitt alle kommuner | 15.1 | 11.5 | 36.4 |

Molde hadde i 2013 en eldreomsorg kjennetegnet av både omsorgsboliger og institusjonsplasser, med en overvekt av det sistnevnte. Kommunens handlingsplan for omsorgstjenestene for 2009 til 2020 legger opp til «en vridning fra å gi tjenestene i sjukeheim til i større grad å gi tjenester i eget hjem, omsorgsboliger og bofellesskap» (Molde kommune. Handlingsplan for omsorgstjenesten 2009–2020: 33). Planen tar på ingen måte til orde for en nedtrapping av sykehjemstilbudet, men argumenterer for at en satsing på hjemmetjenester og omsorgsboliger med heldøgnsomsorg vil redusere presset på sykehjemsplassene og tilby forsvarlig omsorg på en mer kostnadseffektiv måte. I likhet med de ti største kommunene har Molde også fokus på å utvikle korttids-tilbudet for eldre på institusjoner. Dette skal støtte opp om målsettingen om å vri eldreomsorgen i retning av omsorgsboliger og hjemmetjenester. Eller sagt på en annen måte: «Korttidsplasser basert på en rehabiliterende ideologi i alle

omsorgssentra» vil gjøre det enklere for eldre å bo hjemme, og lettere for hjemmetjenestene å yte nødvendig bistand (Ibid.:27).

Molde kommunes økonomiplan for 2013–2016 varsler behov for nedskjæringer på helse- og omsorgsområdet. Ifølge planen har kommunen allerede en utfordring når det gjelder å tilby befolkningen lovpålagte tjenester i denne sektoren. Kutt på et område kan således forsterke negative tendenser på andre områder. For bare å nevne to eksempler: planen påpeker for det første at samhandlingsreformens krav om å ta imot pasienter fra sykehusene allerede går utover tilbudet til hjemmeboende eldre med behov for rehabiliteringsopphold på sykehjem. For det andre kan nedskjæringer, for eksempel i hjemmetjenestene, føre til økt press på omsorgsbolig- og sykehjemsplassene (Molde kommune. Økonomiplan 2013–2016: 111).

Stjørdal er et eksempel på en kommune med en klar omsorgsbolig- og hjemmetjenesteprofil. Sammenlignet med landsgjennomsnittet og de ti største kommunene har Stjørdal meget lav sykehjemsdekning for personer over 80 år. Kommunens helse- og sosialplan fra 2010 tar til orde for å opprettholde og forsterke kommunens hjemmetjenesteorientering av faglige og økonomiske grunner. Ifølge rådmannen i kommunen er det grunn til å satses stort på alle gamle og nye tiltak som kan legge til rette for at eldre kan bo i egen bolig: nye korttidsplasser på sykehjemmet, dagsenter, omsorgsteknologi osv. (Stjørdal kommune. Helse- og sosialplan 2010–2013: 5,13,18). Stjørdals økonomiplan for perioden 2013 til 2016 viderefører denne tankegangen. Her blir det blant annet foreslått å opprette syv korttidsplasser for demente på Fosslia Bosenter og 14 korttidsplasser på Lånke sykehjem (Stjørdal kommune. Økonomiplan 2013–2016: 93–94)

Til forskjell fra Stjørdal er *Elverum* en kommune med en utpreget institusjonsprofil. Per 2013 lå kommunen langt under landsgjennomsnittet for dekning av hjemmetjenester og omsorgsboliger, men hadde samtidig en sykehjemsdekning noe over snittet. I kommunens økonomiplan fra 2013 argumenteres det imidlertid for en økt satsing på hjemmetjenester og omsorgsboliger. Dette er en videreføring av strategien som ble skissert i omsorgsplanen for 2010 til 2015. Her ble det tatt til orde for å snu opp ned på kommunens eldreomsorg. Omsorgsplanen konkluderer med at det er økonomisk og faglig uforsvarlig å fortsette på en institusjonsorientert kurs:

Å opprettholde dagens profil med en høy sykehjemsdekning og lav andel plasser avsatt til korttidsopphold/rehabilitering, gir liten handlefrihet og høye kostnader. Eldreundersøkelsen påpeker også ønsket om valgfrihet og omsorgsboliger med bemanning (*Elverum kommune. Omsorgsplan 2010–2015: 5*).

Planen understreker at det vil opprettholdes et visst langtidstilbud på kommunens sykehjem, men at slike plasser vil bli færre i fremtiden (*Ibid.*).

I motsetning til Elverum er *Namsos* en utpreget hjemmetjenestekommune. Kommunen ligger, med sine ca. 50 prosents dekning for personer over 80 år, skyhøyt over landsgjennomsnittet og er dermed også den klart mest hjemmetjenesteorienterte (sammen med Sør-Varanger) i vårt utvalg. Sett i lys av dette kan også Namsos dekning av sykehjems plasser (9 %) og omsorgsboliger (9.6 %) bedømmes som relativt høyt. Kommunen har også overkapasitet på sykehjems plasser ment for perioden 2015–2030 når demografiske prognoser tilsier økt behov. Namsos' omsorgsplan fremhever imidlertid at det er et press på sykehjems plasser i kommunen, også på de som er holdt av for årene mellom 2015 og 2030, selv om den samlede dekningsgraden i eldreomsorgen (omsorgsboliger, sykehjem og hjemmetjenester) vurderes som god. I omsorgsplanen pekes det endelig på at behovet for heldøgnsomsorgsplasser og helsepersonell vil øke de nærmeste femten årene (*Namsos kommune. Omsorgsplan 2015: 16,20,22*).

Alt i alt varslers ikke planverket i Namsos noen reversering av kommunens hjemmetjenesteorienterte profil, og generelt høye dekning av omsorgstjenester for eldre. Planene viser videre at kommunen er opptatt å tilpasse heldøgnsomsorgstilbudet til nye utfordringer knyttet til samfunnets aldring. I en sentral plan blir det blant annet argumentert for å legge om demenstilbudet på sykehjemmet til mindre avdelinger i tråd med faglige råd (*Namsos kommune. Demensplan 2015: 13–14*).

Eidsberg i Østfold er til forskjell fra Namsos en institusjonsorientert kommune med lav samlet tjenestedekning sammenlignet med landsgjennomsnittet. Selv om kommunen kan beskrives som institusjonsorientert har den for eksempel lavere sykehjems- og hjemmetjenestedekning enn alle de ti største kommunene. I kommunens utredningsrapport om botilbud og omsorgstjenester vises det til at kommunen trenger både flere heldøgnsomsorgsplasser

og en styrking av hjemmetjenestene i fremtiden. Utredningen tar til orde for å etablere flere sykehjemsplasser, samt oppføre flere omsorgsboliger sentralt i kommunesenteret Mysen. Det sistnevnte kan føre til at eldre pleietrengende som bor i kommunens ytterkanter velger å flytte til Mysen, og dermed kan hjemmetjenesten spare inn ressurser de ellers må bruke til å forflytte seg mellom ulike brukere. Ifølge utredningen er det behov for en bedre balanse i Eidsbergs eldreomsorg, det etterlyses en parallell satsing på hjemmetjenester og omsorgsboliger for å endre kommunenes tjenesteprofil på sikt. På kort sikt er det imidlertid nødvendig å bygge ut sykehjemstilbudet for å tilfredsstille umiddelbare behov, ifølge kommunens utredning. Utredningen presiserer imidlertid at løsningen på trykket på sykehjemstilbudet – som blant annet kommer til uttrykk ved at langtidspasienter opptar plasser ment for kortere rehabiliteringsopphold – er en utbygging av eldreomsorgen også på lavere omsorgsnivåer, dvs. hjemmetjenester og omsorgsboliger (Eidsberg kommune. Etat for helse- og velferd, 2008: 14–15,21,31–32).

Ørsta kan i likhet med Eidsberg klassifiseres som en kommune med institusjonsprofil per 2013. I motsetning til Eidsberg har kommunen imidlertid en sykehjemsdekning som ligger klart over landsgjennomsnittet. Videre er verken hjemmetjenestedekningen (32.6 %, jf. tabell 3.1) eller omsorgsboligdekningen (9.8 %, jf. tabell 3.1) spesielt lav for en kommune som til nå har vært institusjonsorientert. Planverket i Ørsta argumenterer for en dreining fra institusjons- til hjemmetjenesteprofil: kommunen planlegger ikke minst å bygge om sykehjemmet til omsorgsboliger (Ørsta kommune. Økonomiplan 2013–2016: pkt 3.9).

Randaberg er allerede en kommune kjennetegnet av sterk vektlegging av hjemmetjenester/omsorgsboliger og nedprioritering av sykehjem. Kommunens planer legger opp til en fortsettelse og ytterligere tydeliggjøring av denne eldreomsorgsstrategien.

Randabergs plan for helse- og omsorgstjenestene viser til at sykehjemsplassene i kommunen primært skal brukes som korttidstilbud for «rehabilitering og opptrening, avlastning, eller tilbud om smertelindring og omsorg ved livets slutt (palliativ behandling)» (Randaberg kommune. Plan for helse- og omsorgstjenestene 2009–2020: 5). Eldre med behov for langtidstilbud vil få

dette i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, ifølge planen. Denne strategien har ført til at sykehjemmet i Randaberg til tider har hatt ledig kapasitet. Ifølge rådmannen i Randabergs forslag til økonomiplan for 2013 til 2016 er dette en bevisst strategi for å løse utfordringene samhandlingsreformen og den hjemmetjenesteorienterte modellen skaper:

Samhandlingsreformen medfører at kommunen har ansvar for utskrivingsklare pasienter fra dag én. Det er jobbet aktivt de siste årene ved å bedre saksbehandlingen, og det er en stor bevissthet i forhold til hvem som har behov for opphold i sykehjem og hvem som kan motta helsehjelp i eget hjem. Det har ført til at vi i perioder har hatt flere ledige senger på sykehjemmet. Dette er en forutsetning for å kunne ta imot de pasientene vi forventer fra SUS. Det å ha ledig kapasitet er også et gode for brukere som kommer fra eget hjem, som opplever å kunne komme raskt inn på vurderingsopp- hold når det er nødvendig (*Randaberg kommune. Økonomiplan 2013–2016: 93*).

Sør-Varanger er en noe utypisk kommune vurdert med utgangspunkt i både vårt utvalg og kommune-Norge som helhet: den har både svært høy hjemmetjenestedeckning (44.1 %, jf. tabell 4.2) og høyere institusjonsdekkning enn landsgjennomsnittet. Kommunens dekkning av omsorgsboliger er imidlertid lav. I *Sør-Varangers* planverk tas det til orde for en varsom satsing på omsorgsboliger og en fortsettelse av den hjemmetjenesteorienterte profilen. Kommunens planer har også et særskilt stort fokus på betydningen av å redusere kostnadene i pleie- og omsorgssektoren. På tross av samfunnets aldring fremhever kommunens økonomiplan at det ikke er:

...forsvarlig at pleie- og omsorgssektoren får stadig økte deler av kommunens driftsbudsjett. Hovedoppgaven framover vil derfor være å sikre velferdstjenestene slik at vi kan løse de oppgaver og tjenester vi er ansvarlige for – og med utgangspunkt i kommunens økonomi må vi gjøre alt for å redusere kostnadsveksten (*Sør-Varanger kommune. Økonomiplan 2013–2016: 3*).

Sunnadal er en kommune med få omsorgsboliger og mange sykehjemsplasser sammenlignet med landsgjennomsnittet. Kommunens eldreplan for 2008 til

2015 argumenterer for en styrking av eldreomsorgen over hele linja. Planen viser spesielt til økningen i andelen eldre over 90 år og den økte forekomsten av demens i fremtidens aldrende samfunn, og foreslår blant annet følgende tiltak for å svare på disse utviklingstrekkene:

- Bygge 15–20 nye omsorgsboliger med fellesareal og personalrom, kommunalt eiet, i sentrum av Sunndalsøra
- Omsorgsboligene i Helsetunparken oppgraderes slik at de kan fungere for beboere som har behov for heldøgns pleie- og omsorg
- Hjemmebasert omsorg styrkes bemanningsmessig gjennom hele planperioden
- Bygge ny sykehjemsavdeling for 15–16 aldersdemente (Sunndal kommune. Eldreplan 2008–2015: 4).

Selv om planene i Sunndal på kort sikt tar til orde for en opprettholdelse av nåværende institusjonsdekning, er det også her tale om å prioritere omsorgsboliger/hjemmetjenester og endre sykehjemsplassenes profil til korttidstilbud på lang sikt. Prinsippene for forslagene i eldreplanen følger et mønster vi nå kjenner igjen fra andre kommuner i utvalget:

- a) Den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge som mulig med tilstrekkelig bistand i eget hjem. Bistand i eget hjem vil være en av grunnpilarene i tjenestetilbudet.
- b) Nye omsorgsboliger skal bygges så sentrumsnært som overhode mulig og ha fellesareal i tillegg til personalrom slik forholdene ligger til rette for å yte døgnomsorg.
- c) Sykehjemsplasser bør i hovedsak være et botilbud til personer med aldersdemens i tillegg til eldre med omfattende funksjonssvekkelser.
- d) Ulike typer korttidsopphold vil fortsatt være et sykehjemstilbud.
- e) Dagtilbud til aldersdemente vil også i årene framover være lagt til sykehjemmet (Sunndal kommune. Eldreplan 2008–2015: 9).

Trøgstad er et eksempel på en kommune med omtrent like stort tilbud av omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Ifølge intervjuet med våre informanter i Trøgstad prioriterer kommunen følgende i eldreomsorgen i fallende rekkefølge, når det gjelder kapasitetsutvidelse: 1. omsorgsboliger, 2. bofellesskap, 3.

sykehjem. Det er planlagt å etablere 24 nye omsorgsboliger, mens antall sykehjemsplasser skal utvides når de eldste aldersgruppene igjen øker i antall. De nærmeste årene viser demografiske data at antallet over 80 år går ned. Informantene fra Trøgstad fremhever imidlertid at «gårsdagens omsorgstenkning er ikke forenelig med morgendagens utfordringer: Vi må utsette institusjonaliseringen av de eldre lengst mulig» (Trøgstad kommune, 14.10.14). Det er her samfunnets aldring og betydningen av folkehelsearbeid og rehabilitering informantene fra Trøgstad sikter til.

4.2.1 TI MELLOMSTORE KOMMUNER: UTDYPNING OG SAMMENFATNING

Hva prioriterer så de ti mellomstore kommunene i fremtiden? Omsorgsboliger og hjemmetjenester eller sykehjem? Uavhengig av kommunenes prioriteringer til nå ønsker alle de ti mellomstore kommunene å satse på hjemmetjenester eller hjemmetjenester og omsorgsboliger i fremtiden. Planene gir således et enda mer entydig bilde av denne typen kommuner enn de ti største kommunene.

I likhet med de største kommunene i utvalget har også de mellomstore fokus på sykehjemmenes funksjon som rehabiliterings- og korttidsorienterte institusjoner, samt betydningen av forebygging og folkehelsearbeid for eldreomsorgens bærekraft, i betydningen evnen til å tilfredsstille behovet for økonomiske ressurser og arbeidskraft. Planene i en kommune, som Randaberg, fremhever eksplisitt at sykehjemmene skal være et rendyrkede korttidstilbud. Alle de mellomstore kommunenes planer legger imidlertid opp til at sykehjemmene i praksis er et tilbud som gis til demente, andre med svært store tjenestebehov og personer innvilget midlertidig opphold. Resten av de pleietrengende eldre vil motta tjenester i omsorgsboliger eller egen privat bolig, ifølge planene.

Hvordan begrunner så de ti mellomstore kommunene sine veivalg i eldreomsorgen? Som i de største kommunene er svaret på dette spørsmålet en kombinasjon av «ideologi, økonomi og behov/preferanser» hos de eldre. Våre informanter i Trøgstad bruker for eksempel både normative, ideologiske begrunnelser og økonomiske argumenter for å begrunne kommunens prioritering av omsorgsboliger:

Vi tror på selvstendighet i egen bolig. Tror omsorgsboliger er bra for menneskeverd og livskvalitet. Disse idealene er forenelige med god økonomistyring. Vi vil at folk skal greie seg selv – slik at vi kan

hjelpe de med stort omsorgsbehov best mulig (*Trøgstad kommune, 14.10.14*).

I en av Randabergs sentrale planer begrunnes kommunens veivalg i eldreomsorgen med ideologisk, normative argumenter. Ifølge planen er sykehjem en kollektivistisk institusjon som kan virke passiviserende:

Satsingen på hjemmebasert omsorg er i tråd med idéen om aktiv omsorg. Tilbud til innbyggere skal gis ut i fra en faglig vurdering i bolig med heldøgntjeneste eller i sykehjem. Å bo i omsorgsbolig gir en større handlefrihet for den enkelte enn å bo i sykehjem. Sykehjemmet er en institusjon der alle kommer inn under et kollektivt system som kan gi en passiviserende livsform (institusjonalisering). Ressursene som settes inn i boformen vil være avgjørende for hvor godt omsorgstilbud den enkelte får (*Randaberg kommune. Plan for helse- og omsorgstjenestene 2009–2020: 23*).

En av Elverums planer, referert til ovenfor, inneholder et eksempel på en begrunnelse for omsorgsboliger og hjemmetjenester som kombinerer en vektlegging av økonomi og de eldres egne preferanser (Elverum kommune. Omsorgsplan 2010–2015: 5).

4.3 Ti små kommuner

Ingen av de små kommunene i utvalget kjennetegnes av en spesielt lav institusjonsdekning sammenlignet med de andre utvalgs kommunene, men noen, som Granvin, Lardal og Marker, har langt høyere omsorgsboligdekning enn alle de store og flere av de mellomstore kommunene (jf. tabell 4.3). Bortsett fra Tranøy, Skjåk og Austrheim har videre alle de ti små kommunene over 10 prosents dekning av omsorgsboliger for personer over 80 år. Dette gjenspeiler at landets minste kommuner generelt har et høyt samlet dekningsnivå av tjenester- og boliger til eldre sammenlignet med andre grupper av kommuner (jf. kapittel 2 og 3).

Tabell 4.3 Dekningsgrader for befolkningen over 80 år 2013, små kommuner

| | Institusjon | Omsorgsbolig | Hjemmetjenester |
|------------------------------|-------------|--------------|-----------------|
| Bremanger | 13.9 | 11.4 | 34.4 |
| Marker | 11.7 | 15 | 31.5 |
| Finnøy | 10.7 | 13.6 | 37.9 |
| Austrheim | 20.4 | - | 27.6 |
| Gjerstad | 18.3 | 14.3 | 35.7 |
| Lardal | 13 | 17.4 | 37.0 |
| Skjåk | 21.5 | 8.7 | 39.6 |
| Tranøy | 18.8 | 5.4 | 38.4 |
| Dønna | 15.5 | 13.1 | 36.9 |
| Granvin | 14.7 | 26.5 | 38.2 |
| Gjennomsnitt 10 små kommuner | 16 | 13.9 | 35.4 |
| Gjennomsnitt alle kommuner | 15.1 | 11.5 | 36.4 |

I *Bremanger* kommune preges eldreomsorgen av både omsorgsboliger og institusjoner. Dekningsgraden for sykehjem var per 2013 11.4 prosent for omsorgsboliger og 13.9 for sykehjem (jf. tabell 4.3). Kommunens strategiske plan for omsorgssektoren legger opp til en økning av både omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Når det er sagt ønsker kommunen på sikt å vri eldreomsorgen mot omsorgsboliger/hjemmetjenester og nedprioritere sykehjemmene som vurderes som dyrest i drift. I likhet med andre kommuner i utvalget ønsker også *Bremanger* å satse på forebygging og folkehelsearbeid, for slik legge til rette for en reduksjon i behovet for kostnadskrevenne omsorgstjenester som sykehjem og døgnbemannede omsorgsboliger (*Bremanger kommune. Strategisk plan for pleie- og omsorgssektoren 2012–2015: 7–11*).

Til nå har *Bremanger* hatt en desentralisert struktur på omsorgstjenestene for eldre. Kommunens strategiske plan tar imidlertid til orde for å sentralisere eldreomsorgen til kommunesenteret Svelgen. Begrunnelsen er blant annet effektivitetshensyn og et ønske om å skape større fagmiljøer som er attraktivt for personer med høy og spesialisert kompetanse. I Svelgen – som er preget av fraflytting og store behov i eldreomsorgen – oppleves det som en stor utfordring å trekke til seg arbeidskraften som er nødvendig for å drifte pleie- og omsorgssektoren i fremtiden. Kommunen er liten – og kan derfor kun tilby deltidsstillinger i mange tilfeller – og er i konkurranse med mange andre småkommuner om leger, sykepleiere og annen spesialistkompetanse (*Ibid.:5–11*).

Marker er et eksempel på en kommune som har høyere dekning av omsorgsboliger enn institusjoner. Kommuneplanen fra 2005 argumenterer for

en økning av dekningsgraden på tvers av eldreomsorgens tjenestetilbud (sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester). Det ble også tatt til orde for å opprette flere nye årsverk i omsorgssektoren (Marker kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2005–2017: 7). Ifølge vår informant i Marker satser kommunen i dag på å bygge ut tilbudet av omsorgsboliger og hjemmetjenester. Det planlegges å opprettholde sykehjemsdriften på nåværende nivå, men det planlegges ikke å øke institusjonstilbudet i takt med økningen av personer over 80 år. I likhet med Bremanger er kommuneadministrasjonen i Marker også bekymret for rekrutteringen av arbeidskraft til helse- og omsorgssektoren i fremtiden som følge av samfunnets aldring (Marker kommune, 14.10.14).

