



Handlingsplan for eldreomsorgen
Husbankens oppsummering
Oslo, mai 2004

Sosialdepartementet
Vedlegg
S.nr. 200202852-3

VEDLEGG
02/4618 - 17

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Sammendrag og konklusjon.....	3
2.1 Målsetting og forløp.....	3
2.2 Organisering og samarbeid	4
2.3 Resultater	4
2.4 Konklusjon: Vellykket handlingsplan for eldreomsorgen	7
3. Bakgrunnen for handlingsplanen	8
3.1 Gjærevollutvalget.....	8
3.2 Låne- og tilskuddsordning lansert i 1994.....	9
4. Handlingsplan for eldreomsorgen: Mål og forløp.....	9
4.1 Målsetting for Handlingsplan for eldreomsorgen	10
4.1.1 Et akseptabelt totalnivå	10
4.1.2 Sykehjem eller omsorgsboliger?	10
4.1.3 Boligkvalitet.....	10
4.2 Handlingsplanens forløp	11
4.2.1 Den første to-årsperioden	11
4.2.2 Oppsummering etter 2 år – økt prioritering og fordeling av fylkesvise rammer.....	11
4.2.3 Utvidelse av handlingsplanen	12
5. Regelverk, retningslinjer og veiledning	12
5.1 Hva la retningslinjene vekt på?	12
5.2 Veileder for lokalisering og utforming	13
5.3 Praktiseringen av regelverket.....	14
5.4 Eierformer og kommunal tildelingsplikt.....	15
6. Organisering av arbeidet med handlingsplanen	16
6.1 Husbanken og fylkesmannen – to etater som utfylte hverandre.	16
6.2 Regionkontorenes samarbeid med kommunene.....	18
7. Hva har vi oppnådd med investeringstilskuddene?.....	19
7.1 Måltall - resultat	19
7.2 Fordelingen sykehjem - omsorgsbolig	20
7.3 Nærmere om omsorgsboliger og fellesareal	21
7.4 Oppføring av nye boenheter i forhold til utbedringer	22
7.5 Areal.....	23
7.6 Brukergruppe	24
7.7 Størrelse på prosjektene	25
7.8 Geografisk fordeling av Husbankens investeringsmidler	25
7.9 Ferdigstilte boenheter.....	27
8. Vurdering av kvaliteten.....	28
8.1 Sykehjem: boliggingjøring av institusjon	28
8.1.1 Den nye typen sykehjem.	29
8.1.2 Størrelsen på boenhetene.	30
8.1.3 Boenhetene - også en arbeidsplass.....	30
8.1.4 Fellesarealer	31
8.2 Boform for aldersdemente	31
8.3 Omsorgsbolig.....	32
8.3.1 Variasjon av bygningstyper og boformer.....	32
8.3.2 Fellesareal	33
8.3.3 Omsorgsboliger som arbeidsplass.....	33
8.3.4 Hvem bor i boligene?.....	33
8.3.5 Ulike modeller for omsorgsboliger	34
8.4 Utearealer – opparbeidelse og utforming	35
8.5 Lokalisering	36
8.5.1 Generelt.....	36
8.5.2 Sykehjem.....	36
8.5.3 Omsorgsbolig.....	36
8.6 Utbedring eller nybygging	37

8.7 Brannsikkerhet	37
8.8 Ny teknologi.....	38
9. Kostnader	39
9.1 Driftskostnader kontra investeringskostnader.....	39
9.2 Husbankens kompetansebase og -behov	39
9.3 Kostnadsnivået i prosjektene	41
9.4 Årsaker til kostnadsgapet.....	41
9.5 Ekstern vurdering av Husbankens innsats.....	42

Handlingsplan for eldreomsorgen - Husbankens oppsummering

1. Innledning

I forbindelse med avslutningen av handlingsplan for eldreomsorgen fikk Husbanken i tildelingsbrevet for 2003 fra Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) i oppdrag å skrive en mer omfattende rapport om planen. Høsten 2003 utarbeidet alle fylkesmennene hver sin rapport som oppsummerte deres erfaringer med eldreplanen. Dette er Husbankens *egen* oppsummering med en beskrivelse av vår rolle og hvilke resultater som er oppnådd.

Rapporten har følgende struktur: Kap. 2 inneholder et sammendrag og en kort oppsummering. Deretter er rapporten delt i tre hovedbolker; først en presentasjon av selve handlingsplanen med bakgrunn, mål og forløp (kap. 3 og 4), dernest en beskrivelse og drøfting av arbeidet med planen (regelverk og retningslinjer i kap. 5 og organiseringen i kap. 6). I siste del er hovedvekten lagt på å presentere og drøfte resultater; hva er oppnådd i form av antall boenheter mv. (kap. 7), på kvalitet (kap. 8) og kostnadmessig (kap. 9).

2. Sammendrag og konklusjon

I juni 1997 gikk et samlet Storting inn for å ta i bruk ekstraordinære statlige virkemidler for å bygge ut kapasiteten og ruste opp standarden i pleie- og omsorg. Gjennom St. meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen ble det lagt opp til et krafttak over 4 år for å sette kommunene i stand til å holde tritt med befolkningsutviklingen, samt å møte en ytterligere behovsvekst.

2.1 Målsetting og forløp

I planen ble det lagt opp til en stor utbygging av tjenestetilbudet både når det gjaldt flere årsverk, nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger og opprusting av den eksisterende bygningsmassen. Målet var både å skape bedre boforhold med bl.a. eneromsstandard og et bedre arbeidsmiljø. Måltallene i planen ble satt til 1 - 2 000 nye årsverk og bygging/utbedring av 24 400 omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Senere er handlingsplanen utvidet med 14 000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

Gjennom handlingsplanen fikk kommunene en unik mulighet for å skaffe seg et variert tilbud av ulike boformer og institusjonsplasser. Fram til 2001 hadde kommunene stor frihet med hensyn til hva de ønsket å bygge. Stortinget mente imidlertid at det ble bygget for mange vanlige omsorgsboliger, og fra 2001 ble det innført prioriteringsregler. Sykehjem og omsorgsboliger med areal tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorg skulle prioriteres framfor omsorgsboliger uten fellesareal. Utbedring og enerom ble også prioritert. Sosial- og helsedepartementet (SOS) foretok i mai 2001 en fordeling av investeringsrammen til fylkene.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.meld.nr.31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen ble planen utvidet med 5 000 enheter. Stortinget krevde at minimum 3000 av disse skulle være sykehjemsplasser.

2.2 Organisering og samarbeid

Etter Husbankens mening ble arbeidet godt organisert. SOS ledet og koordinerte arbeidet i samarbeid med KRD. I tillegg var samarbeidet og rollefordelingen mellom Husbanken og fylkesmann/fylkeslege sterkt medvirkende til de gode resultatene som ble oppnådd.

Et nært samarbeid mellom Husbanken og kommunene var avgjørende for å få frem gode prosjekter. Husbankens inntrykk er at kommunene i stor grad var positive til våre tilbakemeldinger. Men i enkelte tilfeller har vi blitt kritisert for å ikke være smidige nok i praktisering av regelverket. En spørreundersøkelse som Kommunenes sentralforbund (KS) fikk gjennomført blant et utvalg av rådmenn tydet på dette. I en oppfølgende undersøkelse utført av ECON på oppdrag av KS, var imidlertid en av hovedkonklusjonene at Husbanken hadde praktisert regelverket på en god måte. Det viste seg at de kommunene som hadde uttrykt misnøye i første rekke rettet kritikken mot de overordnede statlige føringene - særlig mot det maksimale tilskuddsgrunnlaget som ikke økte i takt med prisstigningen. Enkelte kommuner var likevel misfornøyd med Husbanken og mente at saksbehandlerne hadde opptrådt lite fleksibelt. SOS på sin side ga uttrykk for at det hadde vært helt nødvendig med minimumskrav for å sikre tilgjengelighet for brukerne og tilfredsstillende arbeidsforhold for de ansatte.

2.3 Resultater

Antall boliger og sykehjemsplasser

Husbanken har godkjent 38 608 boenheter. Dette er 208 boenheter flere enn handlingsplanens totale måltall. Av disse var 24 803 boenheter ferdigbygd eller utbedret ved utgangen av handlingsplanen.

I handlingsplanen ble det beregningsmessig lagt til grunn en fordeling med 52,5 prosent omsorgsboliger og 47,5 prosent sykehjem. Frem til 2001 sto kommunene fritt til å velge omsorgsboliger eller sykehjem. Mange kommuner startet derfor med å bygge omsorgsboliger da det ble ansett som vesentlig enklere å planlegge og bygge enn sykehjem. Dette førte til at andelen sykehjemsplasser de første årene var svært lav, rundt 30-35 prosent. Som følge av dette og bekymringen over at omsorgsboligene som ble bygd i alt for stor grad var "vanlige" boliger, dvs omsorgsboliger uten spesielt tilrettelagt fellesareal, kom i 2001 prioriteringene som la vekt på større andel sykehjem og på omsorgsboliger med tilrettelagte service- og fellesareal, noe som resulterte i en kraftig økning i andelen sykehjem, fra 35 prosent i 1999 og opp til vel 70 prosent i 2003.

Av de i alt 38 608 godkjente boenhetene ble 19 586 eller 51 prosent godkjent som sykehjem, mens resten, 19 022, var omsorgsboliger.

Målsettingen har vært å få til et variert tilbud med fleksible boliger, slik at man best mulig er i stand til å dekke de ulike behovene for omsorgsboliger. Noe over 2/3 av omsorgsboligene var selvstendige boliger, mens bofellesskap og bokollektiv utgjorde de resterende. 71 prosent av de omsorgsboligene som ble godkjent i handlingsplanperioden ble registrert planlagt med felles-/serviceareal. 65 av de 71 prosentpoengene var knyttet til oppføring av nye omsorgsboliger. Andelen omsorgsboliger med felles-/serviceareal steg jamt fra ca 55 prosent i 1998 og opp til 85 prosent i 2001, for deretter å synke noe.

I handlingsplanen ble det framhevet et klart behov for utbedring og standardheving i eksisterende aldershjem og sykehjem. I den opprinnelige handlingsplanen ble utbedringsbehovet beregnet til ca 20 prosent av det opprinnelige måltallet på 24 400 enheter, halvparten omsorgsboliger og halvparten sykehjemsplasser. I løpet av hele handlingsplanperioden ble snaut 6 600 enheter utbedret. I forhold til opprinnelig måltall utgjør dette 27 prosent, og 17 prosent i forhold til det utvidede måltallet. Når det gjaldt utvidelsen av handlingsplanen ble det imidlertid ikke satt noen mål for andel utbedringer. Målet om at halvparten skulle utgjøres av sykehjem ble nådd med god margin, mens for omsorgsboligene ble ikke målet nådd.

For å ivareta funksjonskravene anbefalte Husbanken et minstemål på 24 m² privatareal i sykehjem. Kun 7 prosent av sykehjemsplassene oppfyller ikke målet om minst 24 m² privatareal på en sykehjemsplass. Når det gjelder omsorgsboligene så er de fleste mellom 50 – 70 m². Kun 4 prosent er over 80 m², mens 8 prosent er under 50 m².

Det er registret store forskjeller på utforming og størrelse, målt i antall rom, på de ulike prosjektene som har blitt godkjent. Mange kommuner har for eksempel bygd sykehjemmene samlet på et sted, mens andre bygger flere små sykehjem. Totalt ble det i handlingsplanperioden godkjent 1 938 prosjekter med 38 606 enheter. Dette gir et gjennomsnitt på om lag 20 boenheter pr prosjekt. 14 prosent utgjøres av svært små prosjekter - under 5 boenheter og hele 23 prosent utgjøres av prosjekter med mellom 5 – 9 boenheter.

Større geografisk likhet i tilbudet overfor eldre var en sentral målsetting i handlingsplanens siste del. Siden St.meld. nr 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplanen for eldreomsorgen ble lagt fram, økte dekningsgraden målt som antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger pr 100 innbygger på 80 år og over fra 17,9 til 19,0 for landet som helhet. At dekningsgraden ikke økte ytterligere, skyldes i stor grad utskifting av gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse og etablering av enerom. Med unntak av Oslo ligger nå alle fylkene mellom 92 (Østfold) og 124 prosent (Finnmark) av landsgjennomsnittet.

Kvalitet

God kvalitet både på nybygging og ombygging var et viktig mål i planen. Boliger skal være funksjonelle for de som skal bo og de som skal arbeide der, og ha en utforming som kan gi trivsel og bidra til bedre helse. Det er Husbankens oppfatning at det var et stort behov for opprustning av bygningsmassen i de aller fleste kommunene. Små trange rom, bad og wc på gangen var vanlig på mange alders- og sykehjem. Erfaringene tydet også på at moderne bygg kan være en viktig faktor i forhold til rekruttering av personell. En utbygging og modernisering har derfor vært helt nødvendig for å nå målet om god kvalitet.

Sykehjem

Handlingsplanens mål om ombygging av gamle institusjoner og nybygging var svært vellykket. Utbedring av sykehjem bidro til en vesentlig standard- og kvalitetsheving både for beboerne og personalet. Det klareste uttrykket for "boliggjøring i institusjon" er gode privatrom med bad og plass til egne møbler, organisert i små bogrupper med egne fellesareal og vektlegging på uteareal. Dette er gjennomført i alle sykehjem, både i nybygg og utbedring.

Omsorgsboliger

Omsorgsboliger ble bygd med stor variasjon i bygningstyper. Mye tyder på at blokkbebyggelse ble vanligst i store og mellomstore byer, mens en-etasjes "rekkehuslignende" bygninger ble vanlig på mindre steder. Selvstendige boliger og bofellesskap har stort sett fått gode planløsninger og funksjonell standard. Resultatene viser også variasjon i boformen fra selvstendige omsorgsboliger, bofellesskap til bokollektiv. Bofellesskap og bokollektiv har fellesareal som kompenserer for manglende areal/funksjoner i privatenheten. Mange selvstendige omsorgsboliger ble også bygd med fellesareal eller med tilgang til fellesareal (kafe, kantine o.l.) i et nærliggende sykehjem.

De fleste kommuner benytter omsorgsboligene som en mellomløsning mellom opprinnelig bolig og sykehjem. Enkelte tilrettela omsorgsboligene som et alternativ til sykehjem.

Uteareal

Tilgjengelighet til egnet uteareal har blitt vektlagt i mye større grad enn tidligere, særlig når det gjelder sykehjem hvor beboerne i liten grad kunne komme seg ut på egen hånd. Mange av de kommunale planene var gode og detaljerte både med hensyn til opparbeidelse og beplantning. Det ble imidlertid ikke stilt strenge krav til standard eller til gjennomføring slik at resultatet varierte mye.

Selvstendige omsorgsboliger har som regel fått egne balkonger og uteplasser på lik linje med vanlige boliger. De beste eksemplene på uteareal ser vi i forbindelse med mindre sykehjem og bokollektiv/bofellesskap.

Utearealenes betydning for livskvaliteten til personer med demens fikk spesiell oppmerksomhet under handlingsplanarbeidet. Det førte til at flere kommuner anla sansehager eller terapeutiske hager som er spesielt utviklet for demente. Disse hagene viste seg å være like attraktive for "ikke demente".

Lokalisering

Før handlingsplanen var det vanlig å samlokalisere omsorgsboligene med sykehjem og/eller plassere de sentralt for hjemmetjenestene. Dette kan bidra til at kommunene kan utnytte ressursene mer effektivt. Men mange omsorgsboliger, særlig i byer, har blitt lokalisert i ordinære boligstrøk.

Nye sykehjem og omsorgsboliger som kunne planlegges uavhengig av eksisterende bygningsmasse hadde det beste utgangspunktet. Tomter som var sentralt plassert i lokalsamfunnet var attraktive, men ikke alle kommuner hadde så mange valgmuligheter. Innenfor en og samme kommune kunne det være store forskjeller på hvor godt egnet tilgjengelige tomter egentlig var. Mange steder ble det knapphet på uteareal fordi bygningsstrukturen i området krevde høy utnyttelse av tomten.

Utbedring

I mange sykehjemsprosjekt ble eksisterende institusjon med mange flersengsrom utbedret. Ved utbedring fikk man en reduksjon av kapasiteten som ofte ble erstattet med et tilbygg, gjerne som et av flere utbyggingstrinn. Dersom også omsorgsboliger ble bygd tett inntil sykehjemmet, ble ofte resultatet en svært kompleks bygningsmasse. Dette kan ha ført til at det i mange store anlegg har blitt vanskelig å orientere seg både inne og ute.

Utbedring dreide seg i hovedsak om sykehjem og aldershjem, men også noen serviceboliger. Utbedring av sykehjemsplasser til en funksjonell standard ble imidlertid både komplisert og kostbart. Aldershjemmene ble i første rekke bygd om til omsorgsboliger, og unntaksvis sykehjemsplasser. I Oslo har en rekke trygdeboliger blitt utbedret og gjort tilgjengelig for rullestol.

Brannsikkerhet

En rapport vedrørende brannsikkerhet i omsorgsboliger konkluderte med at 8 av 10 omsorgsboliger har for dårlig sikkerhet. Størstedelen av boligene i undersøkelsen var imidlertid planlagt eller bygd før 1997. I rapporten går det også frem at det har skjedd en forbedring av den brannteknisk standarden i omsorgsboliger på bygninger oppført etter 1997.

Kostnader

En av Husbankens oppgaver i forbindelse med handlingsplanen var å fokusere på kostnader og kostnadsreducerende tiltak. Når det gjelder sykehjem er det driftskostnadene knyttet til tjenestetilbudet i sykehjemmet som er dominerende. Investeringskostnadene (renter og avdrag) utgjør en relativt liten andel av kommunens utgifter (ca 20%). Innsparinger i investeringskostnader som medfører mindre hensiktsmessige løsninger og høyere driftsutgifter vil være svært uøkonomisk på sikt.

Flere av rapportene som Husbanken har fått utarbeidet, indikerer at det var et kostnadsgap mellom ordinære husbankfinansierte boliger og omsorgsboliger og sykehjem oppført i kommunal regi. Av mulige årsaker til merkostnadene nevnes:

- *manglende incitament*er til kostnadsinnsparinger i kommunen
- *bred brukermedvirkning* i kommunen
- *svak organisering og uklare ansvarsforhold* i kommunen
- *svake anbudsrutiner* i kommunen
- *manglende kompetanse* i kommunen
- *asymmetrisk informasjon* i favør profesjonelle utbyggere
- *opphetet byggemarked* i kombinasjon med kort planperiode og få tilbydere
- *byråkratisk reform* med detaljert regelverk med mange endringer underveis
- *uforutsigbare rammebetingelser*

Kostnadsreducerende tiltak kunne ha kommet i konflikt med flere av de sentrale målsettingene om en kvalitativ bedre eldreomsorg som handlingsplanen skulle fremme. Erfaringene fra mange kommuner var at det var lite fremtidsrettet å satse på halvgode og dårlige løsninger som innen relativt kort tid igjen må gjennomgå nye kostbare oppgraderinger

2.4 Konklusjon: Vellykket handlingsplan for eldreomsorgen

Handlingsplanen er nå avsluttet selv om en del bygging står igjen. Ennå er det for tidlig å gi noen endelig vurdering av de valg som ble gjort enten det gjelder omfang, lokalisering, utforming eller graden av tilrettelegging. I enkelte fagmiljø har det vært bekymring for om det ble bygget for få sykehjemsplasser, andre har stilt spørsmål om hvor det ble av "boliggjøringen". Omsorgsboliger har til dels vært framstilt som "boliger uten omsorg".

Bygging av omsorgsboliger og utbedring og nybygging av sykehjem har bidratt til at vi har tatt igjen et oppdemmet behov. Handlingsplanen har imidlertid vært mer enn en byggereform. Den la grunnlaget for mange driftsmessige endringer og forbedringer. Selv om mye gjenstår, har den gjort livet lettere og tryggere for mange brukere av pleie- og omsorgstjenestene.