Finnøy fremstår som en hjemmetjeneste- og omsorgsboligorientert kommune. Som alle de ti mindre kommunene i utvalget har kommunen også en relativt stort institusjonstilbud (10.7 %, jf. tabell 4.3). Kommunens någjeldende planer vier imidlertid liten oppmerksomhet til pleie- og omsorgssektoren. I planene kan vi likevel lese at Finnøy, som alle andre i utvalget, er oppmerksomme på samhandlingsreformens konsekvenser for sykehjemstilbudet:

I kjølvatnet av samhandlingsreforma er fleire og meir ressurskrevjande oppgåver flytt ut til kommunehelsestenesta. Finnøy kommune har til nå teke i mot pasientane frå den dagen dei er utskrivningsklare frå spesialisthelsetenesta. Det betyr at vi får stadig meir fagleg krevjande pasientar som har behov for tett oppfølging i kommunen. Dette gjelder særleg heimesjukepleia og sjukeheimen (*Finnøy kommune. Økonomiplan 2013–2016: 27*).

Austrheim er den mest institusjonsorienterte av de ti små kommunene i utvalget. Ifølge KOSTRA (2013) har kommunen en dekningsgrad av omsorgsboliger på 0 prosent for personer over 80 år (jf. tabell 4.3). I Austrheims økonomiplan fra 2013 vises det til at kommunen vurderer å bygge syv nye omsorgsboliger (Austrheim kommune. Økonomiplan 2013–2016: 21). Representanter for kommunen opplyser at det nå er vedtatt å bygge omsorgsboliger i Austrheim (jf. telefonsamtale til kommunens servicetorg 17.11.2014). Ellers er økonomiplanens målsettinger for eldreomsorgen lite konkrete. Den inneholder for eksempel noen strekpunkter om nødvendige forberedelser til det aldrende samfunn. Her finnes blant annet et punkt om nødvendigheten av å finne «den optimale vektinga for bruk av institusjonstjenester og heimebasert omsorg»

(Austrheim kommune. Økonomiplan 2013–2016: 7). Det kan tolkes som en åpning for en større satsing på hjemmetjenester i fremtiden, og en endring av den utpregede institusjonsbaserte eldreomsorgen som finnes i Austrheim per 2014.

Gjerstad er i motsetning til Austrheim en kommune som til nå har satset både på omsorgsboliger og sykehjem (jf. tabell 4.3). Det gjeldende planverket i kommunen sier lite om prioriteringene i eldreomsorgen, men en ny omsorgsplan er under utarbeidelse. Kommunens handlingsprogram nevner samhandlingsreformen, rekruttering av personale til omsorgsyrkene og forebygging som utfordringer og satsingsområder i eldreomsorgen og pleie- og omsorgssektoren mer generelt (Gjerstad kommune. Handlingsprogram 2013–2016: 39–40). Slik sett kjenner vi igjen den store oppmerksomheten omkring rekruttering av arbeidskraft fra andre småkommuner i utvalget. Videre er Gjerstad planenes fokus på «samhandlingsreformen» og forebygging gjengangere i planene fra kommunene i utvalget.

Lardal har høyere dekning av omsorgsboliger enn sykehjem per 2013, men kan også beskrives som en kommune som har spredd seg relativt tjukt utover i eldreomsorgen. Det vil si at de har relativt høy dekning av sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester sett i forholdet til kommuneutvalget. Kommuneplanen fra 2005 peker på at Lardal tidligere har satset tungt på utbygging av både sykehjemsplasser med enerom og omsorgsboliger i forbindelse med gjennomføringen av en handlingsplan for eldre og funksjonshemmede (Lardal kommune. Kommuneplan 2005–2014: 23).

Lardals omsorgsplan fra 2010 argumenterer for en reform av kommunens eldreomsorg i tråd med nasjonale styringssignaler. Ifølge planen skal omsorgstjenestene bli mer hjemmetjeneste- og omsorgsboligbaserte i fremtiden. I tillegg har man også i Lardal en ambisjon om å omstille sykehjemmet fra langtids- til langt mer av en korttidsinstitusjon:

Hovedtiltak

Aktive helse – og omsorgstjenester fram mot 2020 innebærer en endring av omsorgstjenestene fra institusjonsbasert til mer hjemmetjenestebasert med følgende hovedpunkt:

Institusjon

- Styrking av antall korttidsplasser og avlastningsplasser i sykehjem og reduksjon av antall langtidsplasser
- Styrking av legetjenester i sykehjem
- Styrking av aktivitetstilbudet

Tjenester til hjemmeboende

- Etablering av boenheter med heldøgns bemanning, heri boliger tilrettelagt for demente med tilpasset uteareal
- Styrking av tilbud om aktivisering og dagplasser/avlastning
- Strukturering av legetjenester i boliger med heldøgns bemanning
- Styrke transportordning (Lardal kommune. Omsorgsplan 2010–2020: 6 se også s.3).

Ifølge planen skal sykehjemmet kun brukes til «observasjon og behandling, rehabilitering og opptrening, avlastning og tilbud om smertelindring og omsorg ved livets slutt (palliativ behandling)» (Ibid.:3). Planen legger opp til at langtidsplass på sykehjemmet i fremtiden kun skal tildeles i tilfeller, «hvor tjenestemottakeren har så dårlig helse at han eller hun ikke lenger kan ivareta sin integritet gjennom å «ha ansvar for eget liv» (Ibid.).

Skjåk er per i dag en institusjonsorientert kommune med middels dekning av omsorgsboliger og høy hjemmetjenestedekning sammenlignet med resten av kommuneutvalget (jf. tabell 4.3). Omsorgsplanen fra 2008 fremhever forebygging og omsorgsboliger som satsingsområder i kommunens fremtidige eldreomsorg. Den konkluderer med at kommunens eldreomsorg tidligere har vært kjennetegnet av sykehjem og hjemmetjenester, men at man har manglet gode tilbud som ligger midt mellom eldreomsorgens ytterkanter. Dette borger for en satsing på omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, ifølge planen (Skjåk kommune. Pleie- og omsorgsplan 2008–2016: 12).

Skjåks omsorgsplan har i likhet med de andre småkommunene fokus på rekrutteringen av helsepersonell og – i likhet med nær sagt hele utvalget på 30 – opptatt av å fremme forebygging i utsettelsen og avlastningens tjeneste. Som mange andre kommuner ønsker Skjåk, som et ledd i forebyggingsarbeidet, å opprette et dagsenter med en tilknyttet helsestasjon for eldre. Dagsenteret skal være «ein sosial og kulturell møteplass for brukarane», men også et sted for

«retteleing og rådgjeving [...] gjennom t.d. helsestasjon for eldre» (Ibid.). På denne måten ønsker man å støtte opp om at eldre kan bo lenger i sin egen private bolig.

Tranøy er en institusjonsorientert kommune med relativt lav dekning av omsorgsboliger for personer over 80 år (jf. tabell 4.2). Kommunens planer er svært knappe hva gjelder eldreomsorgens prioriteringer. I økonomiplanen for 2013 til 2016 varsles det imidlertid kraftige kutt i institusjonstilbudet. Det betyr at også *Tranøy* er en kommune som finner det nødvendig å skjære ned på kostnadene i pleie- og omsorgssektoren. Kommunens planer vier også stor plass til folkehelsearbeid og forebygging i pleie- og omsorgssektoren (*Tranøy kommune. Planstrategi 2012–2015, Tranøy kommune. Økonomiplan 2013–2016: 4*).

Dønna er et eksempel på en kommune som til nå har prioritert omsorgsboliger og sykehjem relativt likt. Planstrategien for *Dønna* avdramatiserer samfunnets aldring. Den legger dermed opp til en prioritering av barn og unge i den nærmeste fremtid. I planperioden 2003 til 2013 ble det heller ikke ansett som nødvendig å investere i nye sykehjems- eller omsorgsboligplasser ((*Dønna kommune. Kommuneplan 2003–2013, Dønna kommune. Planstrategi*).

Granvin, den minste kommunen i utvalget vårt, har til nå prioritert institusjoner høyt, men omsorgsboliger enda høyere. Kommunen har kuttet i antall sykehjemsplasser, og vurderer samtidig å bygge flere omsorgsboliger for å kompensere for nedskjæringen i institusjonstilbudet. Begrunnelsen for overnevnte omlegging synes primært å være kostnadseffektivisering (*Granvin herad. Økonomiplan 2013–2016*).

4.3.1 TI SMÅ KOMMUNER: UTDYPNING OG SAMMENFATNING

Hva prioriterer så de ti små kommunene i fremtiden? Omsorgsboliger og hjemmetjenester eller sykehjem? Også blant de minste kommunene i utvalget er det mange som ønsker å prioritere hjemmetjenester og omsorgsboliger i fremtiden. Gjennomgangen ovenfor viser at dette helt klart gjelder for *Bremanger*, *Lardal*, *Marker* og *Granvin*. I tillegg er omsorgsboliger eksplisitt definert som et satsingsområde i planene til *Skjåk* og *Austrheim*.

Mange av de små kommunene er som tidligere nevnt opptatt av rekruttering til omsorgsyrkene i sine planer. I tillegg fokuseres det på tema vi kjenner

igjen fra planene til de store og mellomstore kommunene, ikke minst samhandlingsreformens konsekvenser for sykehjemstilbudet og betydningen av forebygging.

Hvordan begrunner så de ti små kommunene sine veivalg i eldreomsorgen? Ikke overraskende er det også her snakk om en blanding av «økonomi, ideologi og behov/preferanser». I noen kommuner vises det mest til behovet for å skjære ned på kostnadene, for eksempel i Granvin kommune. I andre kommuner legger man vekt på en kombinasjon av økonomi og eldres egne preferanser. Ifølge en av våre informanter er deres satsning på omsorgsboliger primært begrunnet med økonomi: «50 prosents tilskudd fra Husbanken gjør at det er fantastisk god økonomi i omsorgsboliger». Informanten påpeker imidlertid at kommunens veivalg også er foretatt som en konsekvens av eldres egne ønsker: «Mange eldre vil ikke bo på sykehjem, men hjemme hos seg selv». Lardal er på sin side den kommunen som klart argumenterer for sin satsing på hjemmetjenester og omsorgsboliger i normativt-ideologiske termer. I kommunes omsorgsplan begrunnes satsingen på omsorgsboliger og hjemmetjenester ved å vise til begrepet «aktiv aldring»:

Aktive helse- og omsorgstjenester skal ha fokus på den enkeltes sterke sider og bygge videre på det. Tjenestene skal motivere til å fokusere på det friske i stedet for på det syke, det som fungerer i stedet for det som ikke fungerer. Dette er avgjørende for at den enkelte skal oppleve mestring og selvstendighet, og dermed frihet til å kunne styre livet sitt selv – også når han eller hun er blitt tjenestemottaker. [...] Rehabiliteringstanken skal være gjennomgående i all tjenesteyting. Rehabilitering betyr å ta utgangspunkt i den enkelte sine ressurser for å gjenopprette, vedlikeholde eller redusere tap av funksjoner. [...] Aktive helse- og omsorgstjenester betyr at sykehjemmet først og fremst skal satse på videreutvikling av kortidsfunksjoner. [...] Beboerne skal tildeles tjenester etter individuell vurdering og i form av enkeltvedtak. Dette skal gi en større individuell frihet og selvstendighet for tjenestemottakeren. Det skal også tydeliggjøre pårørendes rolle i forhold til omsorgsansvar, slik at mulighet for familieomsorg kan opprettholdes (*Lardal kommune. Omsorgsplan 2010–2020: 3*).

4.4 Sentrale tema i lys av planene og supplerende kilder

4.1 til 4.3 oppsummerer prioriteringene til de 30 kommunene i vårt utvalg. Nedenfor vil enkelte problemstillinger utdype og supplere gjennomgangen av planene foretatt her. For det første spør vi: Hvor store er utfordringene knyttet til samfunnets aldring, og tar kommunene utfordringene på alvor? For det andre undersøker vi om det finnes konflikt om eldreomsorgens veivalg i våre kommuner. Er det for eksempel mulig å identifisere uenighet og strid mellom sykehjems- og omsorgsboligtilhengere? For det tredje spør vi hva som blir sykehjemmenes og omsorgsboligenes funksjon i fremtiden?

4.5 Hvor store er utfordringene? Og tar kommunene dem på alvor?

Hvor store mener kommunene at utfordringene knyttet til samfunnets aldring er? Og i hvilken grad blir utfordringene som identifiseres tatt på alvor? Det synes for det første rimelig å hevde at de 30 kommunene i utvalget har en høy grad av bevissthet om de ulike utfordringene knyttet til det aldrende samfunnet. Med andre ord, de tar oppgavene på alvor. Gjennomgangen av planene under punkt 4.1 til 4.3 viser at nesten alle kommunene nevner – og i noen grad – problematiserer alle de fire hovedutfordringene pekt på i Omsorgsplan 2015: behovet for nye årsverk og nye omsorgsplasser, samt økt kompetanse og forbedring av demensomsorgen (St. meld. 25 2005–2006). Unntaket er noen av de minste kommunene i utvalget; her er de administrative ressursene små og pleie- og omsorgssektoren oversiktlig sammenlignet med de store og mellomstore kommunene. Fraværet av den store debatten om samfunnets aldring i planene kan dermed ikke uten videre tolkes som at de minste kommunene ikke anerkjenner utfordringene i pleie- og omsorgssektoren. På den ene siden er bemanningen av pleie- og omsorgssektoren en større bekymring i de minste kommunene, uavhengig av veksten blant eldre eldre i befolkningen. På den annen side så vi i figurene 3.2 og 3.3 at aldringen av befolkningen kommer senere i de små kommunene enn i de store, og i et mindre omfang.

Videre viser gjennomgangen av planene at kommunene generelt er opp-tatt av å optimalisere eldreomsorgen i en verden preget av økende behov og store, men langt fra ubegrensede ressurser. En studie gjennomført i regi av det NFR-finansierte forskningsprosjektet «Resultatevaluering av Omsorgsplan

2015» viser at 41 prosent av norske kommuner hadde en gjeldende Plan for pleie- og omsorgssektoren i mars 2013. I tillegg viser studien at pleie- og omsorgssektoren ble omtalt i nesten 70 prosent av kommunenes økonomiplaner og litt over 50 prosent av alle kommuneplanene. Studien viser at «egen omsorgsplan» korrelerer med kommunestørrelse: jo større befolkning dess større sjanse for at kommunen har en omsorgsplan (NOVA, tba). Igjen bør man være forsiktige med å tolke dette som et uttrykk for at små kommuner er mindre bevisst på det aldrende samfunnets dilemmaer. I små kommuner er det mindre arbeidskraft tilgjengelig for å lage egne delplaner, og kanskje er også behovet mindre som følge av pleie- og omsorgssektorens relative oversiktighet? (Vetvik og Disch, 2014, NOVA, tba).

På den annen side kan utfordringene være ulike i små og større kommuner. I noen av de minste kommunene i utvalget, som Bremanger og Marker, er arbeidskraft og spesialkompetanse de virkelig store utfordringene ifølge planene og informantintervjuet gjennomført i regi av dette forskningsprosjektet. Vår informant i Marker påpeker at samfunnets aldring og eldreomsorgen isolert sett ikke utgjør en enorm trussel per 2013 og fremover mot 2030. Det som imidlertid er en utfordring er behovet for å tiltrekke seg befolkning i arbeidsfør alder som kan skattefinansiere og jobbe i pleie- og omsorgssektoren (Marker kommune, 14.10.14). I Dønnas planer blir heller ikke samfunnets aldring og eldreomsorgen beskrevet som et problem i seg selv. Den store utfordringen – slik planene beskriver det – er konkurransen om innbyggere – dvs. skattebetalere og arbeidskraft (Dønna kommune. Kommuneplan 2003–2013, Dønna kommune. Planstrategi, 2012).

I alle de store, mellomstore og brorparten av de små kommunene i utvalget er imidlertid planene klare på at det er en stor utfordring å optimalisere tilbudet av hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem i lys av samfunnets aldring. Punkt 4.1 til 4.3 viser at svært mange av planene for eksempel peker på rehabilitering og forebygging som en del av løsningen på problemene samfunnets aldring skaper. Ikke minst blir det betraktet som en metode for å redusere behovet for arbeids- og kostnadskrevende sykehjems- og omsorgsboligtjenester. Oslo kommunes seniormelding er for eksempel rimelig klar på dette punktet:

Meldingen skisserer en økt satsing på byens seniorsentre. De skal videreutvikles og samlokaliseres med frisklivssentraler og lærings og mestringsentre. [...] Det blir flere eldre. Dermed kan det bli en større forekomst av demens, kols og livsstilssykdommer. Det er mulig å begrense en slik utvikling gjennom en satsing på å forbedre folkehelsen. Forebygging av sykdom og skade, samt tidlig rehabilitering tilbake til et godt funksjonsnivå skal prioriteres fremover i alle nivå av pleie- og omsorgstjenesten (*Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 3*).

I praksis kan det imidlertid vise seg vanskelig å prioritere rehabilitering og forebygging fremfor institusjonsplasser. En målsetting om «full sykehjemsdekning» – jf. både Arbeiderpartiets valgløfte fra 2009 og Trondheim kommune (Trondheim kommune. Handlings og økonomiplan 2013-2016, Hanssen og Vabo, 2012) – er mer synlig og lettere å evaluere enn forebyggingstiltak som helse- og dagsenter som kan gi store, men mindre synlige gevinster. For politikere som sikter mot gjenvalg kan det dermed være utfordrende å gi forrang til tiltak som kan redusere behovet for omsorgsplasser – som folkehelsearbeid, rehabilitering, dagsenter eller tilpasning av egen bolig – fremfor institusjonstilbud. Forebyggingstiltakene nevnt ovenfor er heller ikke lovpålagt og dermed fristende å skjære ned når det kniper. Hvis forebyggingstilbudet ikke prioriteres kan etterspørselen etter institusjonsplasser stadig øke, noe som igjen kan presse fram nye sykehjems- eller omsorgsboligutbygginger. I tråd med en av Trondheim kommunes sentrale planer kan dette beskrives som en selvforsterkende prosess eller negativ spiral. Fra kommuneadministrasjonen i Trondheims perspektiv er dette en svært uheldig situasjon: det er mye å spare på å forebygge og utsette institusjonsinnleggelse:

Erfaring viser at det er vanskelig å prioritere forebygging og tidlig intervensjon når presset på institusjonsplassene øker slik det har gjort siste årene. Utfordringene krever omstilling på mange områder, som for eksempel kompetanseutvikling, ansvarsfordeling, prosedyreutvikling og samhandling. Det er i prinsippet to måter å øke tilgangen av sykehjems plasser på; man kan enten bygge flere, eller man kan redusere liggetiden på de plassene man har ved å gjøre det mulig å bo hjemme lenger. Det første alternativet er dyrt

og gir ingen automatisk kvalitetsgaranti. Uten betydelige rammeøkninger kan dette alternativet kreve nedprioritering av tjenester i hjemmet. Konsekvensen blir at etterspørselen etter sykehjem øker. Velger man det siste, må kvaliteten økes på tjenester i hjemmet slik at flere kan bo hjemme litt lenger. Dette alternativet krever styrking av forebyggende tiltak, medisinsk oppfølging og rehabilitering [...]. I gjennomsnitt tildeles det ca. 30–35 plasser til langtidsopphold per måned eller ca. 400 per år. Hvis vi klarer å legge forholdene til rette slik at de som får sykehjemsplass i snitt kan bo hjemme 3 måneder lengre enn i dag, vil behovene for sykehjemsplasser reduseres med nesten 10 prosent. Hvis alternativet er å bygge nye sykehjemsplasser, tilsvarer dette en årlig kostnad på om lag 60 millioner kroner (*Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011–2020: 1*).

I punkt 4.6 undersøker vi kort uenighet og konflikt om veivalgene i eldreomsorgen. Slik uenighet kan dels tolkes som en strid om hva som er riktig volum og innretting av eldreomsorgen: Er sykehjem det eneste saliggjørende? Eller bør vi tvert imot forsøke å begrense denne institusjonens omfang, og isteden satse på omsorgsboliger og ulike forebyggingstiltak slik mange av planene til utvalgskommunene legger opp til? Diskusjonen i neste punkt understreker at sykehjemmet fortsatt står sterkt i norsk eldreomsorgsdebatt, og at det dermed ikke uten videre er lett å planlegge seg til en situasjon hvor denne institusjonen spille en mindre sentral rolle enn det den har gjort til nå.

4.6 Konflikt om veivalg? Sykehjem vs. Omsorgsboligtilhengere?

I hvilken grad finnes det konflikt om veivalgene i eldreomsorgen i våre 30 utvalgskommuner? Som nevnt i kapittel 1, gir ikke det primære empiriske grunnlagsmateriale for denne studien anledning til å gi noe utfyllende svar på dette spørsmålet. Ved å supplere de kommunale planene med andre kilder – informantintervjuer, avisartikler og kommunestyrepapirer – er det likevel mulig å peke på interessante konflikter i kommunene. Disse konfliktene viser at målsettinger og strategier referert til i planer eller vedtatt i bystyret ikke nødvendig-

vis realiseres. Tvert imot er veivalgene i eldreomsorgen forbundet med forhandlinger og strid: administrasjonens innstillinger og forslag til vedtak kan omgjøres.

Romøren og Svorken (2003) skildrer konflikt og uenighet mellom sykehjems- og omsorgsboligtilhengere i rapporten *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av «Handlingsplan for eldreomsorgen i Nord-Trøndelag»*. I rapporten vises det til at det hadde vært konflikt om hvorvidt man skulle satse på omsorgsboliger eller sykehjem i ti kommuner i Nord-Trøndelag. Romøren og Svorken tegner følgende generelle bilde av de politiske skillelinjene i disse konfliktene:

Ofte har politiske partier vært enige med toppledelsen, som vanligvis prioriterer utbygging av omsorgsboliger. Andre partier har hatt samme syn som mellomledere (særlig institusjonsbestyrere, eldreråd og befolkning. Disse [...] ønsker vanligvis å bygge flere sykehjemsplasser. [...] Mellomledernes synspunkter deles ofte av eldrerådene. [...] De har liten tro på at skrøpelige eldre får nok hjelp i omsorgsboligene (Romøren og Svorken, 2003: 40-41).

Ifølge de to daværende NOVA-forskerne etterlyser omsorgsboligskeptikerne «mer service, mer fellesskap, mer trygghet og mer opplevelse av at det er folk rundt en» i denne boformen (Ibid.). Tilhengerne av omsorgsboliger og hjemmetjenester argumenterer på sin side, med:

... at det er brukernes behov og ikke boligen som avgjør hvor mye hjelp man får. Ressursene skal settes inn der de til enhver tid trengs mest. De fremhever også at omsorgsboliger etter deres oppfatning gir mer fleksibilitet i tjenesteproduksjonen, og at det alltid vil være mulig å gjøre omsorgsboliger om til institusjonsplasser, men ikke omvendt (Ibid.:42).

I planene til de 30 utvalgskommunene er det kommuneadministrasjonen og det politiske flertalls stemme som primært høres. Det betyr at det i stor utstrekning er «omsorgsbolig- og hjemmetjenestepartiet» som kommer til orde. Punkt 4.1 til 4.3 viser at dette «partiet» argumenterer gjennom å vise til en kombinasjon av «ideologi, økonomi og behov/preferanser». Rådmannen i Elverum argumenterer for eksempel for å satse på omsorgsboliger fordi byggingen «finansierer seg selv» gjennom husleien» (Elverum kommune.

Økonomiplan 2013–2016: 29). Uavhengig av om denne optimistiske konklusjonen er riktig, synes det rimelige å hevde at omsorgsboliger som oftest er rimeligere for kommunen – det mener hvert fall kommunene selv. Blant annet kan beboernes husleie subsidieres med statlig bostøtte og legetilsyn bekostes av den statsfinansierte fastlegeordningen (Hanssen og Vabo, 2012). Ellers er det en gjenganger i argumentasjonen at omsorgsboliger og tjenester i egen privat bolig samsvarer med de eldres egne preferanser. Ideologisk-normative argumenter skinner også igjennom eller uttrykkes direkte i mange planer. Et mulig ideologisk argument, som vi i liten grad finner i planene, er at omsorgsboliger er mer forenlig med utstrakt assistanse fra den eldres familie (Nordbø, 2014). Vanligere er det å begrunne satsingen på omsorgsboliger og hjemmetjenester ved å vise til en normativ-ideologisk tro på «aktiv aldring» og selvstendighet. Det gjelder for eksempel Oslo, Lardal, Randaberg og Sveio. En av informantene i Sveio kommune argumenterer for eksempel klart for at sykehjemmet er en passiviserende institusjon som står i fare for å frata de eldre restfunksjonsevnen (Sveio kommune, 15.10.14b). Informanten argumenterer videre for sin støtte til omsorgsboliger og skepsis til en videre utbygging av sykehjemstilbudet på følgende måte:

1. Det ligger en egenverdi i at de eldre «leier sin egen bolig». Det gir selvstendighet og en egen privat sfære. Det er et verdivalg, en verdi i seg selv (ideologi).
2. En struktur på pleie- og omsorgstjenestene som tar var på de eldres restfunksjon stimulerer til selvhjelp. Eldre (og alle andre) kan fort bli avhengig av hjelp på institusjon. Det er større mulighet for å unngå passivisering i omsorgsboliger. I Danmark er de flinke til å ta hensyn til eldres egne ønsker, virkestrang og kompetanse. Dermed unngår de også ensomhet.
3. Det er billigere å drifte omsorgsboliger for kommunen enn sykehjem av mange grunner. I omsorgsbolig har beboerne tilgang på egen fastlege; ikke en egen sykehjemslege betalt av kommunen. Medisin og papirbleier blir dekket av folketrygden i omsorgsboliger. I det hele tatt; mange kostnadsfaktorer addert gjør det rimeligere å drifte omsorgsboliger for kommunen (Sveio kommune, 15.10.14b).

Hva så med «sykehjemstilhengerne»? Finnes en slik gruppe i utvalgets kommuner? Utvilsomt. Kutt – eller det som oppleves som nedskjæringer – i sykehjemstilbudet kan skape kraftige reaksjoner i befolkningen. Det viser blant de kraftige reaksjonene i deler av befolkningen når Sveio kommune stengte 6 sykehjemsplasser nylig (Sveio kommune, 15.10.14b, a)). I Oslo var det også stor temperatur i det politiske ordskiftet når sykehjemsbehovsplanen fra 2012 ble debattert i bystyret. Arbeiderpartiet argumenterte for utbyggingen av flere sykehjemsplasser enn det byrådet la opp til. Carl I. Hagen og Fremskrittspartiet, som har forsøkt å posisjonere seg som sykehjemmets varmeste forsvare, argumenterte videre for en kraftig utbygging av sykehjemstilbudet. Partiet tok således til orde for at byrådet skulle planlegge for etableringen av 1000 nye sykehjemsplasser, og fikk etter hvert støtte for dette hos Arbeiderpartiet, SV og Rødt (Oslo kommune: 47–60).

I Sveio kommune var det også opphetet debatt da Omsorgssenteret skulle gjenoppbygges etter en brann i 2007. Kommunalsjefens innstilling konkluderte med at 28 omsorgsboliger burde bygges, noe den daværende rådmannen omgjorde til etablering av 14 omsorgsboliger og 14 sykehjemsplasser i sin innstilling. Kommunestyret besluttet imidlertid å etablere 28 nye sykehjemsplasser, i strid med administrasjonens faglige råd (Sveio kommune, 15.10.14b, a). Det er 6 av disse plassene som nå ble nedlagt. Ordskiftet i Sveio og Oslo Bystyre er et uttrykk for at sykehjemmet fortsatt står sterkt i norsk debatt. Det er dermed ikke nødvendigvis enkelt å realisere planer om å legge om eldreomsorgen i retning av forebygging, rehabilitering, omsorgsboliger og hjemmetjenester. Forslag om en vending av eldreomsorgen i denne retning kan utløse motkrefter som bidrar til å redusere eller stoppe endring. En kommuneadministrasjon og et politisk flertall som ønsker å vri pleie- og omsorgssektoren i omsorgsboligenes retning må i alle tilfelle ta hensyn til «sykehjemspartiet» i sin politiske praksis. Fremveksten av Omsorg+ og andre heldøgnsbemannede boligtilbud for eldre kan for eksempel betraktes som en tilpasning fra kommunene på kritikken mot omsorgsboligene (jf. kapittel 2 og pkt. 4.1). Dermed kan det være mindre grunn til å kritisere omsorgsboligenes «utrygghet» i dag enn da Romøren og Svorken publiserte sin rapport om Nord-Trøndelag i 2003.

Foruten uenighet om omsorgsboliger vs. sykehjem finnes det også uenighet om hva som er et rimelig og riktig dekningsnivå i kommunene. I

noen kommuner holder det politiske flertall fast på en målsetting om 25 eller 30 prosents dekning av heldøgns plasser (sykehjem og bemannede omsorgsboliger). Det faller ikke alltid i god jord i administrasjonen som er mer orientert mot kommuneøkonomiens bunnlinje. I Sandnes argumenterer for eksempel rådmannen for at politikerne nedjusterer ambisjonsnivået hva gjelder dekningsgrad fra 25 til 22 prosent:

Kommunen vil i kommende år møte et stigende behov for institusjons plasser. De 60 nye plassene som skal komme i 2016 vil bare dekke dagens behov. Prognosene viser en svak vekst av antall eldre over 80 år i kommende planperiode, men blir etterfulgt av en sterk og stigende vekst mot 2020 og videre neste tiår. I tillegg erfares det et økende behov for institusjons plass innen yngre aldersgrupper. Investering og drift av så mange nye institusjons plasser som en slik vekst vil skape behov for, framstår som en betydelig økonomisk utfordring. Rådmannen anbefaler derfor at Sandnes kommune revurderer målet om at det skal være institusjons plasser til 25 prosent av innbyggerne som er over 80 år. I stedet må det satses på styrking av hjemmebaserte tjenester. En dekningsgrad på 22 prosent, som kan oppnås i 2016, kombinert med å styrke hjemmetjenestene, vil etter rådmannens oppfatning gi et tilbud som er bedre tilpasset kommunens økonomi. Også 22 prosent dekningsgrad vil mot 2020 og 2030 kreve sterk utbygging av institusjons plasser (*Sandnes kommune. Økonomiplan 2013–2016: 5-6*).

Sandnes økonomiplan er noe uvanlig i og med at den går rett på sak. Det er tydelig at mange kommuner ikke ønsker å formulere seg like klart når det gjelder den planlagte eldreomsorgens konsekvenser. Forskjønnende språkbruk som «bærekraft» og «aktiv omsorg» blir brukt for å begrunne omlegginger i pleie- og omsorgssektoren. I Moldes handlingsplan fra 2009 heter det for eksempel at tilbudet skal endres «i takt med krav til kommunens tjenester, demografiske forhold og økonomiske forutsetninger» (Molde kommune. Handlingsplan for omsorgstjenesten 2009–2020: 33). En plausibel tolkning er at denne formuleringen betyr at sykehjemsdekningen vil gå ned på sikt, men

dette skrives ikke direkte i planen. Det kan være et uttrykk for at «sykehjems-partiet» må tas hensyn til i praktisk politikk: nedskjæringer i dette tilbudet er utvilsomt godt stoff for lokalaviser.

På den andre siden skal nevnes at det ikke finnes noen norm for dekningsgrader innen omsorgstjenestene. Den antatte normen på 25 prosent skriver seg fra St.meld.nr 50 (1996–97) om Handlingsplan for eldreomsorgen. «Det eksisterer imidlertid ingen slik statlig norm. En dekningsgrad på 25 prosent savner også et faglig vitenskapelig belegg, og blir spesielt vanskelig når den forsøkes anvendt på enkeltkommuner.» (NOU 2011:11). Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011b) definerer kommunene ansvar, de skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, alle pasient- og brukergrupper, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er opp til kommunene å fastsette hvordan og i hvilket omfang disse tjenestene blir ytt.

4.7 Sykehjemmene og omsorgsboligenes funksjon

Hva så med sykehjemmene og omsorgsboligenes funksjon i fremtidens eldreomsorg?

I en kronikk publisert i *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* påpeker Tingvoll og Sæterstrand at St.meld. 25 (2005–2006) tar til orde for «en dreining bort fra langtidsopphold til korttidsopphold i sykehjem» (Tingvoll og Sæterstrand, 2007: 2274). De problematisere imidlertid hvorvidt kommunene vet hva de vil med sine institusjoner. Disch og Vetvik viser på sin side til at «mye tyder på at sykehjemmenes plass i kommunenes eldreomsorg forvaltes på nokså forskjellige måter. Mange steder fylles institusjonene med langtids-pasienter» (Vetvik og Disch, 2014: 24). Når det gjelder omsorgsboliger peker Romøren (2006) på at de kan betraktes både som supplement og alternativ til sykehjem.

Hvordan ser bildet ut i våre 30 kommuner? Hva er planene for sykehjemmene og omsorgsboligene i fremtiden? Gjennomgangen av planene viser tydelig at de fleste kommunene per 2013 er i ferd med å omstille sine sykehjem til mer av et korttidstilbud i tråd med samhandlingsreformens krav og andre statlige styringssignaler (jf. 4.1–4.3). Når det er sagt gir ikke planene rom for å foreta nærmere analyser hva gjelder sykehjemmenes funksjon. I fremtiden vil

det helt sikkert variere fra kommune til kommune hvor lenge gjennomsnittsborgeren vil bo på et sykehjem. Det følger av den kommunale friheten som fortsatt finnes i eldreomsorgen (Vabo, 2012).

Når det gjelder omsorgsboligene følger det logisk av planene i mange kommuner at de – spesielt de heldøgnsbemannede – i økende grad synes å bli ansett som alternativer til sykehjem, også for personer med svært omfattende pleiebehov.

For å unngå misforståelser passer det å understreke her at punkt 4.1 til 4.3 handler om planer og ikke dagens praksis. Per 2012 fungerte omsorgsboliger i liten grad som alternativ til sykehjem, i den forstand at få personer bodde i denne boformen livet ut. Ifølge Otnes bodde omkring 70 prosent av de eldre i sykehjem da de døde i 2012. Det tilsvarende tallet for omsorgsboliger var åtte prosent (Otnes, 2014). Det kan tolkes som om omsorgsboliger i dag primært fungerer som nest-siste trappetrinn i omsorgstrappa. På den andre siden er sykehjemmene, i og med samhandlingsreformen, tillagt en større rolle i den medisinske behandlingsskjeden og kan fylle flere av oppgavene tidligere ivaretatt i sykehusene. Når det gjelder sykehjem kan gjennomsnittlig oppholdstid gi et feilaktig bilde. Allerede i dag er det slik at eldre flest bor relativt kort tid i institusjon. Otnes påpeker at av «langtidsoppholdene som ble avsluttet i 2011, hadde bare 30 prosent vart i to år eller mer. I 2011 hadde godt og vel 40 prosent av de avsluttede langtidsoppholdene vart mindre enn et halvt år» (Ibid.).

4.8 Sammenfatning

I dette kapitlet presenteres og drøftes «eldreomsorgens planer» i 30 norske kommuner. Et spørsmål har stått sentralt: hva satser kommunene på i fremtiden? Sykehjem, omsorgsboliger og/eller hjemmetjenester? Med utgangspunkt i kommunenes planer er det generelle bildet at omsorgsboliger og hjemmetjenester er i vinden. Spesielt i de fire største kommunene står imidlertid sykehjemmet fortsatt relativt sterkt i planene

Resultatene fra gjennomgangen av planene ovenfor harmonerer relativt godt med bildet som tegnes i Disch og Vetviks studie fra 2014. I deres survey (jf. kapittel 1) rapporterer 29 prosent av kommunene at det vil bli flere sykehjemsplasser i 2015. Det var spesielt store kommuner som svarte dette, i tråd

med vår gjennomgang av planene. På sin side svarer 61 prosent av kommunene at det bygges flere omsorgsboliger frem mot det samme året. Disch og Vetvik velger rimelig nok å tolke det siste «både som en prognose og en policy. Det antas å reflektere at kommunene både eksplisitt og implisitt har valgt satsing på omsorgsboliger som hovedløsning i tiden fremover» (Vetvik og Disch, 2014: IX-X).

Det synes videre verdt å understreke at oppmerksomheten i planene til de fleste kommunene i utvalget er vendt mot statens satsingsområder og styringssignaler. Det gjelder for eksempel samhandlingsreformen, begrepet aktiv omsorg, rehabilitering og forebygging. I realitetens verden kan det imidlertid være vanskelig å følge opp statlige styringssignaler og planfestede ambisjoner. Det kan for eksempel være vanskelig å prioritere ikke-lovpålagte oppgaver som rehabilitering innenfor rammen av begrensede kommunebudsjetter (jf. 4.5). Videre kan vi forvente at målsettingene i planene i større eller mindre grad vil justeres som følge av uforutsette utviklingstrekk: for eksempel i takt med økonomiske konjunkturer og variasjonene i statlige overføringer til kommunesektoren. Likevel gir planene viktig informasjon om hvor eldreomsorgen i norske kommuner er på vei. Det bør imidlertid minnes om at kommunene starter fra ulike utgangspunkt med hensyn til dekning av hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem. Dermed vil også fremtiden fortone seg annerledes fra kommune til kommune. Det synes å være prematurt å snakke om en allmenn konvergens i retning av omsorgsboliger og hjemmetjenester, på tross av innholdet i planene. Sykehjemmet står sterkt og vil fortsatt være en betydelig del av omsorgstilbudet for eldre frem mot 2040. Endringer skjer gradvis og nye og uforutsette utviklingstrekk kan føre til ny vind i seilene for «sykehjemstilhengerne».

5 Boligforsyning og boligmasse

I dette kapitlet presenteres de 30 utvalgskommunenes planer og strategier for boligtilbudet til eldre. Kapitlet omhandler temaer som samarbeid med private selskaper, utbyggings- og arealplaner, boligtilpasning, velferdsteknologi og universell utforming.

I det som følger gis først en innføring i sammenhengen mellom boligmarked, boligpolitikk og eldreomsorg. Vi presenterer også de mest sentrale virkemidlene som i dag er tilgjengelig for kommunene i utbyggings-, boligtilpasnings- og arealpolitikken rettet mot eldre: Husbankens tilskudd- og låneordninger, NAVs støtteordninger, velferdsteknologi og reguleringsplaner.

Deretter spør vi i hvilken grad kommunene er bevisst på betydningen av boligpolitikk og boligmarked for eldreomsorgen? Under punkt 5.3 presenteres kommunenes planer vedrørende tilpasning av den eksisterende boligmassen. Dernest, under punkt 5.4, gis en fremstilling av kommunenes framtidige målsettinger i utbyggings- og arealpolitikken i lys av samfunnets aldring. Til slutt drøftes kapitlets funn i lys av tidligere forskning om boligpolitikk og eldreomsorg.

5.1 Boligmarked, boligpolitikk og eldreomsorg

Det er grunn til å tro at det finnes klare sammenhenger mellom boligmarked, boligpolitikk og eldreomsorg i kommunene. I kapittel 3 ble det undersøkt om det finnes en sammenheng mellom antallet leiligheter og universelt utformede boliger, og dekningsgraden av omsorgsboliger og sykehjem for personer over 80 år. Vi fant indikasjoner på at det var en sammenheng mellom antall leiligheter og omsorgsboliger: tendensen var at kommunene i utvalget med et høyt antall leiligheter hadde færre omsorgsboliger enn de andre utvalgskommunene. En mulig forklaring på dette funnet er at leiligheter er mer geografisk konsentrert enn eneboliger, og dermed gjør det enklere og mer kostnadseffektivt for kommunen å yte nødvendige tjenester i eldres egne boliger. Dermed reduseres i sin tur behovet for å bygge omsorgsboliger. Vi fant imidlertid ingen sammenheng mellom antallet nybygde, universelt utformede boliger og dekningsgradene for omsorgsboliger og institusjoner. Det siste kan

bety at nybygde, universelt utformede leiligheter er et tilbud som i større grad treffer de yngste eldre eller de godt voksne, dvs. 50-, 60- og 70-åringer. På sikt kan det bety at det blir enklere for kommunene å yte tjeneste til disse kohortene i eget hjem når de blir eldre.

Slik (Ruud m.fl., 2014) antyder kan det ligge en effektivitetsgevinst i at hushold flytter til universelt utformede leilighetskomplekser med heis – og til mindre eneboliger eller rekkehus med de viktigste funksjonene på samme plan – i sentrale deler av en kommune etter hvert som de blir eldre og får behov for assistanse fra det offentlige. Det kan blant annet bidra til kortere reisevei for de ansatte i kommunenes hjemmetjenester og redusere behovet for å etablere nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Det kan derfor være gevinster å hente i eldreomsorgen på å føre en kommunal utbyggingspolitikk som legger til rette for fortetting og nye boligområder i sentrale strøk. Kommuner som lykkes i å trekke til seg private selskaper som bygger boliger rettet mot eldre, vil i tillegg kunne spare store penger på kommunale budsjetter i form av redusert behov for omsorgsboliger.

I bolig- og eldrepolitikkenes policydokumenter fremheves det gjerne at bolig først og fremst er et personlig ansvar. Som det ble nevnt i kapittel 1 og 2, understreker disse dokumentene at det offentlige har et ansvar for å yte pleie- og omsorgstjenester i private hjem, men at de enkelte hushold selv står ansvarlig for å skaffe til veie velegnede boliger på markedet (NOU 1992:1, Meld. St. 17, 2012–2013). I mange av utvalgskommunenes planer legges dette synspunktet mer implisitt enn eksplisitt til grunn for forslag og analyser. Oslo kommunes seniormelding leverer imidlertid klar tale på dette punktet. Det understrekes at eldre som alle andre har «et ansvar for selv å legge til rette for eget liv, bl.a. ved å sørge for egnet bolig i alderdommen. Det kan for eksempel skje ved å tilpasse egen bolig eller å flytte til lettstelt bolig» (Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 3). Et annet sted i meldingen heter det at: «Når flest mulig bruker sine ulike ressurser til å mestre egne liv og skaffe egnet bolig selv, frigjøres offentlige ressurser til å hjelpe dem som har størst behov for hjelp» (Ibid.:21). Trondheim er et eksempel på en annen kommune som presiserer klart at kommunen og det enkelte hushold har komplementære oppgaver i eldreomsorgen. Ifølge Sintef-forskerne Wågø og Høyland er det en sentral del av kommunens eldrepolitikk at eldre selv må «ta ansvar for egen bosituasjon

slik at kommunen primært kan yte pleie og omsorg, og bolig til de som ikke selv klarer dette» (Støa 1997 i Wågø og Høyland, 2009: 13).