Store bygningsmessige forbedringer får også betydning for driften. Økt bemanning vil sannsynligvis tvinge seg fram uansett som følge av befolkningsutviklingen. En moderne bygningsmasse vil imidlertid gi det løftet som skal til for at beboere og ansatte kan trives og fungere optimalt. I alle kommuner kan vi nå se resultatene i form av renoverte eller nye sykehjem, og/eller nye omsorgsboliger. Det har vært viktig for kommunen å få gode fysiske løsninger på plass, med sikte på den neste store utfordringen: å bedre innholdet i tjenesteytingen.

Vi kan konkludere med at de vesentligste målsettingene er nådd i planen. Det konkluderer også fag- og forskningsmiljøene med. Mange av evalueringene som ble satt i gang under eldreplanen fokuserer på forhold som kapasitet, dekningsgrad og pleie- og omsorg for de mest hjelpetrequende. De fleste konkluderer med at det ble investert/bygd nok, både boliger og sykehjem. Den kritiske faktoren, som flere er bekymret for, dreier seg om pleieinnsats.

I en punktvis oppsummering vil Husbanken legge vekt på følgende:

- Generelt anvendelige boliger med fokus på behov for pleie og omsorg og tilrettelagte boliger i ulike størrelser, dvs en større bredde i tilbudene
- Enerom for alle som får fast plass på institusjon.
- Bedre kvalitet og tilrettelegging i bygningsmassen som grunnlag for bedre omsorg
- Opprustning og modernisering av eiendomsmassen som igjen har gitt en lettere arbeidssituasjon og færre slitasjeskader hos ansatte
- 71 prosent av boligene har fellesareal
- Omsorgsboligen er i stor grad samlokalisert med sykehjem og/eller hjemmetjeneste, noe som kan gi nødvendig effektivisering av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste
- Større vektlegging av uteareal ved bygging av institusjon, slik at eldre som tidligere sjelden eller aldri kom ut, nå får en mulighet
- Fordi sykehjemmene er organisert som små bogrupper med fellesareal kan de brukes til mennesker med demens
- Flere skjermede enheter for aldersdemente

3. Bakgrunnen for handlingsplanen

3.1 Gjærevollutvalget

Når eldreplanen skal oppsummeres er det viktig å få frem det historiske bakteppet, både for å få en forståelse av hvorfor planen kom og hvilke aspekter det i utgangspunktet ble lagt vekt på.

Som følge av en sterk vekst i antall eldre med behov for pleie og omsorg, var eldreomsorgen på begynnelsen av nittitallet kommet i utakt med behovene. På bakgrunn

av dette ble Gjærevollutvalget (NOU 1992:1 "Trygghet-Verdighet-Omsorg") nedsatt. Utvalget trakk opp følgende hovedlinjer for framtidens eldrepolitikk:

- I stedet for store institusjoner bør det i større grad bygges boliger hvor det kan gis heldøgns pleie- og omsorg etter behov
- Boligen skal i hovedsak være den enkeltes ansvar også i alderdommen
- Det offentlige ansvar vil være å sikre helse-, omsorg -, og sosiale tjenester ved å bruke ressursene på tjenesteproduksjon.

Utvalget pekte på at en stor del av boligene som eldre bodde i, ikke var tilpasset omfattende omsorgsbehov, og anbefalte flere samlokaliserte boliger der heldøgns pleie og omsorg kunne gis. Utvalget la videre vekt på at det var uverdigg at mange mennesker måtte dele rom med andre på institusjon. Utvalgets arbeid fikk stor betydning for "boliggjøringsideologien" på begynnelsen av 90-tallet og utvalgets anbefalinger la grunnlaget for omsorgsboligutbygging.

3.2 Låne- og tilskuddsordning lansert i 1994

For å stimulere til fleksible løsninger av boliger med heldøgns pleie- og omsorg ble det i forbindelse med St.prp.nr. 84 (1992-1993) Om kommuneøkonomien 1994 opprettet en ny låne- og tilskuddsordning forankret i Husbanken. Et engangstilskudd (oppstartingstilskuddet) og gunstig lånefinansiering kunne gis til bygging, utbedring og kjøp av omsorgsboliger og sykehjem. Kommunene sto fritt til å velge hva de ville satse på, men målformuleringen i forskriften fra KRD uttrykte et ønske om "vridning" fra institusjon til bolig. I tillegg til krav til utforming, var det en forutsetning at kommunene måtte sikre god pleie- og omsorgstjeneste. En bolig var ikke nok for å gi nødvendig omsorg.

Begrepet "omsorgsbolig" oppsto i 1994 i forbindelse med den nye tilskuddsordningen. Bakgrunnen for satsingen på omsorgsboliger var, som nevnt over, et ønske om å gi flere en bolig som er tilrettelagt for omfattende pleie- og omsorg utenfor institusjon.

Resultatet av denne satsingen var meget positiv. Med relativt små tilskudd (90 000 kroner i tilskudd for en omsorgsbolig og 120 000 for en sykehjemsplass) ble det i løpet av 4 år gitt tilskudd til 10 310 omsorgsboliger og sykehjem. Av disse var flest omsorgsboliger; ca. 66 prosent.

4. Handlingsplan for eldreomsorgen: Mål og forløp

I juni 1997 gikk et samlet Storting inn for å ta i bruk ekstraordinære statlige virkemidler for ytterligere å bygge ut kapasiteten og ruste opp standarden innen pleie- og omsorg. Gjennom St. meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen, ble det lagt opp til et "krafttak" over 4 år for å sette kommunene i stand til å holde tritt med befolkningsutviklingen, samt å møte en ytterligere behovsvekst. Nedenfor følger en oppsummering av målene i planen og viktige endringer underveis i planperioden.

4.1 Målsetting for Handlingsplan for eldreomsorgen

4.1.1 Et akseptabelt totalnivå

I planen ble det lagt opp til en stor utbygging av tjenestetilbudet gjennom flere årsverk, nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. I tillegg skulle den eksisterende bygningsmassen opprustes, både for å legge tilrette for bedre arbeidsmiljø og for å skape bedre boforhold bl.a. med eneromsstandard.

Planen la til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie- og omsorg i egnet bolig eller sykehjem tilsvarende 25 prosent av befolkningen fra 80 år og eldre. I St.meld. nr. 31 (2001 – 2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen, ble det sagt at den samlede dekning av aldershjem, sykehjem og omsorgsboliger burde ligge nærmere 30 prosent.

Måltallene i planen ble satt til 1 200 nye årsverk og bygging/utbedring av 24 400 omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Senere ble handlingsplanen utvidet med 14 000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

Hovedmålet om at eldre skal kunne bo i sine hjem så lenge som mulig krevde en kapasitets- og kvalitetsmessig god tjeneste slik at folk skulle føle trygghet for at de fikk hjelp når de trengte det. Handlingsplanen la vekt på at dette skulle gjelde alle; uavhengig av bosted, inntekt og sosial status.

4.1.2 Sykehjem eller omsorgsboliger?

Planen la ikke opp til normer for hvor mange sykehjemsplasser ("lovregulerte" boliger) den enkelte kommune burde tilby. Kommunen ble stilt fritt mht utforming av tilbudet. Det ble pekt på de muligheter omsorgsboligene kan gi hvis hjemmetjenestene er godt utbygd. For å kunne gi tilbud til de med størst pleiebehov, ble det understreket at det vil være behov for å bygge ut sykehjem og særlig korttidsplasser mange steder. Det eksisterende tilbudet til mennesker med demens ble videre antatt å være for lavt. Alle som ønsket en-sengsrom skulle få det.

Omsorgsbolig ble definert som "en bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboere etter behov skal kunne motta heldøgns pleie- og omsorg" (jf Rundskriv I – 29/97, H-24/97 B). Handlingsplanen vektla både nødvendigheten av å sørge for tilstrekkelig tilbud for de mest pleietrengende, samt å øke boligkapasiteten for noe mindre pleietrengende eldre. Det ble understreket at det for mange eldre kan det være hensiktsmessig å flytte inn i omsorgsboliger før pleie- og omsorgsbehovet blir for stort og at etablerte nettverk i omsorgsboligen kan bidra til at det føles trygt å bo i omsorgsboliger.

4.1.3 Boligkvalitet

Bedre kvalitet i bygningsmassen inngikk som en viktig målsetting i planen. God kvalitet vil gi bedre bomiljø, økt trivsel og betydelig bedring av det fysiske arbeidsmiljøet. Planen tok opp det store behovet for standardheving i gamle institusjoner. Sykehjemmene måtte få bedre kvalitet også fordi det vil være manges hjem i en siste fase av livet. Det var på dette tidspunktet (1996) 15 000 personer som måtte dele rom. Kravene til kvalitet ved en korttidsplass kunne ev. være mindre.

Selv om det fra flere hold har vært et ønske at sykehjem skal brukes i større grad til korttids- og rehabiliteringsoppgaver, fungerer sykehjem i hovedsak som et varig hjem for de mest hjelpetrengende. Et minimum av bokkvaliteter i sykehjemmene har derfor vært nødvendig.

4.2 Handlingsplanens forløp

4.2.1 Den første to-årsperioden

Handlingsplanen bygget på en kombinasjon av øremerking og bindende plan- og aktivitetskrav i kommunene. For å sikre at handlingsplanen ble gjennomført i tråd med intensjonene, tok staten i bruk sterke finansielle og juridiske virkemidler. Blant de juridiske virkemidlene ble det foreslått en rett til ensengsrom fra 2003. I Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (27.06.03) fra SOS ble det i § 3 Om opphold og innhold i tjenestene tatt inn at det skal være tilbud om eget rom ved langtidsopphold. På bakgrunn av Stortingets behandling av eldreplanen ble det både et oppstartingstilskudd og kompensasjonstilskudd til renter og avdrag på lån brukt som virkemidler.

Ved innføring av tilskuddene i 1998 var satsene for oppstartingstilskudd kr. 175 000,- for omsorgsboliger og kr. 375 000,- for sykehjemsplasser. Nettobeløpet som ble lagt til grunn for beregning av kompensasjonstilskuddet (sjablonmessig kostnad - tilskudd) var kr. 565 000,- for omsorgsboliger og kr. 455.000 for sykehjemsplasser. I 2002 og 2003 ble oppstartingstilskuddet indeksjustert. I 2003 var oppstartingstilskuddet kr. 188 000,- for omsorgsboliger og kr. 403.000,- for sykehjemsplasser. Beregningstilskuddet for kompensasjonstilskudd er ikke blitt indeksregulert.