Tanken om at det er rimelig å forvente at eldre selv må dra det tyngste lasset i boligsektoren, har delvis vært begrunnet med en forestilling om denne befolkningsgruppen sitter på en ikke ubetydelig boligformue som kan brukes til å foreta tilpasninger i egen bosituasjon i takt med endrede behov (jf. kapittel 1). Nyere forskning synes å bekrefte denne antagelsen: Ifølge en studie av NOVA-forskeren Lars Gulbrandsen har personer over 65 år ikke overraskende i gjennomsnitt større bolig- og hytteformue enn andre aldersgrupper. I praksis er det imidlertid stor forskjell mellom eldre personers formuessituasjon (Gulbrandsen, 2014). Som følge av at boligverdiene er langt lavere i distriktene, vil for eksempel noen eldre ha vanskelig for å hjelpe seg selv på boligmarkedet i de minste utvalgskommunene (jf. 5.4). I tillegg må vektleggingen av Eldres personlige ansvar betraktes som en konsekvens av en av hovedlinjene i norsk boligpolitikk etter krigen: den såkalte «eierlinja» (Sørvoll, 2011). Norsk boligpolitikk har i mangt og mye vært en satsing på selveide småhus og felleseie i borettslag – samt sameier etter Willoch-regjeringens lov om eierleiligheter fra 1983. Dermed er betoningen av Eldres ansvar for egen – som oftest eide bolig – i tråd med de lange linjene i norsk boligpolitikk. Endelig antydes det ofte, slik vi har vært inne på flere ganger allerede, at betoningen av Eldres ansvar for sin egen boligsituasjon er i samsvar med deres egne preferanser: en del kan tyde på at de ønsker å bo lengst mulig i eget hjem. Her kan man støtte seg til undersøkelser av både Eldres boligpreferanser og deres atferd på boligmarkedet (Brevik og Schmidt, 2005, Ruud m.fl., 2013).

Vektleggingen av det personlige ansvar betyr på ingen måte at det offentlige har abdisert fullstendig når det gjelder de Eldres boligsituasjon; det finnes statlige virkemidler og kommunale strategier som fremmer utbygging av universelt utformede boliger, eller legger til rette for tilpasning av private boliger for det Aldrende samfunnets krav. Virkemidlenes målsetting er å «styre» eller hjelpe eldre til å bli boende i egen bolig og dermed redusere behovet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Slik vi skal komme utførlig tilbake til nedenfor, viser planene som analyseres i denne rapporten at mange av utvalgskommunene nettopp ønsker å legge til rette for gode boligtilbud for eldre og

en kostnadseffektiv eldreomsorg gjennom satsinger på utbyggingspolitikk, boligtilpasning og velferdsteknologi.

Også hvis man ser bort fra tilskuddet til omsorgsboliger gir dagens nasjonale og kommunale boligpolitikk mulighet for å understøtte eldreomsorgen på ulike måter. Som nevnt i kapittel 3, sørger plan og bygningsloven for at mange nye boliger er universelt utformede og tilpasset bevegelsehemmede, inkludert eldre med tjenestebehov. Mottakere av Husbankens gunstige grunnlån – som har bidratt til å finansiere mellom 5 000 og 8 000 boliger de seks siste årene (Husbanken, 2013: 2) – må i tillegg forholde seg til strengere bestemmelser om kvalitet og tilgjengelighet enn lovverkets krav.⁴

Gjennom reguleringsplanene samt dialog og avtaler med private utbyggere har kommunene, også en viss mulighet til å påvirke nybyggingen på måter som er forenelige med kommunale mål for eldreomsorgen. Reguleringsplanene kan blant annet legge til rette for fortetting og leilighetsoppføring i de mest folketette delene av en kommune (Nygaard, 2013), og på den måten bidra til at tjenester kan ytes mer kostnadseffektivt til eldre som bor i egen leilighet. Kommunene kan også bestemme at en viss andel av boligene i et område skal bygges med livsløpsstandard. Plan- og bygningsloven gir imidlertid ikke kommunene mulighet til å bestemme at det skal oppføres boliger til bestemte grupper – for eksempel eldre eller gruppen 55+. Teoretisk sett kan kommunene selge tomter til utbyggere på vilkår av at de bygger boliger tilrettelagt for eldre, men dette er en lite aktuell strategi i den markedsbaserte boligforsyningens tidsalder (jf. kapittel 1, kapittel 6, Nordahl, 2012b, Schmidt m.fl., 2013). Det er også viktig å huske på at det er utbyggerne som bestemmer om spadene stikkes i jorda: kommunene har i normale tilfeller makt til å gi tillatelse, men kan ikke tvinge profittmotiverte selskaper til å bygge boliger de ikke vurderer som kommersielt interessante.

Når det gjelder tilpasning av den eksisterende boligmassen bør flere av NAV og Husbankens virkemidler nevnes. Husbanken forvalter følgende virkemidler som skal legge til rette for at kommunene og det enkelte hushold

⁴ http://www.husbanken.no/grunnlaan-kommune/viktig/?menu=fixed&utm_exp=2187918-3.XPy0vHgKT2mevgdLJCP8PA.1&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.husbanken.no%2Fgrunnlaan-kommune%2F%3Fmenu%3Dfixed sett:22.11.2014.

forbedrer tilgjengeligheten i den gamle boligbebyggelsen. Husbanken og Direktoratet for byggkvalitet legger stor vekt på å informere kommunene om de ulike virkemidlene (Meld. St. 17, 2012–2013: 67-69, Torp, 2014):

- **Grunnlån for boligutbedring:** Husbankens grunnlån kan også gis til utbedringsprosjekter.
- **Tilskudd til tilpasning:** virkemiddelets formål er å gi et bidrag til tilpasning av egen bolig for en eller flere bevegelseshemmede i en husstand. Det kan gis tilskudd til «enkle tiltak for å bedre tilkomsten til boligen og til større ombygginger for å tilrettelegge boligen».⁵
- **Tilskudd til prosjektering:** Personer som trenger tilrettelagt bolig kan søke om tilskudd til prosjekteringshjelp av en profesjonell arkitekt. Tilskuddet er i normale tilfeller begrenset til 20 000 kroner.⁶
- **Tilskudd til tilstandsvurdering:** Dette er et virkemiddel rettet mot boligsameier og borettslag med mer enn seks leiligheter. Tilskuddet kan blant annet brukes til å få en profesjonell vurdering av «tiltak for å bedre tilgjengelighet og brukbarhet for alle i boligen og uterom».⁷
- **Tilskudd til heis:** Heistilskuddet er rettet mot eiere av boligbygg med et minimum av tre etasjer. «Det kan gis tilskudd til inntil 50 prosent av kostnadene til prosjektering eller installering» av heis.⁸

⁵ http://www.husbanken.no/tilskudd/tilpasning-av-bolig/?menu=fixed&utm_expId=21879183.XPy0vHgKT2mevgdlJCP8PA.1&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.husbanken.no%2F%3Fmenu%3Dfixed sett:22.11.2014.

⁶ http://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-tilskudd-til-enkeltpersoner/tilskudd-prosjektering/?menu=fixed&utm_expId=2187918-3.XPy0vHgKT2mevgdlJCP8PA.1&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.husbanken.no%2F%3Fmenu%3Dfixed sett:22.11.2014.

⁷ http://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-tilskudd-til-andre-grupper/tilskudd-til-tilstandsvurdering/?menu=fixed&utm_expId=2187918-3.XPy0vHgKT2mevgdlJCP8PA.1&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.husbanken.no%2F%3Fmenu%3Dfixed sett:22.11.2014.

⁸ http://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-tilskudd-til-andre-grupper/tilskudd-til-heis/?menu=fixed&utm_expId=2187918-3.XPy0vHgKT2mevgdlJCP8PA.1&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.husbanken.no%2F%3Fmenu%3Dfixed sett:22.11.2014.

I tillegg legger statens strategi for økt tilgjengelighet i eksisterende boliger vekt på boligrådgivning gjennom kommunen og ulike virkemidler forvaltet av NAV (Meld. St. 17, 2012–2013: 67):

- **Hjelpemiddel til tilrettelegging av egen bolig:** «Hjelpemiddelordninga til NAV gjev økonomisk støtte til hjelpemiddel for å auke den fysiske tilgjengelegheita til og i bustaden, som trappeheis, løfteplattform, ramper og omgjevnadskontroll/dørøpnarar» (Ibid.:68).
- **Kompetanse på tilrettelegging av egen bolig/boligrådgivningstjenester** til bevegelseshemmede, inkludert eldre.
- **Tilskudd til tilrettelegging av egen bolig som alternativ til hjelpemiddel:** «I einebustader og rekkjehus, der det ligg til rette for å få nødvendige bustadfunksjonar på eitt plan, kan hjelpemiddelsentralane gje tilskot til tilrettelegging av bustaden som alternativ til trappeheis, løfteplattform og rampe. Dette gjev ei varig utbetring av tilgjengelegheita i bustaden. Tilskotet går inn i ein felles finansieringsplan saman med midlar frå Husbanken og kommunen og eventuelt privat finansiering» (Ibid.).

Endelig er omsorgs- eller velferdsteknologi et av den statlige pleie- og omsorgstjenestens satsingsområder. Et av formålene ved slik teknologi er nettopp å legge til rette for «at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne» og dermed redusere eller utsette behovet for institusjonsinnleggelse (NOU 2011:11, St.meld. nr. 29, 2012–13: 109). I dag finnes et nasjonalt velferdsteknologiprogram som administreres av Helsedirektoratet. Dette programmet tilbyr blant annet de 32 deltakerkommunene kostnadsfri kompetansehevning innen velferdsteknologi (Brevik, 2014: 5). Velferdsteknologi brukes både i private boliger og institusjoner. I dette kapitlet er imidlertid øynene våre fokusert på kommunenes planer for å spre velferdsteknologien til private hjem.

I St.meld. nr. 29 (2012–13) trekkes et skille mellom følgende kategorier velferdsteknologi:

- **Trygghets- og sikkerhetsteknologi:** «skaper trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen i denne gruppen, som nå utvides med varslings- og lokaliseringsteknologi og ulike former for sensorer»
- **Kompensasjons- og velværeteknologi:** «bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Dette omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet enklere, som for eksempel styring av lys og varme».
- **Teknologi for sosial kontakt:** «bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel videokommunikasjonsteknologi».
- **Teknologi for behandling og pleie:** «bidrar til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. er eksempler på slike tekniske hjelpemidler» (Aspnes m.fl., 2012, St.meld. nr. 29, 2012–13).

Konklusjonen på resonnementene presentert under punkt 5.1, er at kommunene kan legge til rette for gode boligtilbud for eldre, samt redusere behov og spare penger i pleie- og omsorgssektoren gjennom en målrettet satsing på utbyggingspolitikk, boligtilpasning og velferdsteknologi. Eller sagt på en annen måte: en gjennomtenkt boligpolitikk er en del av svaret på det aldrende samfunnets utfordringer. I den siste boligmeldingen argumenterer for eksempel den rødgrønne regjeringen for at det er umulig å tilfredsstille behovet for «eldreboliger» i det aldrende samfunnets tidsalder gjennom en ensidig satsing på sykehjem og omsorgsboliger. Det vises til at økt «tilgjengelighet i eksisterende bustader vil ha positiv effekt på det økonomiske rommet til kommunane. Fleire kan bu lengre heime og det er enklare å yte kommunale tjenester i bustaden (Meld. St. 17, 2012–2013: 67).

I boligmeldingen fremheves det videre at «befolkningsgruppa over 80 år vert tredobla fram mot 2060 og mange av dei vil bu heime i eigen bustad. Det er derfor behov for fleire brukelege bustader med god tilgjengelegheit slik at så mange som råd av dei som ynskjer det, kan bu heime så lenge som mogleg» (Ibid.:66). Torp fremhever på sin side at antallet «hjemmeboende eldre med ulike former funksjonsnedsettelse vil øke i årene som kommer» (Torp, 2014). Det er i forlengelsen av dette verdt å minne om at sammensetningen av den

eksisterende boligmassen endres sakte. Nybygde boliger – som i normale tilfelle er universelt utformede og tilpasset bevegelseshemmede – utgjør bare omkring 1 prosent av den samlede boligmassen (Meld. St. 17, 2012–2013: 66). Av denne grunn må en effektiv satsing på å legge til rette for økt tilgjengelighet nødvendigvis være et langtidsprosjekt som fokuserer både på nye og gamle boliger. I levekårsundersøkelsen fra 2012 rapporterte kun litt under 25 prosent av respondentene som hadde et husstandsmedlem som de definerte som bevegelseshemmet, at de bodde i en bolig som var spesielt tilrettelagt (Strand, 2013: 52). Dette understreker den lave andelen boliger som per i dag er spesielt tilrettelagt for eldre og andre med begrenset bevegelse. Av alle lavblokker med tre eller fire etasjer var det for eksempel bare 10 prosent som hadde heis, ifølge folke- og boligtellingsen fra 2001 (Meld. St. 17, 2012–2013: 69). Ifølge Torp er det slik at kun ca. 20 prosent «av norske boliger tilfredsstillende [...] kravene til universell utforming eller livsløpsstandard» (Torp, 2014).

5.2 Planene og boligpolitikken rettet mot eldre

I hvilken grad er kommunene bevisst på betydningen av boligpolitikk og boligmarked for eldreomsorgen? Eller sagt på en mer presis måte: gir kommunenes planer inntrykk av bevissthet om sammenhengene mellom eldreomsorg og boligpolitikk skissert under punkt 5.1? Beskrives boligpolitikken eksplisitt eller implisitt – for eksempel veivalg i boligtilpasnings- og utbyggingspolitikken – som en måte å redusere og utsette behovet for omsorgsboliger og/eller sykehjemsplasser? Det enkle svaret på disse spørsmålene er at planene i utvalgs-kommunene uttrykker bevissthet om sammenhengene mellom boligpolitikk og eldreomsorgen i varierende grad.

I første omgang bør det nevnes at utvalgskommunenes planer varierer når det gjelder detaljrikdommen vedrørende eldreperspektivet i bolig- og arealplanleggingen. Generelt sett går de *ti største kommunene*, med de største administrative ressursene tilgjengelig i planarbeidet, i mest detalj på dette området. *Oslo* kommunes seniormelding er et av de beste eksemplene på en plan som anerkjenner boligpolitikken betydning for eldreomsorgen i kommunen. Som vi skal komme tilbake til under punkt 5.3 og 5.4, nevner den en rekke ulike strategier og forslag – både på boligtilpasningen og utbyggingens område – som skal stimulere eldre til å bli boende lengst mulig i egen bolig samt understøtte

kommunens hjemmetjenesteorienterte eldreomsorg. Oslo kommunes seniormelding har også bred omtale av velferdsteknologi (Oslo kommune. Kommuneplan 2008: 17,22, Oslo kommune. Seniorsmelding, 2014: 21–23, 28–31, 48).

Planene i *Bergen* vitner også om en høy bevissthet om boligpolitikkenes betydning for eldreomsorgen. Velferdsteknologi, utbyggingspolitikk for eldre og boligtilpasning blir alle nevnt i kommunens boligmelding fra 2014. I denne meldingen vises det til at en «god boligpolitikk kan bidra til en god omsorgs-politikk»:

Det er et mål både for boligpolitikken og for omsorgspolitikken at flest mulig skal kunne bo i egen bolig så lenge som mulig. Dette gjelder også i de tilfellene hvor beboeren har betydelig helse- og funksjonssvikt. En forutsetning for dette er at boligene er godt fysisk tilrettelagt og at det er mulig å gi de nødvendige helse- og omsorgstjenestene (*Bergen kommune. Boligmelding 2014–2020: 35*).

Trondheim kommunes boligprogram og plan for tjenester til personer over 67 år kan karakteriseres på samme måte som planene i de to største byene. I lys av samfunnets tiltagende aldring og eldreomsorgens kapasitetsutfordringer vurderer meldingen ulike forslag som tar sikte på å øke tilgjengeligheten i både den nye og gamle boligmassen (Trondheim kommune. Boligprogram 2011–2014: 51–55, Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011–2020: 7,27,34).

I likhet med de tre største norske byene anerkjenner også planer og andre dokumenter fra store kommuner som *Stavanger*, *Bærum*, *Fredrikstad*, *Tromsø* og *Drammen* klart sammenhengen mellom boligpolitikk, boligmarked og eldreomsorg. I disse kommunene fremheves det at riktige valg i boligtilpassnings- og/eller utbyggingspolitikken kan redusere behovet for institusjons-plasser og omsorgsboliger (Bærum kommune. Eldremelding 2006–2015, Drammen kommune. Bystrategi 2013–2036, Fredrikstad kommune. Bolig-sosial handlingsplan 2014–2017: 7,34, Stavanger kommune. Kommuneplan 2010–2025, Tromsø kommune. Strategi eiendom, 2013: 17). Stavangers kommuneplan for 2010 til 2020 slår for eksempel fast at det:

... samlede boligtilbudet vil [...] ha stor betydning for hvor godt rustet byen er til å håndtere et stadig økende antall eldre mennesker. Jo flere boliger som tilfredsstillers prinsippet om universell tilgjengelighet, jo lavere blir behovet for spesialinstitusjoner og ombyggingstiltak. Folk kan bli boende hjemme i sin egen bolig lenger» (*Stavanger kommune. Kommuneplan 2010–2025: 27*).

Bærum kommunes eldremelding er på sin side klar på at: «Dersom en større andel av befolkningen velger å flytte til boliger som er godt tilrettelagt for alderdommen, kan det bety mindre press på kommunalt tilrettelagte boformer for eldre, forutsatt at boligene også er utformet slik at de er velegnet for personer med behov for omfattende pleie- og omsorgsbehov» (Bærum kommune. Eldremelding 2006–2015: 14–15). Drammen kommunes helse- og sosialplan peker på trekk ved byens boligmarked som understøtter hjemmetjenestenes arbeid:

De hjemmebaserte tjenestene må så langt det er mulig være innrettet mot å sikre at brukerne får riktig hjelp uten å måtte bytte bolig. Dette forutsetter imidlertid også at boligen holder livsløpsstandard, at den er tilpasset brukerens behov og at brukeren har nødvendige hjelpemidler. De nye boligkompleksene i byen er godt egnet for å etablere heldøgnstjenester, fremfor å etablere flere og nye kommunale boligtilbud for innbyggere med behov for bistand (*Drammen kommune Helse- og sosialplan 2008–2012: 24*).

I de gjenværende store utvalgskommunene, *Kristiansand* og *Sandnes*, anerkjennes sammenhengen mellom boligpolitikken og eldreomsorgen i liten grad i planene vi har analysert. Det kan bety manglende satsing eller liten bevissthet om temaene som omhandles i dette kapitlet, men det er ingen nødvendig tolkning. For eksempel kunne kilder vi ikke har undersøkt – som lokalaviser og kommunestyreferater – formidlet et annet bilde. Det er også slik at planene i Sandnes – selv om de ikke er så klare på sammenhengen mellom bolig- og eldrepolitikk – setter fokus på velferdsteknologi og universell utforming (Sandnes kommune. Omsorgsplan 2008–2021: 62, Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012–2030: 20, Sandnes kommune. Økonomiplan 2013–2016: 162).

Sammenlignet med de ti største kommunene, har de *ti mellomstore og ti små kommunene* samlet sett lite fokus på boligplanlegging for eldre i dokumentene vi har gjennomgått. Sammenhengen mellom boligpolitiske og/eller velferdsteknologiske virkemidler og eldreomsorgen berøres i langt mindre grad enn i de fleste store kommunenes planer. Verken velferdsteknologi, boligtilpasning eller utbyggingspolitikken i det aldrende samfunnets tidsalder blir gjenstand for bred omtale.