Planlegging av byggeprosjekt kan ta tid og særlig i starten gikk det sent med å få inn søknader. Det at tilsagnsfullmaktene måtte brukes i inneværende år førte til en hektisk virksomhet i tiden før årsskiftet for å få brukt opp årets rammer. Husbanken måtte i mange tilfeller gi tilsagn om tilskudd på foreløpige søknader der banken tok forbehold på en rekke punkter, bl.a. utforming og kostnader og kommunene ble gitt ny frist for å komme tilbake med en fullstendig søknad.

4.2.2 Oppsummering etter 2 år – økt prioritering og fordeling av fylkesvise rammer

Blant annet for å forsikre seg om at behovsanslagene var tilstrekkelig, ba Stortinget om en melding som oppsummerte planen etter 2 år. St. meld nr. 34 (1999-2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år ble lagt fram for Stortinget i mai 2000. I behandlingen av meldingen (Innst. S. nr. 92 (2000-2001)) la Stortinget bl.a. vekt på at det måtte sikres nok sykehjemsplasser i planens siste fase. Fram til 2001 hadde kommunene hatt stor frihet med hensyn til hva de ønsket å bygge. Stortinget mente imidlertid at det var bygget for mange vanlige omsorgsboliger, og ønsket flere sykehjem og omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg.

Fra 2001 ble det innført prioriteringsregler. Sykehjem og omsorgsboliger med areal tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorg skulle prioriteres framfor omsorgsboliger uten fellesareal. I prioriteringene skulle det fortsatt legges vekt på enerom og utbedre eller erstatte gammel bygningsmasse.

I mai 2001 fortok SOS en fordeling av investeringsrammen til fylkene. Fylkesmannen fikk fullmakt til å fordele rammene i samarbeid med fylkeslegen. Fylkesmannens gode kjennskap til kommunene gjorde at de fleste kommuner aksepterte prioriteringen.

4.2.3 Utvidelse av handlingsplanen

Måltallet for handlingsplanen ble utvidet med 14 000 gjennom tre stortingsvedtak. Ved den siste utvidelsen i 2003, i forbindelse med Stortingets behandling av ”2-års gjennomgangen”, var utvidelsen 5 000 enheter. Stortinget krevde at minimum 3 000 av disse skulle være sykehjemsplasser. Det totale måltallet ble etter den siste utvidelsen 38 400 omsorgsboliger og sykehjem.

Utvidelsen av måltallet ble godt mottatt i kommunene. I følge fylkesmenn og fylkesleger bidro utvidelsen til at mange kommuner fikk anledning til å fullføre de investeringene som var nødvendige for å legge grunnlaget for en god eldreomsorg framover.

5. Regelverk, retningslinjer og veiledning

Vi vil her gi en kort oversikt over retningslinjene og veiledningsmaterialet som Husbanken utarbeidet. I tillegg går vi nærmere inn på hvordan regelverket har vært praktisert.

5.1 Hva la retningslinjene vekt på?

Forskrift fra KRD inneholder bestemmelser om formål, hvem som kan få tilskudd og hva det kan gis tilskudd til.¹ Retningslinjene som ble vedtatt av Husbankens hovedstyre bygger på forskriften.

I perioden med oppstartingsstilskuddsordningen fra 1994 til 1997, dvs før eldreplanen startet, hadde Husbanken først og fremst kompetanse på ulike omsorgsboligtyper, noe erfaring med aldershjem, men mindre kompetanse på sykehjem. Erfaringene fra perioden la grunnlaget for de krav og anbefalinger som ble gjeldende i selve planperioden. Husbanken fikk også bistand fra ulike fagmiljøer, bl a Byggforsk, fylkesleger, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og andre i arbeidet med retningslinjene og veiledningsmaterialet.

¹ Målsettingen med tilskuddsordningen var klar på at den skulle ”sette kommunene i stand til å bygge, kjøpe eller utbedre sykehjem og omsorgsboliger ut fra lokale behov til den som på grunn av alder funksjonshemming, funksjonsnedsettelse eller sykdom har behov for det. Bare kommuner kunne søke om og få tilskudd, men kommunen sto fritt til å videretildele tilskuddene til andre samarbeidspartnere.”

Retningslinjene (HB 8.B.3) ga nærmere detaljer om vilkårene for tilskudd; eksempelvis klausulering og tildeling av boligene, tilskuddstørrelse, bruk av tilskuddene, rutiner for søknad og dokumentasjon. Retningslinjene la vekt på at prosjektene skulle ha en god, men nøktern standard, og at kostnadene skulle være rimelige. Utbedring skulle foretrekkes framfor nybygging hvis kostnadene var lavere, og det var mulig å oppnå tilfredsstillende standard og driftseffektivitet. Retningslinjene inneholdt også anbefalinger vedrørende lokalisering.

For å sikre at boligene/boenhetene i institusjon ble brukt til formålet, ble kommunene pålagt å utpeke den som skulle bo i boligen/institusjonen. Denne klausulen skulle gjelde for minimum 20 år.

I retningslinjene gikk det fram at byggherre hadde ansvar for å sikre at planlegging og prosjektering skjedde i henhold til gjennomgående og stedlige bestemmelser, og at krav i arbeidsmiljøloven, plan- og bygningsloven, byggeforskriftene og gjeldende reguleringsbestemmelser ble oppfylt. Etter revidering av retningslinjene i 2001 ble anbefalinger om branntekniske krav tatt inn.

5.2 Veileder for lokalisering og utforming

Husbankens veileder (HB 7.F.17)² gir mer detaljerte anvisninger om hvordan sykehjem og omsorgsboliger burde utformes mht tilgjengelighet og tilrettelegging for pleie. Den gir anbefalinger om hvilke kvaliteter som bør være tilstede i omsorgsboliger for at disse skal fungere som gode hjem og gi rammen om et verdig liv. Det er lagt stor vekt på funksjonalitet, dvs om byggets beskaffenhet er egnet til målgruppen. Dette gjelder areal, utforming og funksjoners plassering i forhold til hverandre. For at pleie- og omsorgstjenester skal være lett tilgjengelige, er det lagt vekt på at boenhetene bør ha god plassering i lokalsamfunnet.

Husbanken praktiserte kravet om at sykehjem skulle være tilgjengelig for sterkt bevegelseshemmede som absolutt. Seng skulle kunne stå i pleiestilling.³ I tillegg var det et ufravikelig krav at hver boenhet skulle ha eget bad. Når det gjaldt romstørrelse praktiserte Husbanken som hovedregel en nedre grense på 24 m² for nybygg. Dette var etter Husbankens mening nødvendig for å få funksjonelle boenheter. I ombyggingsprosjekter lå "smertegrensen" på 20 m², samtidig som det ble jobbet for at standarden i slike prosjekter skulle bli mest mulig lik nybyggingsprosjekter (sanitær, tilgjengelighet mv.).

Det var mye diskusjon om hvor store boenhetene på sykehjemmene skulle være og hvorvidt Husbankens krav var for stenge. Husbanken ble kritisert for å skille for dårlig mellom hva som var krav og hva som var anbefalinger. Veilederens form med "skal og bør" kan ha virket uheldig.

² HB 7.F.17 "Omsorgsboliger og sykehjem - en veileder for lokalisering og utforming", Husbanken, 1997

³ Dvs. at pleiepersonalet har tilgang til begge langsider av sengen.

Husbankens boligkrav har tradisjonelt vært utformet som klare regler. Eldreplanen innebar på mange måter en ny arbeidsform der det ble lagt større vekt på veiledning og rådgiving. Etterhvert som saksbehandlerne ble sikrere i rollen ble det lettere å utvise skjønn og fleksibilitet.

Etter vårt syn var veilederen vesentlig for vurderingene av prosjektene under handlingsplanen. Utstrakt bruk har gjort den normdannende for utformingen av omsorgsboliger og sykehjem. Mange kommuner har uttalt at de hadde stor nytte av den.

Husbanken fikk svært mange henvendelser fra kommuner som ønsket å besøke andre kommuner med vellykkede prosjekter ellers i landet. Det ble derfor utgitt to eksempelsamlinger; en i 1998 og den andre i 2001. De viste hele prosjekter med ulike boformer og planløsninger og var derfor et viktig supplement til veilederen.

5.3 *Praktiseringen av regelverket*

Tilbakemeldingene fra ulike evalueringsrapporter har vært viktig for Husbankens arbeid med eldreplanen. Kommunenes sentralforbund (KS) var bl.a. opptatt av Husbankens praktisering av regelverket. I regi av KS ble det utført en spørreundersøkelse⁴ basert på telefonintervjuer av et utvalg av rådmenn. Enkelte rådmenn mente at Husbanken ikke hadde vært smidig nok i praktiseringen av regelverket. Denne problemstillingen ble også behandlet i en større undersøkelse⁵ utført av ECON på oppdrag av KS. En av hovedkonklusjonene i denne rapporten var at Husbanken hadde praktisert regelverket på en god måte og at misnøyen fra enkelte rådmenn i første rekke gjaldt de statlige føringene for reformen - ikke minst lav tilskuddsandel i forhold til faktiske kostnader og at satsene ikke ble økt i takt med prisstigningen. Dette var forhold som Husbanken ikke hadde avgjørende innflytelse på.

Men også i ECON-undersøkelsen fremkom det at noen kommuner var misfornøyd med Husbanken og at saksbehandlerne hadde opptrådt lite fleksibelt. Dette var imidlertid mer knyttet til enkelttilfeller og ikke generell praksis. I den større undersøkelsen fra ECON legger majoriteten av kommunene vekt på at Husbanken viste stor vilje til fleksibilitet og var en god rådgiver.