Dette kan ha flere mulige årsaker. For det første har spesielt de minste – men også en del av kommunene plassert i den midterste kategorien – svært begrensede administrative ressurser sammenlignet med de største kommunene. Det innebærer at planene blir knappere og berører færre temaer. For det andre har spesielt de minste kommunene langt høyere samlet dekning av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjemsplasser enn de største kommunene. Det kan bety at behovet for boligtilpasning og eldre perspektiv i utbyggingspolitikken oppleves mindre prekært. For det tredje kan selvfølgelig bevisstheten om sammenhengen mellom eldreomsorg og boligpolitikk være begrenset i noen eller flere av de små og mellomstore utvalgs kommunene. Etter vår oppfatning virker det trolig at planenes taushet om boligplanleggingen for eldre, dels reflekterer at mange små og mellomstore kommuner i utvalget ikke har noen høyt prioritert satsing på dette området. I kommuner med spredt bosetning kan for det fjerde en satsing på boligtilpasning i områder langt fra kommunesentrum virke lite aktuelt. Her kan det synes mer rasjonelt å bygge omsorgsboliger og legge til rette for privat fortetting i sentrum, for slik legge til rette for mer kostnadseffektive hjemmetjenester (Nygaard, 2013). For det femte er det selvsagt store forskjeller mellom en kommune som Oslo, med over 600 000 innbyggere, og de minste og mellomste utvalgs kommunene med befolkning på tusen eller noen få tusen personer. I de minste kommunene fremstår sannsynligvis utfordringene på eldreomsorgens og boligplanleggingens område som mer oversiktlige. Kanskje er det noe av grunnen til at de i mindre grad drøfter kompliserte spørsmål som boligpolitikkenes betydning for eldreomsorgen. Endelig må vi holde muligheten åpen for at de små og mellomstore kommunene i utvalget ikke er representative for andre kommuner av lignende størrelse. Kanskje vi hadde fått frem et annet bilde hva gjelder

fokuset på eldreperspektiv i nybyggingen, velferdsteknologi og boligtilpasning hvis vi hadde trukket ut andre små og mellomstore kommuner?

Selv om de mellomstore og små kommunenes planer ikke tematiserer dette kapitlets temaer i like stor grad som de største kommunene, trekker vi på eksempler fra disse kommunenes planer i rapportens neste deler – 5.3 «Tilpasning av eksisterende boligmasse» og 5.4 «Boligforsyningen og samfunnets aldring».

5.3 Tilpasning av eksisterende boligmasse

I hvilken grad planlegger kommunene å satse aktivt på tilpasning av den eksisterende boligmassen? Hvilke strategier og forslag på boligtilpasningens område kommer til uttrykk i planene? I hvilken utstrekning planlegger kommunene å benytte velferdsteknologi for å legge til rette for at eldre kan bo lenger i egen bolig? Dette er spørsmål som er styrende for gjennomgangen av utvalgskommunenes planer for tilpasning av den eksisterende boligmassen i lys av samfunnets tiltagende aldring og hjemmetjenestenes behov.

Som antydnet ovenfor er det de *ti største kommunenes* planer som dekker boligtilpasning og velferdsteknologi bredest samlet sett. I *Oslo* kommunes planverk vies det stor plass til forslag og strategier på boligtilpasningens og velferdsteknologiens områder, som antydnet ovenfor. Kommunen vurderer å spre informasjon om velferdsteknologi ved å «opprette veiledningstjeneste for brukere og deres nettverk på noen utvalgte seniorsentre», ifølge seniormeldingen (Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 29). I Oslo kommune ønsker man å være en ledende kraft nasjonalt i utviklingsarbeidet knyttet til velferdsteknologi. Kommunens seniormelding beskriver velferdsteknologi som del av en strategi, som skal sørge for «at eldre og hjelpetrengende kan bo lenger i kjente og trygge omgivelser. Teknologien kan gi støtte til både pleiefaglige, sikkerhetsmessige og praktiske gjøremål, slik at hjemmetjenesten i større grad kan konsentrere seg om brukeren» (Ibid.).

Oslos seniormelding fremhever at byrådet ønsker «en innovativ tilnærming til utbedring av eksisterende boligmasse [...] (Ibid.:21). For det første er det meningen at rådgivningstjenesten nevnt ovenfor også kan informere eldre om «tilpasning av egen bolig og ulike støtteordninger for dette» (Ibid.:47). For det andre viser seniormeldingen til at byrådet i hovedstaden vil

forsøke å påvirke nasjonale myndigheter til å innføre bedre støtteordninger for personer som ønsker å tilpasse sin egen bolig. I meldingen vises det til at det:

... er behov for ytterligere støtteordninger som stimulerer til ombygginger, slik at flere eldre kan bli boende i eksisterende bolig. Oslo har mange bygårder i indre bykjerne og en utstrakt blokkbebyggelse i de første drabantbyene som mangler heis eller har trapper inn til første etasje. Det bør etableres nasjonale støtteordninger gjennom Husbanken for dette behovet» (*Ibid.:*22).

Seniormeldingen fremhever endelig at Oslo kommune vil vurdere ulike muligheter for å stimulere til boligtilpasning i lys av det aldrende samfunnets behov, og at kommunen har sin egen tilskuddsordning for boligtilpasning rettet mot borettslag og sameier:

Oslo har en kommunal tilskuddsordning for boligselskaper (borettslag, sameier) som ønsker å tilrettelegge for at eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne fortsette å bo i egen bolig. Slike tiltak kan være alt fra varmekabler i adkomstarealer, tilrettelegging av inngangspartier, til installering av heis i gamle bygårder. Slike tiltak kan være helt avgjørende for å kunne bli boende hjemme og klare seg selv. Å komme seg ut, handle og delta i sosiale aktiviteter er viktig for trivsel og livskvalitet (*Ibid.:*22).

Sammenlignet med Oslo er planene i *Bergen* mindre detaljerte hva gjelder boligtilpasning og velferdsteknologi. I kommunens boligmelding legges det vekt på at: «Støttemuligheter for tilrettelegging av boliger via Husbanken og gode hjelpemidler fra NAV/hjelpemiddelsentralen øker mulighetene for å bo videre i den opprinnelige boligen» (Bergen kommune. Boligmelding 2014–2020: 35, se også 5.1). Det påpekes at:

Mange eldre og funksjonshemmede vil finne sine boliger uegnet med økende funksjonsvansker. Skal de bli boende vil de ha behov for å utbedre og oppgradere boligen. Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt med varige utbedringer (*Ibid.:*38).

Ifølge boligmeldingen er videre «velferdsteknologi et viktig virkemiddel å ta i bruk for å møte de demografiske utfordringer som også Bergen kommune vil møte i fremtiden» (Ibid.). Kommunen har en egen strategi for omsorgsteknologi som legger vekt på ulike trygghets- og sikkerhetstiltak som trygghetsalarmer og komfyrvakter.

I *Trondheim* er det stort fokus på velferdsteknologi i planene. I en av kommunens planer heter det at: «Velferdsteknologi er systematisk tatt i bruk for å understøtte god og trygge tjenester samt økt mestring for å kunne bo hjemme lengst mulig» (Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011–2020: 34). Kommunens boligprogram legger på sin side vekt på betydningen av å tilpasse den eksisterende boligmasse til det økende antallet eldres behov for tilgjengelighet. En av målsettingene for kommunens boligprogram er å sørge for at flere kan bli «boende i eget hjem gjennom fysisk tilpassing av boligen når funksjonsnedsettelse oppstår» (Trondheim kommune. Boligprogram 2011–2014: 55). Det informeres blant annet om den kommunale rådgivningsvirksomheten og Husbankens virkemidler på dette området. I programmet pekes det på at folke- og boligtellinger fra 2001 dokumenterte at 75 prosent av byens boliger var fullstendig utilgjengelige for rullestolbrukere. Fokuset på boligtilpassing i boligprogrammet må ses i lys av dette faktum (Ibid.:53–55).

I *Stavanger* har man i likhet med andre store kommuner en eksplisitt målsetting om å bruke velferdsteknologi aktivt. I en av kommunens omsorgsplaner fremheves det at:

En av strategiene fra Omsorg 2025 er å legge til rette for at flere brukere skal kunne bo hjemme lengst mulig. Satsing på bruk av ny tele- og velferdsteknologi blir viktig, både for at tjenestebrukerne skal klare seg bedre selv og for at tjenesteyterne skal gjøre en bedre jobb (*Stavanger kommune. Kommuneplan 2010–2025: 36*).

Fredrikstads boligsosiale handlingsplan fremhever betydningen av økt satsing på boligtilpassing i lys av samfunnets aldring:

Antall eldre vil øke sterkt i årene framover. Mange bor i boliger som er lite egnet til å bli gamle i. Dette gjør at de blir avhengig av mange kommunale tjenester for å opprettholde boevnen. De kan komme

til å utgjøre stor gruppe vanskeligstilte, som ikke alle kan flytte inn i offentlig finansierte omsorgsboliger og institusjoner. For å kunne møte morgendagens utfordringer skisseres det i samhandlingsreformen at eldre må bo hjemme lenger. Dette krever en økt bevissthet rundt, og satsing på, tilrettelegging av egen bolig [...] (*Fredrikstad kommune. Boligsosial handlingsplan 2014–2017: 7*).

Fredrikstads boligsosiale handlingsplan gir inntrykk av at kommunens ergoterapitjeneste har god oversikt over eldre som ønsker å tilpasse sin bolig til nye behov. I den forbindelse viser planen til de ulike virkemidlene forvaltet av Husbanken og NAV hjelpemiddelsentralen nevnt under punkt 5.1 (*Ibid.:34*).

Boligtilpasning og velferdsteknologi er også et tema i *Tromsø* kommunes planer. Det synes verdt å nevne at kommunen i 2012 ansatte en person til å jobbe med kommunens velferdsteknologiske prosjektsatsing. Det uttalte målet for dette prosjektet er blant annet å spare store penger i pleie- og omsorgssektoren på sikt. Ifølge Tromsøs økonomiplanen for perioden 2013–2016 håper rådmannen og byrådet at velferdsteknologi skal bidra til at folk kan bo lengre hjemme:

Byrådet forventer at dette vil kunne gi store besparelser på lang sikt. Bruk av trygghetsalarm og sensorteknologi kan utsette behovet for institusjonsplass. For eksempel vil ett års utsettelse kunne gi en besparelse per bruker på rundt 500.000 kroner (sykehjemsplass per år, minus hjemmetjeneste og teknologikostnader). Byrådet mener dette vil være et vesentlig bidrag til å drive kommunen smartere og mer fremtidsrettet (*Tromsø kommune. Økonomiplan 2013–2016: 15*).

I *Sandnes* har man i likhet med de fleste store kommuner fokus på velferdsteknologi i sine planer. Omsorgsplanen for perioden 2012 til 2030 viser til at kommunen i den nærmeste framtid vil «ta stilling til utviklingen innen teknologi og innhente erfaringer og bruksområder fra andre kommuner» (*Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012–2030: 20*).

Drammens planer har også et visst fokus på boligtilpasning og velferdsteknologi i lys av samfunnets aldring. Kommunens bystrategi nevner for eksempel behovet for å oppgradere den eksisterende boligmassen slik at det

blir lettere for eldre å motta tjenester i hjemmet (Drammen kommune. Bystrategi 2013–2036: 31).

Som varslet i 5.2, har de *små og mellomstore kommunene* sammenlignet med de ti største kommunene lite fokus på boligtilpasning og velferdsteknologi i sine planer. Temaene blir stort sett ikke nevnt eller behandlet i meget korte ordelag i disse kommunenes planer. I *Stjørdals økonomiplan for 2013 til 2016* vises det imidlertid til at omsorgsetaten er i ferd med å implementere velferdsteknologi (Stjørdal kommune. Økonomiplan 2013–2016: 93–94). *Sunndals* eldreplan har også fokus på velferdsteknologi; nærmere bestemt tar den til orde for å øke satsingen på trygghetsalarmer «i takt med behov» (Sunndal kommune. Eldreplan 2008–2015: 13). I tillegg fremheves Husbankens utbedringslån som et virkemiddel i boligtilpasningens tjeneste i kommunens boligsosiale handlingsplan (Sunndal kommune. Boligsosial handlingsplan 2010–2014: 14). Også i *Randaberg* uttrykker planene en bevissthet om at boligtilpasning er et av virkemidlene som kan bidra til at eldre kan bo lengst mulig hjemme (Randaberg kommune. Boligsosial handlingsplan, 2014: 25).

5.4 Boligforsyningen og samfunnets aldring

Forsøker kommunene å samarbeide med private byggherrer i fremskaffelsen av boliger for de yngste av de eldre, dvs. gruppen 60+? I hvilken grad har kommunene et eldreperspektiv i bolig- og arealplanleggingen? Eller sagt på en litt annen måte: Viser planene at kommunene har hensynet til eldreomsorgen i tankene når de fastsetter reguleringsplaner og andre sider ved utbyggingspolitikken? Dette er viktige spørsmål i gjennomgangen av utvalgskommunenes planer under punkt 5.5.

Flere av de største kommunene har i en viss utstrekning et eldreboligperspektiv i sine planer. *Oslo* seniormelding fremhever at kommunen ønsker å «være en aktiv påvirker overfor private entreprenører» som bygger tilrettelagte boliger rettet mot eldre (Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 21). Meldingen refererer i denne sammenheng til private utbyggere som allerede har etablert slike boliger i hovedstaden samt andre byer og tettsteder. Det meste kjente eksempelet på slike privatfinansierte eldreboligprosjekter er kanskje Selvaag Pluss. Disse boligprosjektene har «et serviceområde med felles resepsjon og 1 årsverk i form av ansatt personal (vertskap) som i all hovedsak

tilbyr de samme tjenestene i alle prosjekter» (Schmidt m.fl., 2013: 65). Boligløsninger av denne typen synes å harmonere godt med byrådets vektlegging av personlig ansvar og dets strategier på eldreomsorgens område. I tillegg viser seniormeldingen til at privatfinansierte eldreboliger er tilpasset morgendagens pengesterke seniorer:

Noen private utbyggere er i god gang med å bygge boliger for eldre med økt kjøpekraft og høyere krav til kvalitet. Mange eldre vil ha egenkapital i bolig, være mindre redd for å låne penger, og de vil trolig være mer mobile. Det legger forholdene til rette for fullt ut privatfinansierte bo- og serviceløsninger (*Oslo kommune. Seniormelding, 2014: 21*).

Seniormeldingen går imidlertid ikke i detalj om det planlagte innholdet og omfanget av samarbeidet med private aktører om tilrettelagte boliger for 60+ segmentet. Det er dermed vanskelig å bedømme om et slikt samarbeid kan bidra til flere tilrettelagte boliger for eldre i hovedstaden.

Under overskriften «Nye boformer for eldre» viser også Oslo kommunes seniormelding til at byrådet ønsker å påvirke nasjonale myndigheter til å etablere «stimuleringsmidler for borgere som ønsker å bygge boliger i fellesskap, dvs. boliger med mindre privat boligareal og større fellesareal til for eksempel trimrom, fellesstue, gjesterom etc.» (Ibid.:47). Byrådet ønsker også å jobbe aktivt for «endringer i eksisterende plan- og bygningslov i samsvar med behov for mer tilpassede boliger for eldre» (Ibid.:47). Endelig fremhever seniormeldingen at: «Kommunale tomter kan vurderes solgt med vilkår til utbyggere om å bygge eldreboliger» (Ibid.:21).

I *Bergen* kommunes boligmelding fremheves betydningen av en høy andel universelt utformede boliger i nybyggingen i lys av samfunnets aldring. Det påpekes at antallet:

... pensjonister vil øke de nærmeste årene. Mange i denne aldersgruppen disponerer store boliger, ofte i husstander med bare en eller to beboere. De bør kunne tilbys attraktive, universelt utformede boliger slik at de store boligene frigis til større familier» (*Bergen kommune. Boligmelding 2014–2020: 12*).

I likhet med Oslo kommunes seniormelding viser også boligmeldingen i Bergen til en ambisjon om å samarbeide med private utbyggere om eldreboliger. Det uttrykkes i den sammenheng en bekymring for at slike prosjekter kun er rettet mot velstående. Kommunen anser dette som et problem og er innstilt på å finne frem til gode løsninger.

Slik vi skal komme tilbake til under punkt 5.5, fremstår det også i Bergen som uklart hvorledes samarbeidet med private aktører om eldretilpassede boliger eventuelt skal kunne realiseres på en effektiv måte. Boligmeldingen gir inntrykk av at det offentlig–private samarbeidet på dette området er på skissestadiet:

Fra kommunens side vil det være interessant å påvirke slike prosjekter i retning av at flere grupper eldre kan delta, også eldre uten kapital til å kjøpe seg inn i de mest kapitalkrevende og kostbare prosjektene. Særlig interessant kunne det være å se på muligheten for å realisere slike anlegg med også en leiemulighet, gjerne i regi av boligbyggelag (*Ibid.:34*).

Utbyggingspolitikken i *Trondheim* kommune begrunnes dels med henvisning til samfunnets aldring. I boligprogrammet for perioden 2011 til 2014 tar rådmannen til orde for å oppjustere kommunens ambisjoner hva gjelder universelt utformet bebyggelse via en bevisst bruk av det juridiske handlingsrommet i plan og bygningsloven. Det fremheves at Pbl § 12-7 gir «hjemmel for å vedta reguleringsbestemmelser om at småhus skal ha alle hovedfunksjoner på bygningens inngangsplan. Med en slik reguleringsbestemmelse vil tilgjengelighetskrav til boliger i TEK10 komme til anvendelse» (Trondheim kommune. Boligprogram 2011-2014: 53):

Gjennom aktiv bruk av reguleringsbestemmelsene skal det legges opp til at flere boliger blir tilgjengelig, enn hva som følger av lovens minimumskrav. Det innføres krav om at reguleringsbestemmelsene for boligområder skal angi at minst 30 prosent av nye småhus – herunder eneboliger, to – til firemannsboliger, rekkehus og kjedehus – skal ha alle hovedfunksjoner (stue, kjøkken, soverom, bad og toalett) på inngangsplanet og dermed bli tilgjengelige boenheter i samsvar med TEK10» (*Ibid.*).

Rådmannen viser til samfunnets aldring – og indirekte – til pleie- og omsorgstilbudet for eldre når han begrunner kommunens målsetting om å øke andelen nye universelt utformede boliger:

Rådmannen vil poengtere at formålet om *tilgjengelighet* i boliger har *begrunnelse* et formål ut over å ivareta behovet til rullestolsbrukere. Mennesker med ulik grad av funksjonsnedsettelse kan ha behov for en tilgjengelig bolig. Vi står ved starten av en eldrebølge, og dette gir utfordringer på mange samfunnsområder. Behovet for omsorgstjenester oppstår i dag typisk rundt fylte 80 år. Rådmannen tilrår at det allerede nå tas et boligpolitisk grep for å sikre størst mulig grad av tilgjengelighet i nye boliger. En boligmasse som er tilgjengelig vil generelt sett være god for alle. Den gir samtidig fysiske rammer som bidrar til at så mange som mulig kan bli selvhjulpne i tråd med KPS sitt hovedgrep. [...] Utbredelsen av tilgjengelige boliger får betydning når funksjonshemmede skal etablere seg, men problemstillingen er også aktuell for barnefamilier og for eldre som ønsker å bo i sitt hjem ved funksjonsnedsettelse eller høy alder (*Ibid.:52–53*).

I *Stavanger* knyttes også behovet for universelt utformede boliger til samfunnets aldring og kommunenes eldreomsorg. Kommunens boligpolitiske strategiplan for perioden 2005 til 2010 hadde fokus på tilrettelagte boliger for eldre. Stavangers boligsosiale handlingsplan fra 2010 konkluderer med at kommunen nå «synes [...] å ha en ganske god dekning av tilrettelagte boliger», men dette er kun et postulat som ikke dokumenteres nærmere (Stavanger kommune. Boligsosial handlingsplan 2010–2015: 13). I kommuneplanen fra 2011 gis det igjen uttrykk for at kommunens boligtilbud ikke er tilpasset samfunnets aldring. Det påpekes at den gjennomsnittlige boligstørrelsen i Stavanger har blitt mindre i løpet av de ti siste årene: «Antall rom per bolig er redusert og småboligene er blitt mindre» (Stavanger kommune. Kommuneplan 2010–2025: 27). Blant annet av hensyn til kommunens ønske om å tilby tjenester i eldres private hjem, konkluderer derfor kommuneplanen med at det må innføres visse minimumskrav i reguleringsplanene:

For å tilpasse boligtilbudet til framtidige behov, skal ca. 2/3 av boligene i nye reguleringsplaner være minst 55 m² [...] Universell utforming i boliger er vanskelig å oppnå hvis boligens inngangsplan er mindre enn 55 m² (Ibid.:27).

Bærum kommunes eldreplan gir, som antydnet under punkt 5.3, uttrykk for bevissthet om sammenhengen mellom utbyggingspolitikken og eldreomsorgen i framtiden. Det vises til forestillingen om at: «fremtidens eldre i større grad ønske å flytte fra store hus til ulike typer blokkbebyggelse med mulighet for bofellesskap og tilgang på service» (Bærum kommune. Eldremelding 2006–2015: 14). Ifølge meldingen finnes det dermed et behov for «både privat og kommunal satsning på utbygning av seniorboliger med tilgang på service» (Ibid.:14). Eldremeldingen konkluderer med at Bærum kommune bør ha en målsetting om å «samarbeide med private utbyggere for å sikre godt tilrettelagte boliger» (Ibid.:14). Som i Oslo og Bergen sier imidlertid eldre-meldingen lite om de konkrete planene for et offentlig–privat samarbeid om seniortilpassede boliger.