I enkelte tilfeller oppsto det misforståelser om de kravene Husbanken stilte. I rapporten "Velferdsstat og velferdskommune- Iverksetting av Handlingsplan for eldreomsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag"⁶ sies det f.eks. at det i begynnelsen av handlingsplanen ikke var lov til å bygge "tettere og mindre omsorgsboliger". Husbanken var riktignok opptatt av hensiktsmessig areal, men helt fra 1994 var det anledning til å bygge bokollektiv og bofellesskap med areal under 50 m². Reglene for bostøtte satte imidlertid krav om privatareal på 40 m². Husbanken innså at dette kunne skape problemer for

⁴ "Behov for forenkling av Husbankens regelverk - En spørreundersøkelse blant rådmenn", KS og Norsk Gallup, oktober 2002

⁵ "Husbanken og kommunene", Rapport 24/03, ECON

⁶ Romøren og Svorken: Velferdsstat og velferdskommune – Iverksetting av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag, rapport 12/03, NOVA

beboerne i bokollektiv og bofellesskap og gjorde KRD oppmerksom på dette. Fra 1999 ble kravet til privatareal i bostøtten tatt vekk for beboere i omsorgsboliger.

I ECONs rapport kom det fram at enkelte kommuner mente at Husbanken hadde gått for langt i pålegg om krav knyttet til lokalisering, areal, og kvalitet på utforming. I samme rapport framgikk det imidlertid at SOS uttrykte at kravene til utforming av omsorgsboliger og sykehjem ikke var for strenge, og at det var helt nødvendig med minimumskrav for å sikre tilgjengelighet for brukerne og tilfredsstillende arbeidsforhold for de ansatte.

I ettertid er det lett å se at i oppstarten ble fleksibiliteten i regelverket ikke utnyttet godt nok. Flere av anbefalingene ble praktisert som "skal"-krav. Dette skyldtes sannsynligvis usikkerhet; fleksibiliteten økte i takt med økt kompetanse. Et tettere samarbeid med fylkesmenn, fylkesleger og kommuner førte bl.a. til at Husbanken ble mer fleksibel. Dette bekreftes i Romørens rapport. ECON formulerer dette slik i sin rapport:

"Husbanken er inne i en positiv endringsprosess fra å være en regelforvalter til i økende grad å være veileder for kommunene. Husbanken kan styrke sin rolle ved i større grad å utnytte den informasjon og kompetanse den har til å informere overordnede myndigheter, slik at ulike ordninger Husbanken forvalter kan bli best mulig utformet i forhold til å nå nasjonale målsettinger og samtidig opprettholde stor grad av lokal handlefrihet."

5.4 Eierformer og kommunal tildelingsplikt

Handlingsplanen bygget på at det bare var kommunen som kunne søke om og få utbetalt tilskudd. I de langt fleste tilfellene var det også kommunene som sto som eier av boligene. Det ble imidlertid åpnet for at kommunen kunne videretilde hele eller deler av tilskuddet til andre eiere av omsorgsboliger og sykehjem. Også i disse tilfellene forutsatte Husbanken at det var kommunene som skulle tildele boligene til aktuelle beboere. Boligene skulle tildeles personer som på grunn av alder, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse eller sykdom hadde behov for tilrettelagt bolig. Kommunen skulle ikke bare ha en tildelingsrett, men en tildelingsplikt som skulle gjelde i minimum 20 år. Forutsetningene ble tatt inn i en egen avtale mellom Husbanken og den enkelte kommune, og ifølge regelverket kan Husbanken kreve tilskuddet tilbake dersom forutsetningene for tilskuddet brytes.

Ved andre eierformer enn der kommunen selv eier boligen (eierseksjoner, borettslag o.l), kan det oppstå flere spørsmål, særlig ved overdragelse av boligen innenfor 20-årsperioden. Slike spørsmål kunne bl.a. være:

- Hvor langt går tildelingsretten i forhold til arvinger og gjenlevende ektefelle?
- Kan det stilles krav om pris og hvordan skal denne i så fall reguleres?
- Hvordan fungerer prisreguleringsbestemmelser i et marked med synkende boligpriser?

Denne type spørsmål kan være løst i avtalene som inngås mellom kommunen og eier av boligene. Man har i dag begrenset erfaring, men det ser ut til at det vanligste er at det er inntatt bestemmelser om prisregulering og klausulering i avtalene. Flere forhold blir regulert forskjellig i de ulike avtalene og mange forhold blir ikke avtalemessig regulert.

Det har f.eks. oppstått spørsmål om kommunen må kjøpe boliger som ikke blir omsatt og/eller om eier kan kreve husleie dekket.

I borettslag kan kommunens tildeling reise særskilte problemer. Tildeling er noe annet enn forkjøpsrett, bl.a. fordi den er begrenset til definerte brukergrupper, og kan komme i konflikt med forkjøpsretten. Borettslagets styre kan til en viss grad nekte å godkjenne ny andelseier, men dette krever i så fall saklig grunn.

Private aktører har hevdet at kommunene stilte urimelige krav for å overføre tilskuddet til konkrete prosjekter i privat regi. Iflg. Husbankens regelverk er det kommunen som bestemmer om tilskuddet skal brukes til å dekke investeringskostnader i et prosjekt i ikke-kommunal regi eller om tilskuddet helt eller delvis skal benyttes til andre kommunale investeringer i helse- og sosialsektoren. Ved videretildeling av tilskuddet kan kommunen stille strengere krav enn det som Husbanken stiller overfor kommunen. Hvis kommunen stiller klart urimelige krav, vil imidlertid en avtale kunne settes til side av retten.

Etter Husbankens vurdering har kommunenes frihet til å avgjøre eierformen av omsorgsboligene og hvilke regler som skal gjelde ved overdragelser mv, gitt grunnlag for fleksible løsninger tilpasset lokale forhold og prioriteringer. Det synes imidlertid som om det vil kunne oppstå en del konflikter av juridisk karakter fordi en del spørsmål ikke ble avtalemessig regulert mellom kommunen og private aktører.

Husbankens vurderer også enkelte av prisreguleringsbestemmelsene som svært strenge, blant annet fordi det i mange saker ikke tas hensyn til nedbetaling av felleslån ved prisfastsettelsen. Denne type bestemmelser må bl.a. vurderes i forhold til avtaleloven og vil eventuelt kunne bli satt til side ved domstolsbehandling.

Husbanken vil vurdere en oppfordring til kommunene om å gjennomgå rutinene ved omsetning av boliger/tildeling av plasser og å inngå klare avtaler om ansvarsforhold ved omsetning av boliger.

6. Organisering av arbeidet med handlingsplanen

SOS ledet og koordinerte arbeidet i samarbeid med KRD. Fylkesmannen hadde sammen med fylkeslegen en sentral rolle i å vurdere kommunenes investeringsplaner og gi en uttalelse til det enkelte prosjekt. Husbankens ansvar var knyttet til kvalitetssikring av byggeprosjektene, søknadsbehandling og veiledning til kommuner og utbyggere.

Etter Husbankens mening ble arbeidet svært godt organisert gjennom overordnet styring fra SOS og KRD i samarbeid. I tillegg var samarbeidet og rollefordelingen mellom Husbanken og fylkesmann/fylkesmann sterkt medvirkende til de gode resultatene i handlingsplanen. Man hadde ulik kompetanse og utfylte hverandre godt.

6.1 Husbanken og fylkesmannen – to etater som utfylte hverandre.

Husbankens regionkontorer hadde i hele handlingsplanperioden et tett samarbeide med fylkesmannen/fylkeslegen (regional stat). Samarbeidet hadde lokale variasjoner på grunn forskjellige måter å jobbe på, men både regionkontorene og regional stat konkluderer med

at samarbeidet har fungert svært godt. En forutsetning for det gode resultatet var kombinasjonen av fylkesmannens/fylkeslegens kunnskap om pleie- og omsorgssituasjonen i kommunene og Husbankens kunnskap om bl.a. planløsninger og tilrettelegging/-tilgjengelighet.

Fylkesmannen hadde sammen med fylkeslegen en sentral rolle i å vurdere kommunenes investeringsplaner samt vurdere grunnlaget for tildeling av øremerkede midler til drift. Fylkesmannen hadde også en svært viktig rolle i forhold til Husbankens innvilgning av søknader gjennom en uttalelse til det enkelte prosjekt. Uttalelsen skulle vurdere kommunens behov for prosjektet, kontrollere om prosjektet både med hensyn til drift og organisering var tatt inn i økonomiplanen og vurdere om kommunens pleie- og omsorgstilbud var tilstrekkelig. Fra 2001, da det ble innført prioriteringer og fylkesvis fordeling av midlene, ble fylkesmannens rolle ytterligere forsterket. Fylkesmannens oppgave ble også å fordele midlene til kommuner/prosjekt etter en behovsvurdering i den enkelte kommune (dekningsgrad, standard mv.). Husbankens rolle var å utløse tilskuddsmidler til konkrete prosjekter i samsvar med fylkesmannens fordeling og anbefaling. I tillegg foretok Husbanken en selvstendig vurdering av kvalitet, juridiske forhold mv. av de konkrete prosjektene.

Husbanken ba også om fylkesmannens synspunkter vedrørende utforming av byggeprosjektet, særlig med hensyn til pleie/omsorg og helsefaglige funksjoner.

Det ble etablert en god dialog og informasjonsutveksling mellom Husbanken og fylkesmannen. Forespørsler, brev og søknader til Husbanken ble alltid sendt i kopi til fylkesmannen. Likeså ble referat fra møter med kommunene alltid sendt i kopi til Husbanken eller fylkesmannen avhengig av hvem som hadde møtet med kommunen.

I mange tilfeller var representanter for fylkesmannen/fylkeslegen tilstede på møter som Husbanken hadde med kommunene. Noen regionkontorer inviterte også Arbeidstilsynet til flere av møtene. Husbankens inntrykk var at kommunene så det som positivt når Husbanken og fylkesmann/fylkeslege opptrådte samlet på møtene. Men den store "statlige tyngden" kunne nok i noen tilfeller oppleves slik at råd og veiledning ble oppfattet som krav. Bevisstheten om dette økte imidlertid utover i handlingsplanperioden. Fra Husbankens side var det svært viktig at kommunene ikke følte seg "overkjørt" i møtet med staten.