Tromsø er et eksempel på en kommunene hvor planene for offentlig–privat samarbeid om boliger for 55+ eller 60+ fremstår som mer gjennomarbeidede sammenlignet med Bergen, Oslo og Bærum. Ifølge Tromsøs strategi for utvikling av eiendom til helse og omsorg ønsker kommunen å legge til rette for privatfinansierte seniorboliger rettet mot personer over 55 år. «Samlokaliserte seniorboliger med større eller mindre andel av fellesarealer» (Tromsø kommune. Strategi eiendom, 2013: 17) beskrives som en fordel for både kommunens hjemmetjenester og den enkelte borger:

Denne boformen for 55+ kan øke livskvalitet og derved virke forebyggende, samtidig som det forenkler leveranse av tjenester til beboerne når de er samlet. Over tid vil flere av beboerne helt sikkert ha behov for helse- og omsorgstjenester som de kan motta i denne privateide boligen (Ibid.:17).

I strategien for eiendom til helse og omsorg beskrives Tromsø kommunes mulige bidrag i det offentlig–private samarbeidet omkring seniorboligene i relativt konkrete ordelag. Strategien tar utgangspunkt i at kommunen kan gjøre en innsats på følgende måter: For det første kan kommunen bringe

utbyggere og interesserte seniorer i kontakt med hverandre og tilrettelegge for møtevirksomhet. For det andre kan kommunen «utforme en bolig-politikk der kollektive seniorboliger har en sentral rolle» (Ibid.:17). For det tredje kan kommunen «vurdere å investere i en viss andel av leilighetene i seniorbolig-prosjekter (for fremleie til personer med vedtak)» (Ibid.:17). På den sistnevnte måten kan kommunen på samme tid bidra til å redusere risikoen for private selskaper, finansiere bygging av seniorboliger, samt skaffe anstendige og tilrettelagte boliger for sine målgrupper.

Drammen kommune setter fokus på universell utforming i ny bebyggelse i sin bystrategi (Drammen kommune. Bystrategi 2013–2036: 53). Det gjør også Sandnes kommune i sine planer (Sandnes kommune. Kommuneplan 2011–2025: 62, Sandnes kommune. Kommuneplan 2015–2030: 14). Store kommuner som *Kristiansand* og *Fredrikstad* vier derimot liten plass til eldre-boligrelaterte tema i planene vi har gjennomgått. Barlindhaug m.fl. (2014) påpeker for eksempel at Kristiansand kommune til nå ikke har samarbeidet med private aktører om å tilby boliger til «seniorsegmentet» 60+. Forskerne ved NIBR og UMB skriver at kommunens politikk, «har vært å overlate «senior» og «bolig pluss» etc. til de private, men kommunen er nå i en prosess hvor de har dette oppe til revurdering» (Ibid.:128).

Også noen *mellomstore og små kommuner* i utvalget anlegger et eldre-perspektiv i sine utbyggings- og arealplaner.

Sunndal kommune har en egen sentrumsplan med vekt på universell utforming og boliger med livsløpsstandard (Sunndal kommune. Kommuneplan 2007–2015). For distriktskommuner kan det være flere gevinster å hente på å utarbeide reguleringsplaner som legger til rette for fortetting i kommunesentrum. Som nevnt tidligere i dette kapitlet, kan kommunen spare penger i hjemmetjenestene, blant annet gjennom kortere reisevei til brukerne, hvis eldre får større mulighet til å flytte til sentrumsnære boliger. Reguleringsplaner som legger til rette for oppføring av leiligheter med heis eller universelt utformede eneboliger i sentrum kan også redusere behovet for omsorgsboliger (Brevik og Schmidt, 2005). Ved å fremme fortetting og urbanisering kan en kommune dessuten gjøre seg mer attraktiv for skattebetalere og arbeidstakere som er nødvendig for å drifte eldreomsorgen og resten av pleie- og omsorgs-sektorens tjenester.

Det er således ikke tilfeldig at noen av de *små kommunenes* planer tar til orde for en fortetting av kommunesentrum. Det gjelder *Lardal*, *Gjerstad* og *Austrheim* (Austrheim kommune. Kommuneplan 2006–2017: 19–20, Austrheim kommune. Planstrategi 2012–2015: 10, Gjerstad kommune. Kommuneplan 2011–23: 29, Lardal kommune. Kommuneplan 2005–2014: 32, Nygaard, 2013: 23). Noen av de små kommunenes uttrykker også et ønske om å stimulere til privat bygging av tilrettelagte leiligheter og seniorboliger med fellesarealer; dvs. botilbud av typen Selvaag Pluss man finner i større kommuner. I *Bremangers* strategiske plan for pleie- og omsorgssektoren uttrykkes for eksempel et håp om at samarbeid med private aktører kan «bidra til at kommunen får dekket det framtidige behovet for omsorgsbustader utan å måtte investere store summer sjølv» (Bremanger kommune, Strategisk plan for pleie- og omsorgssektoren 2012–2015:8). Også planverket i den mellomstore kommunen *Ørsta* ønsker mer privat bygging av omsorgsboliger og leiligheter med livsløpsstandard (Ørsta kommune. Økonomiplan 2013–2016).

Mer generelt har alle de små kommunene, og flere av de mellomstore kommunene, en stor overvekt av eneboliger i boligmassen. Det kan skape problemer både for unge, gamle og kommunen. For eldre blir det vanskelig å finne en moderne lettstelt, universelt utformet leilighet med heis i sentrumsnære områder. I sin tur kan dette øke behovet for kommunal oppføring av omsorgsboliger, samt bidra til et høyt reisebudsjett for hjemmetjenestene (jf. kapittel 3). For unge mennesker med familie betyr få leiligheter at det blir – alt annet likt – dyrere og vanskeligere å etablere seg i enebolig. I Tranøy påpekes det nettopp i planene at det finnes et behov for flere leiligheter i kommunen. Det medfører at de eldre har lite annet valg enn å bli boende i sine hjem, dermed blir det også vanskeligere for ungdom å etablere seg på boligmarkedet. Et mer differensiert boligtilbud blir derfor nevnt som et virkemiddel til å få flere til å bosette seg i kommunen (Tranøy kommune. Planstrategi 2012–2015).

5.5 Oppsummering og utdypning: målsettinger uten virkemidler?

I dette kapitlet har vi sett på de 30 utvalgte kommunenes boligpolitikk rettet mot eldre. En sentral konklusjon i kapitlet er at de *ti største kommunenes planer* i mye større grad enn de andre kommunene i utvalget fokuserer på sammenhengen mellom boligpolitikk og eldreomsorg. De ti største kommunene

nevner også langt flere forslag og strategier under temaene «boligforsyning» og «den eksisterende boligmasse». Planene i de tre største byene Oslo, Bergen og Trondheim er spesielt fyldige når det gjelder for eksempel boligtilpasning, velferdsteknologi, universell utforming og bolig- og arealpolitikk rettet mot eldre. Som antydning under punkt 5.2, kan dette ha sammenheng med spesielle kjennetegn ved de største og minste kommunene. Den store oppmerksomheten om de ovenfor nevnte spørsmålene i de største kommunene kan for eksempel reflektere større administrative ressurser, mer komplekse utfordringer og større nærhet til de nasjonale myndighetene og deres problemforståelse sammenlignet med andre kommuner i utvalget.

I svensk boligforskning og boligutredning sies det noen ganger at boligpolitikken preges av «målsettinger uten virkemidler» (se f.eks. Holmqvist, 2009). Det er fristende å overføre denne beskrivelsen på norske kommuners boligplanlegging for eldre i lys av samfunnets aldring. I alle tilfelle er det påfallende at selv store kommuner, der det står en del om temaet i planene, er relativt vage når det gjelder konkrete, formålstjenlige virkemidler. I Oslos seniormelding handler det mye om nødvendigheten av å vurdere ulike tiltak i utbyggings- og boligtilpasningspolitikken rettet mot eldre, men det står lite om kraftfulle virkemidler. Det fremheves blant annet at kommunen vurderer å selge tomter til eldreboliger, og overveier å opprette en rådgivningstjeneste for eldre som kan spre informasjon om boligtilpasning og velferdsteknologi. Bergen kommunes boligmelding er heller ikke veldig konkret, for eksempel når det gjelder innholdet og omfanget av samarbeid med private om seniorleiligheter med fellesområder. Det har kommunens boligmelding til felles med lignende planer i Oslo og Bærum (jf. 5.4). En del av satsingene som blir lansert i planene til de største kommunene er således i startgropa eller på skissestadiet, det gjelder ikke bare samarbeid med private om leiligheter, men også i stor grad ambisjonene om å implementere velferdsteknologi.

Alt i alt fremstår det – etter gjennomgangen av planene i de 30 kommunene – som om boligplanleggingen for eldre er et politikkområde med uforløst potensiale. Mulighetene for innsparinger i pleie- og omsorgssektoren gjennom å satse på noen av de ulike virkemidlene nevnt i dette kapitlet synes betydelige. En satsing på seniorboliger i samarbeid med private aktører kunne for eksempel

ført til et langt mindre behov for omsorgsboliger (Brevik og Schmidt, 2005). Dette kommer vi tilbake til i det sjette og siste kapitlet i denne rapporten.

Hvorfor fremstår satsingen på boligtilpasning og utbyggingspolitikk rettet mot eldre som svak og uavklart? Det synes nærliggende å se dette som et uttrykk for dagens markedsorienterte boligpolitikk. I den boligsosiale vendingens periode (1995-) er bolig først og fremst et personlig ansvar, og boligpolitikken orientert mot å hjelpe de aller svakeste gruppene (Sørvoll, 2011, se og kapittel 1). Som kjent er ikke eldre som sådan en av målgruppene for det boligsosiale arbeidet. Dermed er det ikke merkelig at kommuner flest er tilbakeholdne med å ta på seg for mye ansvar for seniorenens boligsituasjon. I tillegg er det mulig at kommunene ser for seg at staten skal ta på seg brorparten av de økonomiske forpliktelsene knyttet til å legge til rette for gode boligløsninger i det aldrende samfunnet. Hovedstadens seniormelding er for eksempel tydelig når det gjelder å stille krav til økt statlig bistand på dette området.

Det er til sist i dette kapitlet interessant å merke seg at planene i flere kommuner – Oslo, Bergen, Trondheim, Bærum, Tromsø og Bremanger – argumenterer for samarbeid med boligprodusenter om privatfinansierte leiligheter med fellesarealer og god tilgjengelighet for de over 55 eller 60. Slike satsinger er i tråd med noen undersøkelser av de yngste eldres preferanser. Brevik og Schmidts representative undersøkelse av holdningene til ulike kohorter med seniorer viste høy oppslutning om tilrettelagte, privatfinansierte boliger med service og fellesrom. Spesielt de yngste kohortene eldre var positive til å flytte til tilrettelagte boliger etter hvert som behovet for hjelp vokste. Med dette utgangspunktet konkluderer de to NIBR-forskerne med at:

Seniorenens interesse for bofellesskap, felleslokaler og boservice synes å være omfattende sett i forhold til hva som tilbys i dagens boligmarked. Det er [...] således mangel på samsvar mellom etterspørselen og hva boligmarkedet tilbyr (*Brevik og Schmidt, 2005: 5*).

Planene om samarbeid med private i noen av de største kommunene kan, sett i lys av sitatet fra Brevik og Schmidt, betraktes som forsøk på å skape bedre samsvar mellom tilbud og etterspørsel.

I en kvalitativ studie av boligpreferansene i distriktene peker videre Ruud m.fl. på at en del av de yngste eldre, dvs. gruppen over 60 år, ønsker å flytte fra

enebolig til sentrumsnære leiligheter. Dette ikke så mye på grunn av at de er skrøpelige eller forventer å bli det, men mer av et ønske om en mer urban livsstil med mer tid til seg selv og sine fritidsinteresser, samtidig som de likevel beholder kontakten med landsbygdas kvaliteter (Ruud m.fl., 2013, Ruud m.fl., 2014). Ruud og kollegaer sier det på denne måten: «Generelt har denne gruppen gjennomgående bedre helse og er i bedre form sammenlignet med samme aldersgruppe tidligere. [...] Tiden skal frigjøres til å nyte» (Ruud m.fl., 2014: 7). På denne bakgrunn er det kanskje ikke rart at kommuner som Bremanger og Tranøy også etterlyser flere leiligheter i sentrum. Hvis funnene fra Ruud m.fl. (2014) kan generaliseres til andre distriktskommuner kan det finnes et stort markedspotensial for privatfinansierte leiligheter rettet mot eldre her.

Samarbeid med private om bygging av leiligheter handler imidlertid ikke kun om å tilfredsstille de eldres uttalte preferanser. Som antydnet flere steder i dette kapitlet, handler kanskje mest om å spare penger i pleie- og omsorgssektoren som følge av mindre reisevei for hjemmetjenestene og redusert behov for omsorgsboliger. Slik sett minner ambisjonene om å legge til rette for privatfinansierte eldreboliger Bergen og Oslos forsøk på offentlig–privat samarbeid på leiemarkedet. Begge kommunene er åpne om at samarbeidet med private aktører og boligkooperasjonen på leiemarkedet i stor grad er motivert av et ønske om å spare penger på drifts- og investeringsbudsjettet til kommunale boliger rettet mot vanskeligstilte (Sørvoll og Sandlie, 2014).

Det er også verdt å minne om at privatfinansierte leiligheter, med og uten fellesarealer og mulighet til kjøp av servicetjenester som husvask og annet tyngre husarbeid, ikke nødvendigvis vil bli en suksess i alle kommuner uavhengig av de yngste eldres oppgitte preferanser. I dag er personer mellom 50 og 80 år en gruppe som flytter lite. Den lave norske boligskatten bidrar også til å redusere seniorennes insentiver til å flytte til en mindre, tilrettelagt bolig (Sandlie, 2013). Alt dette kan selvfølgelig endre seg på sikt, men det indikerer at oppgitte preferanser og atferd ikke nødvendigvis vil samsvare med hverandre i fremtiden. I mange boligmarkeder i distriktene, inkludert mange av de små kommunene i vårt utvalg, vil det også koste mer for en tilrettelagt leilighet i sentrum enn den pris en gammel enebolig kan oppnå i markedet. Det er åpenbart en barriere for seniorer som ønske å flytte. Kanskje er det og en av grunnene til at få entreprenører våger å satse på leilighetsproduksjon i

mindre distriktskommuner. I slike små boligmarkeder – for eksempel eiendomsmarkedet i en kommune som Austrheim – vil også antallet boliger som vil kunne avsettes årlig være begrenset av det lave utvalget av potensielle kjøpere. Dette stimulerer ikke utbyggere til å satse på leilighetsproduksjon (se f.eks. Nygaard m.fl., 2010, Nygaard, 2013, Ruud m.fl., 2014).

6 Eldreomsorg, boligforsyning og samfunnets aldring: Veien videre

I dette kapitlet oppsummerer vi kort rapportens empiriske funn og konklusjoner, med vekt på kapittel 4 og 5.⁹ Med utgangspunkt i denne oppsummeringen skisserer vi mulige veier videre for politikken og forskningen knyttet til eldres bolig- og tjenestetilbud. I denne sammenheng vil vi også diskutere ulike argumenter for og mot den pågående kommunereformen sett fra et eldreomsorgsperspektiv. Denne diskusjonen er på ingen måte ment som et partsinnlegg, men som et lite bidrag som kaster lys over mulige konsekvenser av reformen sett fra våre informanters ståsted.

6.1 Rapportens funn i korte trekk

6.1.1 TJENESTETILBUD: KOMMUNENES VEIVALG I ELDREOMSORGEN

I kapittel 4 drøfter vi kommunenes prioriteringer i eldreomsorgen i lys av samfunnets aldring. Med utgangspunkt i planer fra våre 30 utvalgskommuner spør vi hva kommunene ønsker å satse på i fremtiden? Omsorgsboliger og hjemmetjenester og/eller sykehjem? Problemstillinger knyttet til omsorgsboligenes og sykehjemmenes funksjon i kommunene diskuteres også. Vi undersøker også hvordan kommunene begrunner sine veivalg i eldreomsorgen, og om disse veivalgene har gitt opphav til strid.

I kapittel 2 og 3 viser vi at de største norske kommunene generelt sett har langt færre omsorgsboliger enn små og mellomstore kommuner. De ti største kommunene i utvalget vårt er dermed per i dag mer hjemmetjeneste- og sykehjemorienterte sammenlignet med mange andre kommuner. Planene analysert i kapittel 4 gir imidlertid klart inntrykk av at de fleste store kommunene tar sikte på å prioritere omsorgsboliger i kombinasjon med hjemmetjenester i fremtiden. I kapittel 4 understreker vi at dette ikke bør tolkes i retning av at sykehjemmet er på vei ut av de store kommunenes pleie- og omsorgstilbud.

⁹ For en fylldigere oppsummering av funn og konklusjoner, se sammendraget på rapportens første sider.

Tvert imot, basert på planene er det lite som taler for at sykehjemstilbudet i de store kommunene erstattes med omsorgsboliger med heldøgnsomsorg frem mot 2030. Hvis kommunene gjør alvor av planenes prioritering av omsorgsboliger og hjemmetjenester kan vi riktignok forvente at sykehjemsdekningen vil gå gradvis ned i takt med veksten i antall eldre over 80 år.

I kapittel 3 viser vi at de mellomstore utvalgskommunene varierer mye med hensyn til bolig- og tjenesteprofil i eldreomsorgen: noen har til nå satset på institusjoner og andre har primært prioritert på omsorgsboliger. I kapittel 4 viser vi at alle de mellomstore utvalgskommunene planlegger å satse på hjemmetjenester, eller hjemmetjenester i kombinasjon med omsorgsboliger i årene som kommer. Vi påpeker også at flere av de små utvalgskommunene – som Bremanger, Marker, Lardal og Granvin – klart ønsker å prioritere hjemmetjenester og omsorgsboliger i nærmeste framtid.

Vi konkluderer med at veivalgene i utvalgskommunenes eldreomsorg vanligvis begrunnes med henvisning til en kombinasjon av «ideologi, økonomi og behov/preferanser». Planene viser at kommuneadministrasjonene generelt sett mener omsorgsboliger og hjemmetjenester er å foretrekke fremfor sykehjem. De argumenterer med at det er mer kostnadseffektivt enn institusjoner, og samtidig i tråd med både eldres egne ønsker og idealet om «aktiv omsorg».

I kapittel 4 argumenterer vi for at planene tydelig signaliserer at brorparten av kommunene er i ferd med å omdanne sine sykehjem til mer av et korttidstilbud. Denne prosessen har pågått i lang tid, men har skutt ytterligere fart som en konsekvens av samhandlingsreformens krav om at kommunene skal ta et større ansvar for medisinsk behandling. Omsorgsboligenes funksjon synes også å være i bevegelse. Planene i mange kommuner tyder på at de i økende utstrekning vurderes som et alternativ, og ikke kun et supplement, til sykehjem (Romøren, 2006). Dette gjelder spesielt de heldøgnsbemannede omsorgsboligene, som også er tenkt som et alternativ til sykehjem for eldre med store pleiebehov. I flere kommuner, for eksempel Oslo og Bergen, viser planene at det satses på såkalte Omsorg+ konsepter, dvs. omsorgsboliger med heldøgnsbemanning.

Vi presiserer at planer ikke må forveksles med fremtidig virkelighet i kapittel 4. Svært mange av utvalgskommunene har for eksempel et ønske om å prioritere folkehelsearbeid og forebygging i fremtiden. Likevel kan det i en

verden kjennetegnet av begrensede økonomiske ressurser være vanskelig å gi forrang til disse ikke-lovpålagte oppgavene i praksis. I tillegg peker vi på at konflikt mellom «sykehjemstilhengere» og «omsorgsboligtilhengere», samt uforutsette økonomiske tilbakeslag, kan føre til at kommunenes planer på eldreomsorgens område må justeres i større eller mindre grad.

6.1.2 BOLIGFORSYNING OG BOLIGMASSE

I kapittel 5 spør vi i hvilken grad kommunenes planer tematiserer sammenhengen mellom boligpolitikk og eldreomsorg. Dernest presenteres forslagene i utvalgskommunenes planer knyttet til boligtilpasning, velferdsteknologi, universell utforming, samt utbyggings- og arealplanleggingen.

I kapittel 5 viser vi at de ti største kommunene samlet sett har klart størst fokus på sammenhengen mellom boligpolitikk og eldreomsorg i sine planer. Det kan være flere grunner til dette. De ti største kommunene har også klart flere forslag og strategier som berører temaene «boligforsyning» og «boligmasse» enn de andre utvalgskommunene. Planene i de tre største byene Oslo, Bergen og Trondheim er spesielt fyldige når det gjelder for eksempel boligtilpasning, velferdsteknologi, universell utforming og bolig- og arealpolitikk rettet mot eldre. Det kan være flere grunner til dette. Av de mulige årsaksforklaringene som lanseres i kapittel 5, er det grunn til å løfte frem to spesielt: For det første har kommuner som Oslo, Bergen, Trondheim og andre store kommuner langt større administrative ressurser tilgjengelig i planarbeidet enn små og mellomstore kommuner. Det gjør det enklere å behandle flere temaer i planene. For det andre har store kommuner generelt lavere samlet dekning av omsorgsboliger og sykehjemsplasser enn andre kommuner. Det kan bety at de i større grad orienteres mot virkemidler på boligtilpasningens og utbyggingsens område for å kompensere for lavere tjenestedekning.