SOS arrangerte nettverkskonferansene to ganger årlig der både fylkesmannen, fylkeslegen, alle regionkontorene og KRD deltok. Konferansene la et svært godt grunnlag for samarbeidet mellom regional stat og Husbanken og bidro til faglig påfyll og mulighet til å bli godt kjent med de sentrale aktørene for handlingsplanen. Slike nettverkskonferanser førte bl.a. til et meget konstruktivt samarbeid mellom fylkesmannen og Husbankens regionkontorer. Også fylkesmannen og fylkeslegen ga uttrykk for at samarbeidet har vært positivt. Fylkesmannen i Hedmark sier i sin rapport om handlingsplanen at:

" Fylkesmannen og fylkeslegen har hatt et tett samarbeid med Husbanken. Det har vært klare ansvarsområder og ryddig saksbehandling. Eventuelle problemer har blitt drøftet og løst fortløpende".

Husbanken ser nå konturene av en videreføring av dette samarbeidet. I 2004 skal regionkontorene og fylkesmannen arrangere regionale konferanser for å gjøre rundskrivnet om boligsosialt arbeid kjent i kommunene.

6.2 Regionkontorenes samarbeid med kommunene

I tillegg til å etablere et konstruktivt samarbeid mellom Husbanken og regional stat, var et godt samarbeid med kommunene avgjørende for å få frem gode resultater.

I starten av handlingsplanperioden hadde de fleste regionkontorene informasjonsmøter med alle kommunene i sin region. Regionkontorene har uttalt at det å møte kommunene ansikt til ansikt gjorde det lettere å kommunisere etterpå. Dette bidro til at mange kommuner tok kontakt tidlig i planleggingsfasen. Kommentarer og rådgiving på et tidlig stadium kunne bl.a. bidra til at eventuelle endringer i prosjektet ikke førte til økte kostnader. Husbanken deltok også på seminarer for kommunene i regi av fylkesmann og fylkeslege.

Temaene som ble tatt opp på møter mellom kommuner og Husbanken var generelle spørsmål om ordningen; finansiering, hva en omsorgsbolig er etc. til mer konkrete spørsmål og diskusjon om alternative løsninger i enkeltprosjekter. For å få mest ut av møtet la Husbanken vekt på at flere aktører fra kommunen skulle delta, bl.a. arkitekter, representanter fra helse og sosialetatene, prosjektledere og utbyggere.

Til tross for et godt samarbeid med kommunene opplevde flere kommuner at søknadsprosessen var lettere i starten av ordningen. En kommune uttalte f.eks.:

”Da prioriteringene kom, tok det lengre tid før vi visste om et prosjekt kunne regne med å få tilskudd. Vi måttet legge behandlingen på is inntil vi fikk en endelig prioritering fra fylket for å unngå å bruke ressurser på prosjekter som ikke vil bli realisert. Dette førte til at vi i enkelte tilfeller kom sent inn i prosessen.”

Alle regionkontorer brukte så langt det var mulig samme saksbehandler/e fra første henvendelse til det ble gitt tilsagn. Dette fungerte bra for kommunene og enkelte kommuner signaliserte også at de ønsket å beholde samme saksbehandler dersom de hadde flere saker.

I kommunenes behandling av prosjektene erfarte Husbanken at det var store forskjeller kommunene imellom, både når det gjaldt ressurser og profesjonalitet. Noen bygde bare det ene sykehjemmet, mens større kommune ble etter hvert profesjonelle byggherrer med egen kravspesifikasjon som var mer detaljert enn Husbankens veileder. Et eksempel på dette var Trondheim kommune.

Husbankens inntrykk har vært at kommunene i overveiende grad var positive til våre tilbakemeldinger. En saksbehandler i Husbanken beskriver Husbankens rolle overfor kommunene slik:

”De gangene vi, av ulike årsaker, har kommet sent inn i saken har det fått større konsekvenser for prosjektets fremdrift med for store endringer, og vi måtte finne kompromissløsninger. Vi har sjelden sagt nei til prosjekter, men har greid å påvirke dem positivt. Her har nok møter fungert bedre enn skriftlige tilbakemeldinger, fordi

dialog og "høytenkning" har vært enklere. For å få forståelse for kvalitetskrav har vi bl.a. lagt vekt på at kommunen bygger for fremtiden. Bygget skal stå i flere ti-år og det vil være lite rasjonelt og kostbart å måtte bygge om etter noen år."

7. Hva har vi oppnådd med investeringstilskuddene?

I dette kapitlet gis det en oversikt over de konkrete resultatene av handlingsplanen.

7.1 Måltall - resultat

Som omtalt i kapittel 3.2 ble det totale måltallet for eldreplanen til slutt tilsagn/godkjenning av 38 400 boenheter. Måltallet hadde da økt med hele 14 000 enheter eller nesten 60 prosent i forhold til det opprinnelige som var på 24 400 enheter, jf. St.meld. nr. 50 (1996-97).

Det er viktig å merke seg at handlingsplanens måltall hele tiden har vært knyttet til planlagte og godkjente prosjekter, og ikke til ferdigstilte prosjekter. Endringer i planlagte prosjekter vil forekomme, noe som gjør at antallet godkjente boenheter vil endres helt fram til alle prosjekter er ferdigstilt. Det innebærer også at selv om handlingsplanens måltall blir nådd, er det ikke gitt at det resulterer i like mange faktisk ferdigstilte boenheter.

Tabell 1 Antall godkjente sykehjemsplasser og omsorgsboliger, 1998 - 2003

	Antall	Prosent	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Måltall.....	38 400		5 800	5 800	5 800	7 800	10 200	3 000
Totalt godkjent.....	38 608	100,0	5 525	6 118	6 062	7 007	10 567	3 329
Sykehjem.....	19 586	50,7	1 752	2 115	2 684	4 086	6 591	2 358
Omsorgsboliger.....	19 022	49,3	3 773	4 003	3 378	2 921	3 976	971
Selvstendige.....	13 100	33,9	2 796	2 828	2 665	1 750	2 435	626
Bofellesskap.....	4 279	11,1	756	934	609	744	981	255
Bokollektiv.....	1 643	4,3	221	241	104	427	560	90

Som det framkommer av tabell 1, har Husbanken totalt godkjent 38 608 boenheter. Dette er 208 boenheter flere enn handlingsplanens totale måltall.

I forhold til måltallene for det enkelte år fremgår det av tabell 1 at det har vært relativ måloppnåelse de fleste år. Lavest var det i 2001 med 90 prosent, mens 2003 lå høyest med 111 prosent. At det ikke har vært eksakt måloppnåelse i de enkelte årene henger sammen med at Husbanken fram til 2002 primært var styrt gjennom de tilsagnsrammene som Stortinget fastsatte og at disse rammene var basert på en prosentvis fordeling mellom sykehjemsplasser og omsorgsboliger på henholdsvis 45 og 55 prosent, jf. St. meld. nr. 50 (1996-97). Imidlertid lå det ikke tilsvarende føringer på hva Husbanken faktisk skulle godkjenne i disse årene. Først i 2001 kom prioriteringene på plass, (se kap. 4.2). For at det ikke skulle være budsjettmessige hindringer for å nå målet om en høy andel sykehjemsplasser, ble det i statsbudsjettet for 2002 vedtatt at denne fordelingen skulle endres til om lag 70 prosent sykehjemsplasser og 30 prosent omsorgsboliger. For 2003 ble 100 prosent sykehjemsplasser lagt til grunn for budsjettvedtaket. Dette gjorde det mulig å gå utover måltallet for handlingsplanen uten å gå utover de vedtatte budsjetttrammene.

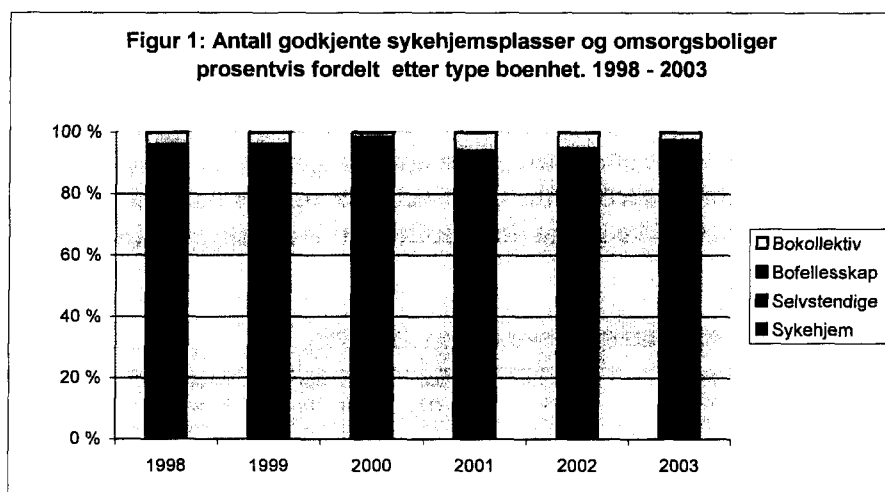
I tillegg til de 38 608 boenhetene godkjent innenfor selve handlingsplanperioden ble også 2 193 boenheter som ble godkjent i 1997, gitt samme betingelser når det gjelder tilskuddssatser og kompensasjonstilskudd som boenhetene som ble godkjent innenfor selve handlingsplanperioden. I tidligere Stortingsmeldinger om eldreplanen er disse prosjektene fra 1997 inkludert i tallmaterialet for investeringstilskuddene. I denne

rapporten vil vi i vår omtale av mål og resultater holde oss til det som ble oppnådd innenfor den utvidede handlingsplanperioden fra 1998 og fram til og med 2003.

7.2 Fordelingen sykehjem - omsorgsbolig

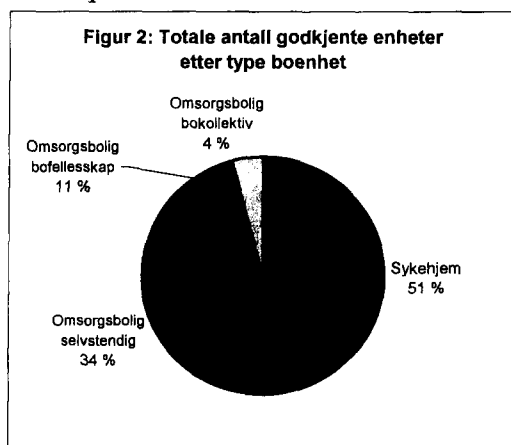
I St meld nr 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen ble det beregningsmessig lagt til grunn en fordeling med 52,5 prosent omsorgsboliger og 47,5 prosent sykehjem.

Frem til 2001 sto kommunene fritt til å velge omsorgsboliger eller sykehjem. Mange kommuner startet derfor med å bygge omsorgsboliger da det ble ansett som vesentlig enklere å planlegge og bygge enn sykehjem. Som vi ser av figur 1 resulterte dette i at andelen sykehjems plasser de første årene var svært lav, rundt 30-35 prosent.



Som følge av dette og bekymringen over at omsorgsboligene som ble bygd i alt for stor grad var "vanlige" boliger, dvs omsorgsboliger uten spesielt tilrettelagt fellesareal, kom i 2001 (i St.meld 34) prioriteringene som la vekt på større andel sykehjem og på omsorgsboliger med tilrettelagte service- og fellesareal.

Det resulterte i en kraftig økning i andelen sykehjem, fra 35 prosent i 1999 og opp til vel 70 prosent i 2003.



Av de i alt 38 608 godkjente boenhetene ble 19 586 eller 51 prosent godkjent som sykehjem, mens resten, 19 022, var omsorgsboliger. De fleste av disse (49 prosent) var

selvstendige omsorgsboliger (34 prosent), mens bofellesskap og bokollektiv sto for henholdsvis 11 og 4 prosent.

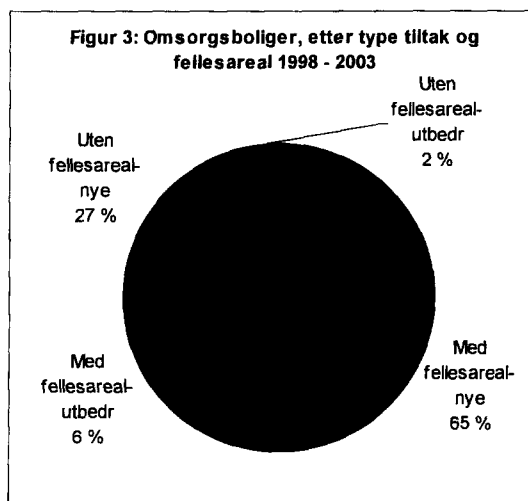
I forhold til opprinnelige måltall har dermed sykehjemsandelen blitt noe for høy. Imidlertid er dette i tråd med de signalene som kom utover i handlingsplanperioden, og i den siste utvidelsen av planen med 5000 enheter ble 3 000 forbeholdt sykehjemsplasser, et mål som ble nådd med god margin.

Av figur 2 ser vi også at den økte sykehjemsandelen primært har skjedd på bekostning av selvstendige omsorgsboliger. Andelen bofellesskap og bokollektiv har vært relativt stabil.

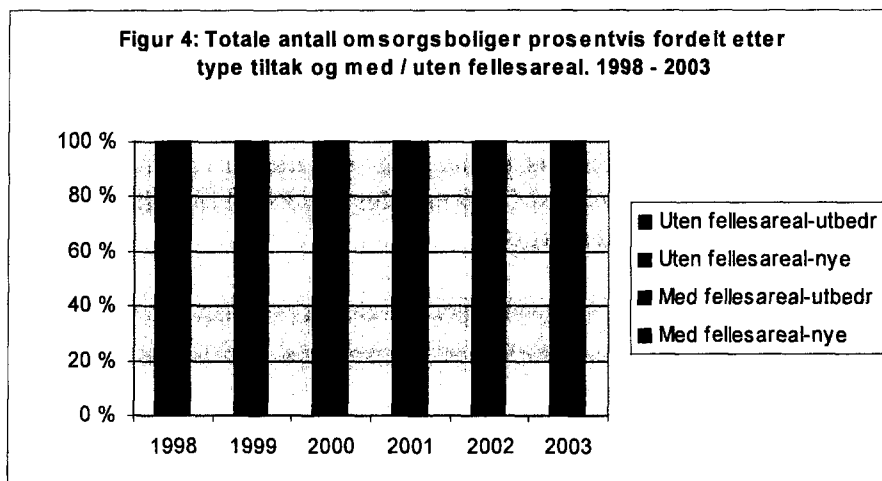
7.3 Nærmere om omsorgsboliger og fellesareal

Omsorgsboliger kan bygges enten som en selvstendig bolig, som bofellesskap eller som bokollektiv. Forskjellen på disse boformene er størrelsen på privatarealet og hvilke boligfunksjoner som ligger innefor det private arealet. En selvstendig bolig inneholder alle sentrale boligfunksjoner som WC, bad, kjøkken, stue og soverom innenfor boligens private areal. Bokollektiv har de fleste boligfunksjonene utenom soverommet utenfor boligens private areal, mens bofellesskap har enkelte boligfunksjoner innenfor privatarealet.

Målsettingen har vært å få til et variert tilbud med fleksible boliger, slik at man best mulig er i stand til å dekke de ulike behovene for omsorgsboliger.



71 prosent av de omsorgsboligene som ble godkjent i handlingsplanperioden ble registrert planlagt med felles-/serviceareal. 65 av de 71 prosentpoengene var knyttet til oppføring av nye omsorgsboliger.

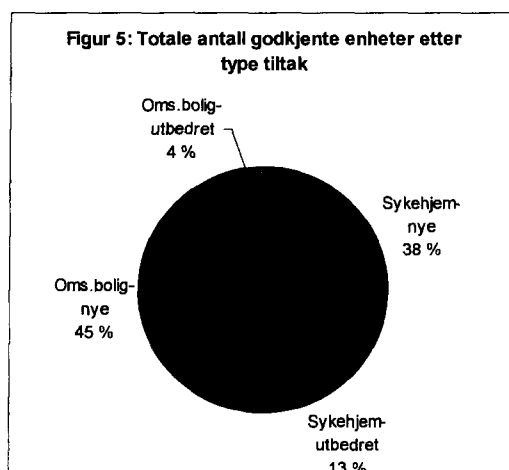


Som omtalt over dominerte selvstendige omsorgsboliger handlingsplanen de første årene. Husbanken stilte ikke krav til at omsorgsboliger skulle ha fellesareal, men anbefalte det for å stimulere til fellesskap. Husbanken fikk i de første årene flere rapporter om at i omsorgsboligprosjekter med fellesareal, ble fellesarealet i liten grad brukt. Kommunene har imidlertid etter hvert erfart fordelene med fellesareal, bl.a. at slike omsorgsboliger i større grad kan brukes av personer med stort hjelpebehov.

Andelen omsorgsboliger med felles-/serviceareal steg jamt fra ca 55 prosent i 1998 og opp til 85 prosent i 2001, for deretter å synke noe.

7.4 Oppføring av nye boenheter i forhold til utbedringer

I St.meld 50 Handlingsplan for eldreomsorgen ble det framhevet et klart behov for utbedring og standardheving i eksisterende aldershjem og sykehjem. I den opprinnelige handlingsplanen ble utbedringsbehovet beregnet til ca 20 prosent av det opprinnelige måltallet på 24 400 enheter, halvparten omsorgsboliger og halvparten sykehjemsplasser. I løpet av hele handlingsplanperioden ble snaut 6 600 enheter utbedret. I forhold til opprinnelig måltall utgjør dette 27 prosent, og 17 prosent i forhold til det utvidede måltallet, jf. figur 5. Når det gjaldt utvidelsen av handlingsplanen ble det imidlertid ikke satt noen mål for andel utbedringer.



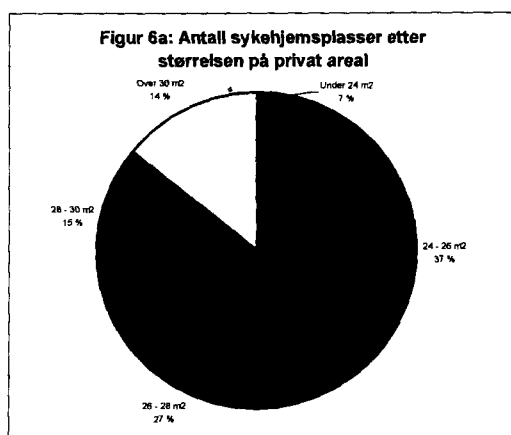
Målet om at 10 av de 20 prosentpoengene skulle utgjøres av sykehjem ble nådd med god margin (13 prosentpoeng), mens for omsorgsboligene ble ikke målet nådd.

Det hefter imidlertid en svakhet ved utbedringsstatistikken. I prosjekter som besto både av utbedrede og av nybygde boenheter, ble boenhetene samlet registrert som nybygg i de første årene av handlingsplanen. Det er derfor grunn til å anta at andelen utbedringer de første årene var høyere enn det som framkommer av statistikken, og dermed at det primært er tallene for omsorgsboliger som skulle vært justert opp.

7.5 Areal

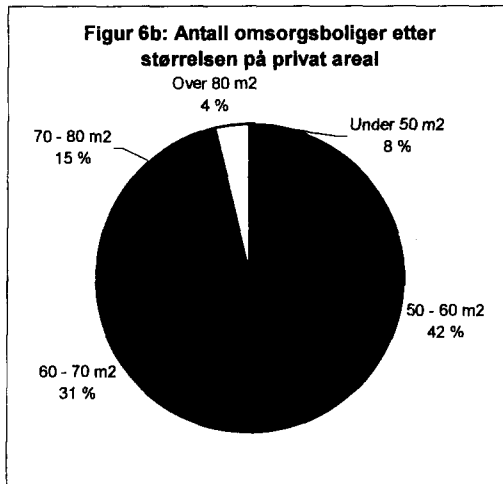
Som nevnt var det en viktig målsetting å få til et godt og variert tilbud, bl.a. med tilrettelagte boliger til bevegelseshemmede og orienteringshemmede. For sykehjem og til en viss grad omsorgsboliger var det f.eks. viktig å planlegge med plass til pleier. I omsorgsboliger som bygges som selvstendige boliger og bofellesskap kan dette løses enkelt. I løsninger med mindre privatareal som sykehjem og bofellesskap kan et for knapt areal gå utover viktige funksjonskrav.