Vi konkluderer med at boligplanlegging for eldre er et politikkområde med uforløst potensial. Selv om en god boligtilpasnings- og utbyggingsstrategi antagelig kan føre til store besparelser for det offentlige i form av redusert behov for omsorgsboliger og institusjoner, er ikke boligplanlegging for eldre et prioritert område i praksis. Selv i mange kommuner hvor temaet er omtalt i de kommunale planene glimrer håndfaste strategier og kraftfulle virkemidler med sitt fravær. Både seniormeldingen i Oslo (2014) og boligmeldingen i

Bergen (2014) er relativt lite konkrete når det gjelder boligplanleggingen for eldre. Dette kan skyldes at mange strategier og tiltak på dette området er i startgropa eller på skissestadiet. I tillegg kan det være et produkt av dagens markedsorienterte norske boligpolitikk. Dermed er kommunene tilbakeholdne med å ta for mye ansvar på et område som – ifølge den politiske konsensus – først og fremst er de eldres eget ansvar. Til sist kan det være at kommunenes forsiktige og uklare strategi for planlegging av boliger for eldre, skyldes at de ønsker at staten skal ta på seg den økonomiske byrden ved å legge til rette for gode boligløsninger i det aldrende samfunnet.

6.2 Veien videre for politikken: Hva bør staten (herunder Husbanken) gjøre?

For å bruke et godt norsk begrep: Hva er policyimplikasjonene av rapportens funn? Her vil vi antyde noen mulige satsingsområder med utgangspunkt i rapportens funn og informantintervjuene gjennomført i fire kommuner.

I mange av planene indikeres det at forebygging og folkehelsearbeid er viktige satsingsområder for å redusere behovet for ressurskrevende omsorgsboliger og sykehjem i fremtiden. En av våre informanter mener at staten kunne gjort enda mer på dette området, fordi det er her de virkelig store besparelsene kan gjøres. Denne informanten fra en mellomstor kommune er i likhet med andre kommunetopper vi intervjuet også svært positiv til Husbankens tilskudd for omsorgsboliger og (om)bygning av sykehjem. Representanter for en annen kommune mener imidlertid at dette virkemiddelet er svært overvurdert. Det er driftsbudsjettet og ikke investeringsbudsjettet som er den største utgiftsposten i pleie- og omsorgssektoren, fremhever disse informantene. En av informantene mener regjeringen bør evaluere Husbankens tilskuddsordning. Informanten spør om det er hensiktsmessig å bruke store penger på å utvide bygningsmassen som i sin tur øker driftsbudsjettet: Bør staten – og dermed Husbanken – heller prioritere å legge til rette for hjemmetjenester via større midler til utbedring av egen bolig?

I kapittel 5 peker vi på at kommunenes planer for det ordinære boligtilbudet for eldre fremstår som uklare og uferdige. Dette er inntrykket vi sitter igjen med også etter gjennomføringen av informantintervjuer i utvalgte kommuner. En av informantene innrømmer for eksempel at kommunen ikke

har noen kraftfull satsing på boligtilpasnings-området. Dette til tross for at informanten mente det ville vært en god idé å legge til rette for mer boligtilpasning ved hjelp av tilskudd fra Husbanken.

Hvis diagnosen er riktig – at planene rettet mot det ordinære boligtilbudet for eldre fremstår som uklare og lite kraftfulle – kan man argumentere for at staten bør utskrive ny medisin.

I en del av de mindre kommunene i utvalget kan det for eksempel være vanskelig å få private til å bygge lettstelte leiligheter for eldre, fordi målgruppen ikke får solgt sine eneboliger til en pris som matcher moderne leiligheter (Ruud m.fl., 2014). En av våre informanter påpeker at mange eldre ønsker å bo sentralt på ett plan, men ingen private tar sjansen på å bygge: boligprisene er ikke høye nok. Samtidig er det bare syke og de eldste som får tilbud om omsorgsboliger. På denne bakgrunn mener informanten at kommunen savner en mellomkategori boliger rettet mot friske eldre over 50 med voksne barn. Informanten argumenterer for at det burde etableres et Husbanktilskudd for boliger med livsløpsstandard for friske eldre over 50 år. Tanken er at dette ville spart stat og kommune for store utgifter til sykehjem og omsorgsboliger.

En annen mulighet er at Husbanken, private og kommuner etablerer samarbeidsprosjekter om fremskaffelse av seniorleiligheter i distriktskommuner med lave boligpriser. Kommuner kan eksempelvis forplikte seg til å kjøpe noen av leiligheter i privatfinansierte eldreprosjekter, og dermed redusere risikoen for utbyggerne samt skaffe omsorgsboliger til prioriterte grupper. Husbanken kan på sin side stille med gunstig finansiering gjennom grunnlånet. Modellen for slike eldreboligprosjekter kan for eksempel være Hamarøy-modellen, en modell som har som målsetting å fremskaffe leieboliger til vanskeligstilte og det ordinære markedet gjennom samarbeid mellom Husbanken, kommuner og private utbyggere (Sørvoll og Sandlie, 2014).

Til sist er det mulig å argumentere for at stortinget burde gitt kommunene større spillerom i plan- og bygningslovgivningen. Kommuner flest er i dag ikke en stor aktør på tomtemarkedet. I teorien kunne kommunene kjøpt opp tomter, og solgt dem til private på vilkår av at de oppførte boliger tilpasset eldre. En slik strategi synes imidlertid lite aktuell: aktiv tomtepolitikk er kostnadskrevende og kan bidra til uønsket prisvekst på tomter. Det som

gjenstår som virkemiddel i utbyggingspolitikken er derfor primært reguleringsplanene. Her kan for eksempel lokalpolitikkerne bestemme at en viss andel boliger i et område skal ha livsløpsstandard. Likevel er kommunenes handlingsrom i arealplanleggingen begrenset (Schmidt m.fl., 2013). Er det mulig å gi kommunene større spillerom? For eksempel, gi dem en mulighet til å stille som krav at en viss andel boliger i et område bør være tilpasset seniorer og hjemmetjenestenes behov?

6.2.1 KOMMUNEREFORM SOM BARRIERE ELLER LØSNING I ELDREOMSORGEN?

I oppdragsgivers beskrivelse av dette forskningsprosjektet problematiseres sammenhengen mellom regjeringens kommunereform, samfunnets aldring og eldreomsorgen. Husbanken spør nærmere bestemt:

Er utfordringene knyttet til eldrebølgen en potensiell driver i forhold til sammenslåingsprosesser? Hvilke gevinster ser samarbeidende/sammenslåtte kommuner innenfor dette området?.

Det regjeringsoppnevnte ekspertutvalget – som leverte sin innstilling i mars 2014 – argumenterer for større enheter i kommunesektoren i tråd med Høyre/Frp regjeringens (2013-) ambisjoner. Utvalgets anbefaling er å redusere dagens 428 kommuner til rundt 100 nye storkommuner (Ekspertgruppe for kommunereformen, 2014: 135).

Som Husbankens beskrivelse av forskningsprosjektet indikerer, mener ekspertutvalget nettopp at «eldrebølgen» er en driver eller årsak til at det er fornuftig å slå sammen mindre kommuner til administrative enheter med minimum 15 000–20 000 innbyggere. Utvalget viser til at det forventes at antallet eldre over 80 år vil øke med over 100 prosent mellom 2020 og 2040. På samme tid påpeker de at oppgavene og ressursene i den kommunale pleie- og omsorgssektoren har økt betraktelig mellom 1970 og 2014, og forventes å øke ytterligere i kjølvannet av samhandlingsreformen og samfunnets aldring (ibid.:40–42). I lys av dette argumenterer utvalget for at en ny kommunestruktur med færre og større enheter er nødvendig for å tilfredsstille behovet for «kompetanse innen de spesialiserte helsetjenestene som er utviklet på kommunenivå» (ibid.:130). Det vises i den sammenheng til at større kommuner kan bidra «til raskere implementering av ny velferdsteknologi som vil være nødvendig for å håndtere den framtidige veksten i antall eldre»

(ibid:130). Utvalgets anbefalinger må også ses i lys av følgende setning fra rapporten *Kriterier for god kommunestruktur*:

Fram mot 2040 vil antall eldre over 67 år fordobles. I det offentlige omsorgstilbudet vil presset først og fremst komme på de kommunale tjenestene, og kommunenes evne til å dekke et økende personellbehov, ta i bruk ny velferdsteknologi og utvikle nye innovative løsninger. Samhandlingsreformen stiller, og vil stille, kommunene overfor oppgaver som krever tilstrekkelig kompetanse og kapasitet (ibid.:130).

Den ansvarlige statsråden, Jan Tore Sanner (H) i Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, synes helt på linje med ekspertutvalgets anbefalinger. I september 2014 skrev *Aftenposten* at Sanner mener «kommunereformen er nødvendig for å takle de store velferdsoppgavene som kommer med eldrebølgen» (Aftenposten, 29.09.14). Dette var et tilsvaret til forsker Einar Vetviks påstand om at det er uklokt å gjennomføre omfattende kommunesammenslåinger i en periode hvor kommunene strever med store pleie- og omsorgsoppgavene knyttet til samfunnets aldring. Det bør nevnes at Vetvik forutsetter at kommunereformen vil trekke ut i tid, og dermed gjennomføres etter 2020, dvs. i en periode hvor antallet eldre for alvor forventes å øke. Med dette utgangspunktet utdyper Vetvik (og Disch) sitt standpunkt på følgende vis:

[...] regjeringen vil gjennomføre en kommunereform 'med sikte på å gi mer makt og myndighet til mer robuste kommuner'. Modellen er mer gjennomføringsmakt og større ansvar til kommuner som er betydelig større enn i dag. Hensikten er åpenbart å styrke kommunene til å påta seg større oppgaver. Det er mange enig i. Ideen er ikke ny og synes på en måte overmoden for en gjennomføring. Forfatteren av denne rapporten hevdet allerede i 1989 at fylkeskommunen burde nedlegges og kommunene styrkes til å ta økte oppgaver (Vetvik 1989). Gjennomføringen av kommunereformen blir imidlertid neppe noen parademarsj. Det er mange motstandsfaktorer som må håndteres. Hvordan denne prosessen vil påvirke utviklingen av omsorgskapasitet og omsorgsstandard i kommunene i årene frem mot 2020, er ikke gitt. Utviklingen av helse- og omsorgsoppgavene og den demografiske utviklingen er nevnt som et premiss for konklusjonene om større og mer

bærekraftige kommuner. Men beskrivelser og vurderinger er holdt på et meget generelt nivå og et godt stykke unna de krevende spørsmål om implementering av ideene.

Et viktig moment er at det tar lang tid før fusjoner faller på plass og starter å gi gevinst. Det kan være en betydelig ulempe for planleggingen av helse- og omsorgssektoren, dersom kommunene primært er opptatt av å implementere en mer eller mindre tvungen sammenslutning med flere andre kommuner. Slik sett går det an å tenke at når en ikke har maktet å få på plass kommunereformen tidligere, kan det nå være klokt å vente litt med store endringer i strukturen slik at kommunene får tilstrekkelig fokus på veksten i omsorgsoppgavene fra 2020 (*Vetvik og Disch, 2014: 28–29*).

Hva mener så informantene (rådmenn og kommunalsjefer) i våre kommuner? Er regjeringens kommunereform en unødvendig belastning eller en del av løsningen på eldreomsorgens utfordringer i det aldrende samfunnet?

I første omgang må det nevnes at alle informantene avviser begge påstandene. En av informantene beskriver den ovenfor nevnte problemstillingen som et «falskt dilemma». Flere informanter mener at kommunereformen ikke er en nødvendig forutsetning for «lykke og velstand» blant kommunens eldre i fremtiden. Større administrative enheter gjør det ikke lettere eller rimelige å drifte verken barnehager, skoler eller ordinære tjenester og botilbud rettet mot eldre, fremhever en informant. En annen informant beskriver det som «rimelig søkt» å hevde at det kan hentes effektivitetsgevinster i driften av omsorgsboliger og sykehjem gjennom en kommunereform. Det er vanskelig å se at de eldre i kommunen får det bedre om vi går inn i en større kommune, påpeker en siste informant.

På den annen side er alle informantene enige om at det ikke er noen motsetning mellom gjennomføringen av en kommunereform og løsningen av kommunens oppgaver i eldreomsorgen i årene som kommer. De avviser således Vetviks påstand. Det er vanskelig å tenke seg at kommunens «effektive drift» av sykehjem og omsorgsboliger blir ødelagt hvis vi går inn i en stor-kommune, hevder en informant. En annen informant mener det er helt uproblematisk å slå sammen omsorgssektoren i flere kommuner til større enheter.

Andre informanter ser flere fordeler med en kommunereform. En informant hevder at omsorgsutfordringene i regionen vedkommende tilhører ville blitt løst bedre innenfor rammen av en storkommune. Informanten vedgår riktignok at større enheter ikke vil føre til mer kostnadseffektiv drift av tjenester rettet mot eldre, men tror det vil føre til et bedre tilbud for befolkningen i regionen. Bedre spesialisthelsetjenester, fremfor alt vil større fagmiljøer og mindre samarbeidskostnader være positive konsekvenser av en kommunereform, tror informanten. Lignende synspunkter anføres også av en annen informant. Denne informanten peker også på at store kommuner er mindre sårbare for svingninger i skatteinntekten og økonomien som helhet. I mindre kommuner kan også eldreomsorgen lettere bli rammet av uforutsette nedskjæringer i tjenestetilbudet som følge av kriser i andre sektorer, hevder informanten.

6.3 Veien videre for forskningen: Hvor er kunnskapshullene?

Hva er implikasjonene for rapportens konklusjoner for forskningen om bolig- og tjenestetilbudet rettet mot eldre? Det som i hvert fall er sikkert er at rapportens innhold indikerer at det finnes kunnskapshull som bør tettes av hensyn til informasjonsgrunnlaget for den offentlige debatten om bolig- og tjenestetilbudet for eldre.

Det er for eksempel grunn til å utarbeide en bred kunnskapsoversikt om omsorgsboligene og sykehjemmenes funksjon i kommunenes eldreomsorg. Det finnes simpelthen ikke noen fullgode studier som dekker dette viktige området per i dag (Daatland, 2014). En kvantitativ og kvalitativ forskningsoversikt kan belyse hva som nærmere bestemt menes når kommunene rapporterer at de har etablert omsorgsboliger med bemanning eller såkalte omsorg+-konsepter. Hvor stor er bemanningen? Hva slags personell – sykepleier, miljøarbeider? Og som et resultat hva er forskjellene i tjenestene som tilbys i (heldøgns)bemannet omsorgsbolig og sykehjem? Det kunne også være interessant å gjennomføre kvantitative og kvalitative undersøkelser av sykehjemmenes funksjon om noen år, i lys av målsettingen om å omstille institusjoner til korttidstilbud og samhandlingsreformens konsekvenser. Ved å studere slike spørsmål – og gjøre konklusjonene kjent for et allment publikum – ville det også bli lettere for kommunene å lære av hverandres erfaringer.

Det er heller ingen studier som har undersøkt hva som finnes av private alternativ til de kommunale omsorgsboligene. Flere steder har De eldres boligspareklubb bygget sameier og borettslag med tilrettelagte leiligheter, det samme har andre private utbyggere. Noen boligkomplekser er klausulert for personer 50+. For eksempel på Oppsal i Oslo ligger et stort bygg med private leiligheter, utformet på samme måte som omsorgsboliger bygget etter Husbankens spesifikasjoner, i nær tilknytning til sykehjemmet. I kommunene vi har intervjuet er det ingen som har oversikt over slike leiligheter. Følgelig er det heller ingen som vet hvem som velger slike boformer.

Vi vil også hevde at vi vet for lite om seniorers (60+) og eldres boligpreferanser. Brevik og Schmidts grundige studie er nesten ti år gammel (Brevik og Schmidt, 2005). Dermed synes det åpenbart at det er behov for oppdatert kunnskap på dette feltet. I første omgang synes behovet primært å legge til rette for en representativ survey av eldres holdninger. En slik studie kunne eventuelt suppleres med kvantitative undersøkelser av eldres flyttemønstre og kvalitative studier av enkeltkommuner. Kunnskapen frembrakt gjennom slike undersøkelser kan bli et viktig redskap for kommunene i utbyggings-, boligtilpasnings- og arealpolitikk.

Til sist vil vi argumentere for at denne rapporten fortjener en oppfølger innen rimelig tid. En mulighet er å undersøke forholdet mellom planer og praksis: Realiseres kommunens planer for bolig- og tjenestetilbudet for eldre? En annen mulighet er å bruke rapportens funn som et utgangspunkt for en større survey. På denne måten kan man undersøkt hvor representative rapportens konklusjoner er for kommune-Norge som helhet. Et siste alternativ kan være å gjennomføre en kvalitativ studie som går dypere inn i kommunens utfordringer og overveielser. Mens denne rapporten i begrenset grad «går bak planene», kunne en slik studie gitt mer dybdekunnskap om hvor skoen virkelig trykker for kommunene i planleggingen av bolig- og tjenestetilbudet for eldre.

Summary

In this research report, we analyze the planning of thirty Norwegian municipalities concerning long-term care and housing for elderly in light of population ageing. Will Norwegian municipalities give priority to nursing homes or assisted housing in the future? To what extent do the municipalities plan to influence the provision of housing for older persons? These are the central research questions of this report.

The empirical backbone of the report are policy plans from thirty local governments – the ten largest, ten medium-sized and ten small Norwegian municipalities. In addition, we draw on interviews in four municipalities and official statistics.

Assisted housing, combined with services provided at the home of households, are the vogue of Norwegian long-term care. Most of the policy documents studies in this research project profess to give priority to assisted housing over nursing homes. Nonetheless, nursing homes are arguably still the pillar of the eldercare provided in the municipalities. This will neither change in the short run or (in all probability) in the next twenty years. The role of nursing homes, however, is in a process of change: Most municipalities plan to transform these to provide for short-term needs, and aim at providing care for the elderly's long-term needs through assisted housing and services in private homes. Thus, assisted housing is increasingly a fully-fledged alternative to nursing homes, also in cases where there is need for extensive care services.

Analyses of the municipalities' planning work for the provision of housing to the elderly indicates a policy area with unfulfilled potential. For instance, adapting the present housing stock to the needs of older people, or cooperating with construction companies to build privately financed assisted housing, may lead to big savings for the municipalities. However, most municipalities are quite vague when it comes to plans for influencing the quality and quantity of housing directed at the elderly. This may be a product of the current consensus regarding Norwegian housing policy. Since housing is regarded as an individual responsibility, provided by the market, it is only natural that local governments are reluctant to take responsibility for the

provision of housing to the elderly. Moreover, the municipalities may be waiting for the state to take financial responsibility in this area.

Specific knowledge gaps and ways forward for scholarly research and politics of old age, housing and long-term care are discussed in Chapter 6.

Litteratur

- Aftenposten (29.09.14). *Sanner: Må ha reform for å takle eldrebølgen*.
- Arbeids- og sosialdepartementet (1997). *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. LOV-1997-02-28-19.
- Aspnes, E. H., D. Ausen, K. Høyland, M. Mikalsen, A. Steen-Hansen, K. Storesund, I. Schjølberg, I. Svagård and S. Walderhaug (2012). *Velferdsteknologi i boliger. Muligheter og utfordringer*. SINTEF Teknologi og samfunn. Medisinsk teknologi,
- Barlindhaug, R. (2009). *Eldres boligpreferanser*. NIBR, notat 2009:107 Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Barlindhaug, R., A. Holm og B. Nordahl (2014). *Kommunenes tilrettelegging for boligbygging*. Oslo: NIBR, rapport 2014:13.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009). *Norge universelt utformet 2025 – Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009–2013*.
- Borgen, M. (1978). *Fra fattighus til trygdebolig*, Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Brevik, I. og L. Schmidt (2005). *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. NIBR, rapport 2005:17.
- Brevik, K. (2014). *Velferdsteknologiprogrammet–hva kan helse-og omsorgstjenestene i kommunene forvente?* Foredrag på Presentasjon fra Helsedirektoratet, Tromsø 17.06.2014.
- Daatland, S. O., (Red.) (1997). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–95*. Oslo, NOVA rapport 22/1997.
- Daatland, S. O. (2012). Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen – hensikten og problemstillingene. I S. O. Daatland and M. Veenstra, (Red.) *Berekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA-Rapport 2/12
- Daatland, S. O., (Red.) (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo, NOVA 2014:16.
- Daatland, S. O. og B. Otnes (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen? Utviklingslinjene. I S. O. Daatland, (Red.) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo, NOVA rapport 2014:16.
- Daatland, S. O. og P. E. Solem (2011). *Aldring og samfunn: innføring i sosialgerontologi*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Daatland, S. O. og M. Veenstra (2012). *Berekraftig omsorg?* Oslo: NOVA Rapport 2/2012.

- Disch, P. G. og E. Vetvik (2009). *Framtidas omsorgsbilde - slik det ser ut på tegnebrettet. Omsorgsplanlegging i norske kommuner. Status i 2009 – utfordringer mot 2015*. Senter for omsorgsforskning Sør, Rapport 1/2009.
- Ekspertgruppe for kommunereformen (2014). *Kriterier for god kommunestruktur. Delrapport*
- Folkehelseinstituttet. (2013). Levealder – faktaark med statistikk om forventet levealder i Noreg. Fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70805>.
- Gautun, H. og A. B. Grønningsæter (2012). *Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken*. Oslo: Fafo, rapport 2012:03.
- Gautun, H. og Å. Hermansen (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Oslo: Fafo,
- Gulbrandsen, L. (2014). *Husholdningenes gjeld og formue høsten 2012*. Oslo: NOVA, Notat 1/2014.
- Hagen, T. P., K. N. Amayu, G. Godager, T. Iversen og H. Øien (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986–2010*. Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.
- Halvorsen, R. og H. C. Sandlie (2012). Institusjonelle endringer i norsk boligpolitikk for å fremme tilgjengelighet – selektiv omfordeling og universalistisk regulering? I R. Halvorsen and H. C. Sandlie, (Red.) *Universell utforming og tilgjengelighet i norsk boligpolitikk. Sosial regulering, institusjonelle rammer og lokal iverksetting*. NOVA -notat 5/12
- Hanssen, G. S. og S. I. Vabo (2012). Sykehjem til alle? Om nasjonale politiske mål og lokale tilpasninger. I M. Reitan, J. Saglie and E. Smith, (Red.) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo, Abstrakt
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a). *Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon*. FOR-2011-12-16-1254
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* LOV 2011-06-24 nr 30.
- Hembre, U. (2014). *Presentasjon på Husbankens Oslofrokost 04.09.14: Boliger for eldre – løsninger for fremtiden*. Foredrag.
- Hermansen, Å. (2009). *Hjemme eller institusjon? En studie av norske kommuners prioriteringer mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg*. Masteroppgave i statsvitenskap, Universitetet i Oslo Institutt for statsvitenskap.
- Hermansen, Å. (2011). *Pleie- og omsorgssektoren i de nordiske land*. Oslo: Fafo, notat 2011:12.
- Hjelmbrekke, S., K. Løyland, G. Møller og I. Vardheim (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. Bø i Telemark: Telemarksforskning,

- Holmqvist, E. (2009). *Politik och planering för ett blandat boende och minskad boendesegregation – Ett mål utan medel?* Geografiska Regionstudier nr. 79, Doctoral Dissertation, University of Uppsala.
- Husbanken (2013). Årsmelding.
- Huseby, B. M. og B. Paulsen (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?* Oslo: SINTEF Helsetjenesteforskning,
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2010). *Forskrift om tekniske krav til byggverk (Byggteknisk forskrift).*
- Kommunal- og regionaldepartementet (2013). *Nye vegar til framtidens velferd. Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren, Rettleiingar og brosjyrar*, Publikasjonskode: H-2289.
- Kristiansand kommune. Omsorgsplan 2015 *Framtidens omsorgstjenester – utfordringer og strategier.*
- Lo-Johansson, I. (1950). *Ålderdoms-Sverige, en stridskrift*, Carlssons.
- Martens, C. T. (2014). Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem? Juridiske og økonomiske skillelinjer. I S. O. Daatland, (Red.) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo, NOVA Rapport 2014: 16.
- Mathisen, W. C. (1997). *Diskursanalyse for statsvitere: Hva, hvorfor og hvordan*, En stensil fra institutt for statsvitenskap, UiO.
- Meld. St. 17 (2012–2013). *Bygge – bu – leve. Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar.* Kommunal- og regionaldepartementet.
- Nordahl, B., (Red.) (2012a). *Boligmarked og boligpolitikk*, Akademika Forlag
- Nordahl, B. (2012b). Boligpolitikken og markedet. I B. Nordahl, (Red.) *Boligmarked og boligpolitikk.* Akademika Forlag
- Nordahl, B. (2012c). Kommunenes rolle i boligforsyningen. I B. Nordahl, (Red.) *Boligmarked og boligpolitikk.* Akademika Forlag
- Nordbø, H. V. (2014). Boliggjøring og familieomsorg: Innbyr omsorgsboliger til nærere samspill mellom familien og omsorgstjenestene? I S. O. Daatland, (Red.) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo, NOVA rapport 2014:16.
- NOU 1992:1 *Trygghet – verdighet – omsorg.* Norges offentlige utredninger. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Statens forvaltningstjeneste: 365 s.
- NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg.* Norges offentlige utredninger. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Departementenes servicesenter: 181 s.
- NOU 2011:15 *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden.* Kommunal- og regionaldepartementet.
- NOVA (2013). *Prosjektbeskrivelse om beregning av boligbehov.* Upublisert.

- NOVA (tba). Pågående prosjekt om resultatevaluering av Samhandlingsreformen og Omsorgsplan 2015,
- Nygaard, V. (2012). *En analyse av boligmarkedet i Hardangerkommunene* Alta: Norut, 2012:1.
- Nygaard, V. (2013). *En analyse av boligmarkedet i NordHordaland*. Alta: Norut, rapport 2013/2.
- Nygaard, V., I. Lie og S. Karlstad (2010). *En analyse av små, usikre eller stagnerende boligmarkeder*. Alta: Norut, 2010:13.
- Oslo kommune (2012). *Forhandlinger i Oslo bystyres møte*, 28.3.2012.
- Otnes, B. (2012). Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene. I S. O. Daatland and M. Veenstra, (Red.) *Bærekraftig omsorg*. NOVA rapport 2/2012
- Otnes, B. (2014). Stier i omsorgslandskapet de siste leveårene IS. O. Daatland, (Red.) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo, NOVA rapport 16:2014.
- Prop. 95 S (2013–2014). *Kommuneproposisjonen 2015*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Romøren, T. I. (2006). Omsorgsboliger: bruk og utviklingstendenser. *Aldring og livsløp*(4).
- Romøren, T. I. og B. Svorken (2003). *Velferdsstat og velferdskommune*. Oslo: NOVA, rapport 12/2003.
- Ruud, M. E., R. Barlindhaug og S. Nørve (2013). *Fremtidige boligbehov*. Oslo: NIBR, 2013:25.
- Ruud, M. E., L. Schmidt, K. Sørli, R. Skogheim og G. M. Vestby (2014). *Boligpreferanser i distriktene*. Oslo: NIBR, rapport 2014:1.
- Sandlie, H. C. (2013). Eldre husholdningers boligsituasjon. I H. C. Sandlie and A. S. Grødem, (Red.) *Bolig og levekår i Norge 2012*. Oslo, NOVA rapport 14/13.
- Schmidt, L., A. Holm, T. Kvinge og S. Nørve (2013). *BOLIG+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest*. Oslo: NIBR, rapport 2013:19.
- Slagsvold, B. og P. E. Solem (2005). *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Omsorgsbolig – en veileder*. Rundskriv I – 29/97.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester: analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet: 204 s.
- Sosialdepartementet (1966). *Innstilling om hjemmehjelp for eldre, Innstilling I fra Komitéen for eldreomsorgen*. Orkanger, Kaare Grytting a.s.

- Sosialdepartementet (1969). *Innstilling om institusjoner for eldre, Innstilling II fra Komiteen for eldreomsorgen*. Otta, Engers boktrykkeri.
- Sosialdepartementet (1971). *Boliger for eldre, Innstilling III fra Komiteen for eldreomsorg*. Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet (1973). *Eldres helse, aktivitet og trivsel, Innstilling IV fra Komiteen for eldreomsorg*.
- SSB (2013). *Pleie- og omsorgstjenester 2012*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Rapporter, 43–2013.
- St. meld. nr. 50 (1996–1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015*. St.meld. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Departementenes servicesenter: 122 s.
- St.meld. nr. 29 (2012–13). *Morgendagens omsorg*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Strand, A. H. (2013). Boligstandard og tilgjengelighet. I H. C. Sandlie and A. S. Grødem, (Red.) *Bolig og levekår i Norge 2012*. Oslo, NOVA Rapport 14/2013
- Sørvoll, J. (2011). *Norsk boligpolitikk i forandring 1970–2010. Dokumentasjon og debatt*. Oslo: NOVA, rapport 16/11.
- Sørvoll, J. og H. C. Sandlie (2014). *Et velfungerende leiemarked? Profesjonell utleie og offentlig–privat samarbeid*. Oslo: NOVA, notat 4/14.
- Tingvoll og Sæterstrand (2007). Sykehjemmets rolle i fremtidens helsevesen. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 2007(127): 2274–2275.
- Torp, P.-E. (2014). *Hvordan er staten rustet til å imøtekomme boligbehovet hos eldre?* Foredrag på Presentasjon på Husbankens Oslofrokost 04.09.14: Boliger for eldre – løsninger for fremtiden.
- Vabo, S. I. (2012). Tiltakende statlig styring av kommunesektoren – også på eldreområdet? I M. Reitan, J. Saglie and E. Smith, (Red.) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo, Abstrakt
- Veenstra, M. (2012). Lengre liv – bedre helse? I S. O. Daatland and M. Veenstra, (Red.) *Berekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA-Rapport 2/12
- Vetvik, E. og P. G. Disch (2014). *Kommunal omsorg – i plan? Status 2011 – utfordringer mot 2025 2. utgave*. Senter for omsorgsforskning Sør,
- Wågø, S. og K. Høyland (2009). *Bokkvalitet og hverdagsliv for eldre. En evaluering av ulike boligkonsepter*. SINTEF Byggforsk, Prosjektrapport 36 2009.
- Ytrehus, S. og A. B. Fyhn (2006). *Bufast, Bjørvika og Benidorm. Boligplaner og boligønsker for eldre år*. Oslo: Fafo, rapport 511.

Kommuneplaner og liste over intervjuer

- Austrheim kommune. Kommuneplan 2006-2017.
- Austrheim kommune. Planstrategi 2012-2015.
- Austrheim kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013.
- Bergen kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013. Byrådets forslag, Del II.
- Bergen kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013. Byrådets forslag, Del I.
- Bergen kommune. Boligmelding 2014-2020 Herfra til leiligheten. Høringsutkast.
- Bergen kommune. Kommunal planstrategi 2012 Utkast.
- Bremanger kommune. Handlingsplan 2012-2015 Budsjett 2012.
- Bremanger kommune. Planstrategi 2013-2016.
- Bremanger kommune. Strategisk plan for pleie- og omsorgssektoren 2012-2015 Med handlingsprogram.
- Bærum kommune. Eldremelding 2006-2015.
- Bærum kommune. Handlingsprogram 2012-2015.
- Bærum kommune. Handlingsprogram 2013-2016.
- Bærum kommune. Kommuneplanen 2013-2030 Planprogram - Høringsdokument for kommuneplanens samfunnsdel og arealdel.
- Bærum kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2006-2012 Høringsdokument.
- Bærum kommune. Oppfølging av eldremeldingen (2009). Forvaltningsrevisjonsrapport.
- Bærum kommune. Planstrategi 2012.
- Drammen kommune Helse- og sosialplan 2008-2012 Strategisk temaplan.
- Drammen kommune. Boligsosial handlingsplan 2012-2014.
- Drammen kommune. Bystrategi 2013-2036 Høringsutkast.
- Drammen kommune. Demensplan 2009-2012 Skap gode øyeblikk - Skap gode dager.
- Drammen kommune. Kommuneplan 2007-2018 Strategisk samfunnsdel.
- Drammen kommune. Økonomiplan 2013-2016.
- Dønna kommune. Kommuneplan 2003-2013.
- Dønna kommune. Planstrategi (2012).
- Eidsberg kommune. Boligsosial handlingsplan 2014-2020 Høringsutkast.
- Eidsberg kommune. Budsjettdokumentet 2013 Økonomiplan 2013 - 2016.

Eidsberg kommune. Etat for helse- og velferd (2008). Utredning om botilbud og omsorgstjenester. Mestring Muligheter Mening.

Eidsberg kommune. Kommuneplanens arealdel (2006).

Eidsberg kommune. Kommuneplanens tekstdel 2005-2017.

Elverum kommune. Kommunal planstrategi 2012-2015.

Elverum kommune. Kommuneplan 2010-2022. Samfunnsdel Elverum mot 2030.

Elverum kommune. Omsorgsplan 2010-2015.

Elverum kommune. Økonomiplan 2013-2016 Virksomhetsmål og årsbudsjett 2013. Rådmannens budsjettforslag.

Finnøy kommune. Kommuneplan 2002-2014 Langsiktig tekstdel. Mål og retningslinjer for utvikling og planlegging.

Finnøy kommune. Planstrategi 2012-2015 Forslag fra rådmannen.

Finnøy kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013 Framlegg fra rådmannen.

Fredrikstad kommune. Boligsosial handlingsplan 2014-2017.

Fredrikstad kommune. Handlingsplan 2012-2015 Budsjett 2012. Seksjon for omsorg og sosiale tjenester.

Fredrikstad kommune. Kommunedelplan bolig 2015-2026 Forslag til planprogram, boligpolitisk plan.

Fredrikstad kommune. Kommuneplan 2006-2017.

Fredrikstad kommune. Planstrategi 2012-2015 utfordringer og planbehov i Fredrikstad.

Gjerstad kommune. Boligsosial handlingsplan 2009-2013.

Gjerstad kommune. Handlingsprogram 2013-2016.

Gjerstad kommune. Kommuneplan 2011-23 Samfunnsdel og arealplan.

Gjerstad kommune. Planstrategi 2010-2015.

Granvin herad. Kommunal planstrategi 2012-2015.

Granvin herad. Kommuneplan samfunnsdelen.

Granvin herad. Økonomiplan 2013-2016.

Kristiansand kommune. Boligprogram 2014-2017.

Kristiansand kommune. Handlingsprogram 2013-2016 Rådmannens forslag.

Kristiansand kommune. Kommunal planstrategi 2013-2015.

Kristiansand kommune. Kommuneplan 2011-2022 Styrke i muligheter.

Kristiansand kommune. Omsorgsplan 2015 Framtidens omsorgstjenester - utfordringer og strategier.

Lardal kommune. Budsjett 2013 Økonomiplan 2013-2016.

Lardal kommune. Handlingsprogram 2013-2016 Budsjett 2013 Økonomiplan 2013 – 2016.

Lardal kommune. Kommuneplan 2005-2014 Langsiktig del.

Lardal kommune. Kunnskapsdokument Vedlegg til Planstrategi for Lardal kommune 2012-2016.

Lardal kommune. Omsorgsplan 2010-2020 Helse- og omsorg – fra vugge til grav. Lardal – landets beste bokommune!

Marker kommune. Budsjett 2013 med økonomiplan 2013-2016.

Marker kommune. Felles planstrategi RAM 2012-2016 Marker, Rømskog og Aremark kommune.

Marker kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2005-2017 Tekstdel.

Molde kommune. Boligsosial handlingsplan 2011-2020.

Molde kommune. Handlingsplan for omsorgstjenesten 2009 -2020.

Molde kommune. Kommuneplanens arealdel 2009-2020.

Molde kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2022 Planprogram med Kommunal planstrategi.

Molde kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2022 Utfordringsdokument.

Molde kommune. Planoversikt 2013-2016 Vedlegg til Planstrategi.

Molde kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013

Namsos kommune. Boligsosial handlingsplan 2010-2014.

Namsos kommune. Demensplan 2015.

Namsos kommune. Handlingsprogram med økonomiplan 2013 - 2016 Budsjett 2013.

Namsos kommune. Kommuneplan 2001-2015 Strategidelen.

Namsos kommune. Omsorgsplan 2015.

Oslo kommune. Kommuneplan 2008 Oslo mot 2025.

Oslo kommune. Kommuneplan 2013 Planstrategi og planprogram.

Oslo kommune. Kommuneplan (2014). Oslo mot 2030. Høringsutkast DEL 1. Samfunnsdel og byutviklingsstrategi.

Oslo kommune. Seniormelding (2014). Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo. Bystyremelding 1/2014.

Oslo kommune. Sykehjemsbehovsplan 2012-2022 Utbygging av sykehjem og Omsorg+ i Oslo kommune.

Oslo kommune. Økonomiplan 2013-2016.

Randaberg kommune. Boligsosial handlingsplan (2014).

Randaberg kommune. Kommuneplan 2009-2022 Randaberg – vår grønne landsby.

Randaberg kommune. Plan for helse- og omsorgstjenestene 2009 - 2020 Aktiv omsorg 2020.

Randaberg kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013 Rådmannens forslag. Tekstdelen.

Sandnes kommune. Kommuneplan 2011-2025 Samfunnsdel - utvikling av samfunn og tjenester. .

Sandnes kommune. Kommuneplan 2015-2030 Planbeskrivelse, Høringsutkast.

Sandnes kommune. Kommuneplan 2015-2030 Samfunnsdel. Høringsutkast.

Sandnes kommune. Kommuneplan 2015-2030 Temarapport.

Sandnes kommune. Omsorgsplan 2008-2021 Den gode omsorg.

Sandnes kommune. Omsorgsplan 2012-2030 Den gode og aktive omsorg.

Sandnes kommune. Planstrategi 2012-2015.

Sandnes kommune. Økonomiplan 2013-2016.

Skjåk kommune. Kommuneplan 2011-20.

Skjåk kommune. Planstrategi 2012-2016.

Skjåk kommune. Pleie- og omsorgsplan 2008-2016 Forslag.

Skjåk kommune. Økonomiplan 2012-2015.

Stavanger kommune. Boligsosial handlingsplan 2010-2015 En god by å bo i.

Stavanger kommune. Felles boligstrategi for storbyområdet (2014). Oppfølging felles kommunale planstrategier.

Stavanger kommune. Handlings- og økonomiplan 2013-2016 Årsbudsjett 2013.

Stavanger kommune. Kommunal planstrategi 2012-2015 Forslag.

Stavanger kommune. Kommuneplan 2010-2025 Sammen for en levende by.

Stavanger Kommune. Kommunestruktur Nord-Jæren (2009). (Asplan viak).

Stavanger kommune. Omsorg 2025.

Stjørdal kommune. Boligsosial handlingsplan 2011-2015.

Stjørdal kommune. Helse- og sosialplan 2010-2013.

Stjørdal kommune. Kommunal planstrategi og planprogram 2013-2015 Høringsutkast.

Stjørdal kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2010-2022 Inkl. deltema klima og energi.

Stjørdal kommune. Planstrategi 2013-2015 Kommunal planstrategi og planprogram.

Stjørdal kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2016.

Sunndal kommune. Boligsosial handlingsplan 2010-2014.

Sunndal kommune. Budsjett 2012 Økonomiplan 2012-2015.

Sunndal kommune. Eldreplan 2008-2015.

Sunndal kommune. Kommunal planstrategi 2012-2015.

Sunndal kommune. Kommuneplan 2007-2015 Samfunnsdelen.

Sør-Varanger kommune. Boligpolitisk handlingsplan 2009-2012.

Sør-Varanger kommune. Kommunal planstrategi 2012-2015.

Sør-Varanger kommune. Kommuneplan 2004-2016.

Sør-Varanger kommune. Omsorgsplan 2022 (2008).

Sør-Varanger kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013.

Tranøy kommune. Planstrategi 2012-2015 Med planprogram for kommuneplanens samfunnsdel. Forslag.

Tranøy kommune. Økonomiplan 2013-2016 Årsbudsjett 2013.

Tromsø kommune. Boligpolitisk handlingsplan 2014 Boligpolitisk plan for Tromsø mot 2027, med handlingsdel 2015-2019.

Tromsø kommune. Boligsosial handlingsplan 2009-2014.

Tromsø kommune. Handlingsplan for eldreomsorga 2007-2010 Den gode omsorg.

Tromsø kommune. Kommuneplan 2007-2018.

Tromsø kommune. Planstrategi 2012-2015.

Tromsø kommune. Strategi eiendom (2013a). Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø mot 2030.

Tromsø kommune. Strategi eiendom (2013b). Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø mot 2030, Planforslag / høringsutkast

Tromsø kommune. Økonomiplan 2013-2016 Årsbudsjett 2013

Trondheim kommune. Analyser av boligbygging befolkningsprognoser og boligbehov Vedlegg til Kommuneplanens arealdel 2012-2024.

Trondheim kommune. Boligprogram 2011-2014.

Trondheim kommune. Handlings og økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013.

Trondheim kommune. Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011-2020.

Trondheim kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2009-2020.

Trondheim kommune. Planstrategi 2012-2015 Nye utviklingstrekk og utfordringer for store lille Trondheim 2012-2015.

Trøgstad kommune. Budsjettdokumentet 2013 Økonomi- og handlingsplan 2013-16 Årsbudsjett 2013.

Trøgstad kommune. Kommunal planstrategi (2012).

Trøgstad kommune. Kommuneplan 2011-2023.

Ørsta kommune. Samfunnsdelen 2012-2025 med Kommunal Planstrategi 2012–2016.

Ørsta kommune. Vurdering av bustadbehovet 2012-2020.

Ørsta kommune. Økonomiplan 2013-2016 Budsjett 2013.

Muntlige kilder / Intervju

Marker kommune (14.10.14). Intervju med Espen Jaavall (rådmann).

Skedsmo kommune (23.10.14). Intervju med Arild Hammershaug
(kommunaldirektør) Per Gjertsen (leder bestillerenheten)

Sveio kommune (15.10.14a). Intervju med Bjarne Aksnes Martinsen
(rådmann).

Sveio kommune (15.10.14b). Intervju med Bjørn Gilje (kommunalsjef).

Trøgstad kommune (14.10.14). Intervju med Betty Hvalsengen
(kommunalsjef) Tor-Anders Olsen (rådmann).