For å ivareta funksjonskravene anbefalte derfor Husbanken et minstemål på 24 m² privatareal.



Av figur 6a ser vi at 7 prosent av sykehjemsplassene ikke oppfyller målet om minst 24 m² privatareal på en sykehjemsplass. Med privat areal eller kapasitetsgivende bruksareal menes boenhetens private areal, dvs privatrom pluss bad/WC og gang. Korridorer, fellesareal og personalrom er holdt utenfor.

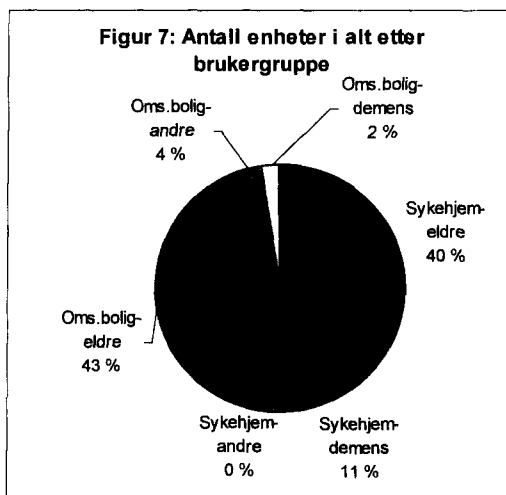
Hele 65 prosent av alle sykehjemmene er mellom 24 – 28 m². 14 prosent har over 30 m² privat areal.



Når det gjelder omsorgsboligene så er de fleste mellom 50 – 70 m2. Kun 4 prosent er over 80 m2, mens det bare er 8 prosent som er under 50 m2.

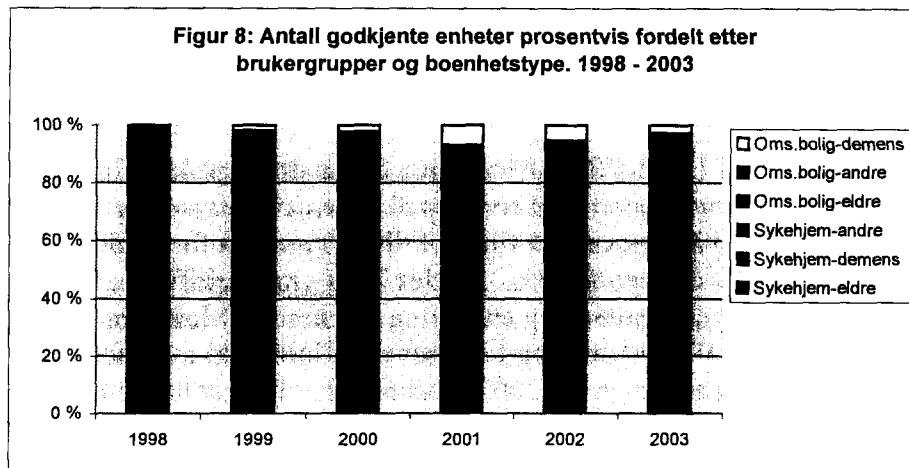
7.6 Brukergruppe

Målsettingen med investeringstilskuddene under handlingsplan, har vært å sette kommunene i stand til å bygge og utbedre omsorgsboliger og sykehjem til de som på grunn av alder, funksjonshemming eller funksjonsnedsettelse har behov for et slikt tilbud. Det har derfor vært åpnet for å inkludere andre grupper enn eldre med funksjonsnedsettelse. Dette gjelder f.eks. boliger til unge personer med funksjonshemninger, avlastingsboliger for barn og lignende. Omsorgsboliger tiltenkt personer med psykiske lidelser forekom også før opptrappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt i 1999.



Av figur 7 ser vi at vel 83 prosent av boenhetene ble planlagt for eldre, mens om lag 13 prosent av det totale antall godkjente boenheter var beregnet for demente. Imidlertid kom registreringen av denne brukergruppen først i gang i 1999, slik at boenheter beregnet for demente nok er høyere enn det som framkommer av figuren. Gruppen andre omfatter primært yngre funksjonshemmede og utgjorde 4 prosent, tilnærmet alle omsorgsboliger.

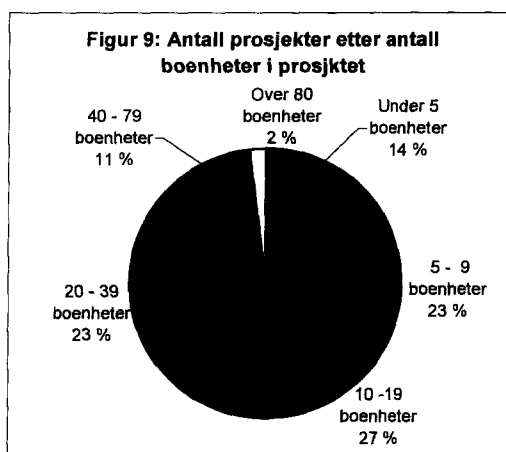
Som det framkommer av figur 7 ble det også bygget noe omsorgsboliger for demente i form av bokollektiv. På slutten av handlingsplanen gikk kommunene over til å bygge disse tilbudene som skjermede enheter i sykehjem..



7.7 Størrelse på prosjektene

Det er registret store forskjeller på utforming og størrelse, målt i antall rom, på de ulike prosjektene som har blitt godkjent. Mange kommuner har for eksempel bygd sykehjemmene samlet på et sted, mens andre bygger flere små sykehjem. Det er hevdet at små sykehjem gir større grad av hjemlighet, men vi har ikke undersøkelser som bekrefter dette. Av de største byene er det bare Trondheim som har satset på små sykehjem (max 24 enheter) bygd i de ulike bydelene.

Totalt ble det i handlingsplanperioden godkjent 1938 prosjekter som omfattet i alt 38 608 boenheter. Dette gir et gjennomsnitt på om lag 20 boenheter pr prosjekt. Av figur 9 ser vi imidlertid at 14 prosent utgjøres av svært små prosjekter - under 5 boenheter og at hele 23 prosent utgjøres av prosjekter med mellom 5 – 9 boenheter.



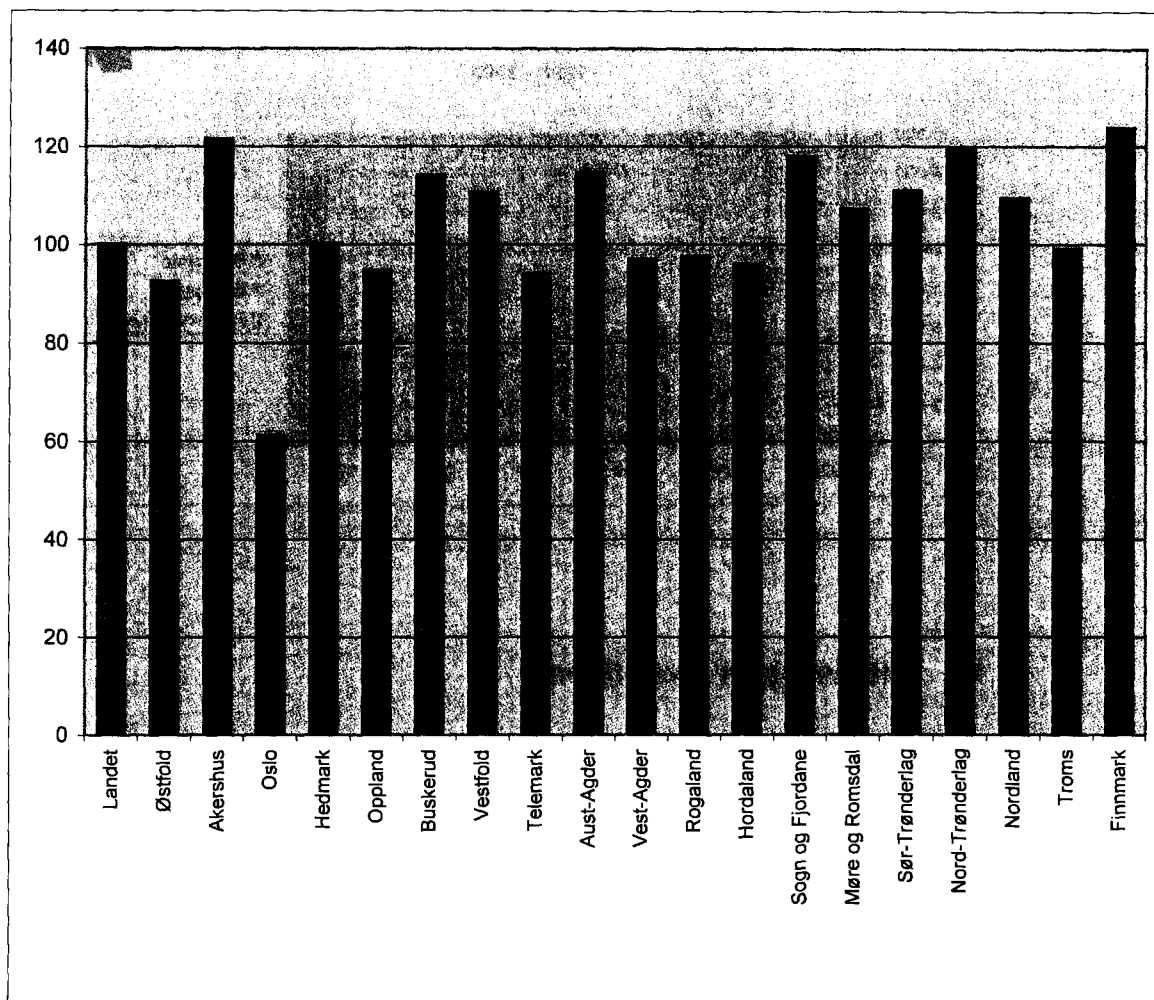
7.8 Geografisk fordeling av Husbankens investeringsmidler

Større likhet og en god fordeling av Husbankens investeringsmidler var en sentral målsetting i handlingsplanens siste del. Midtveis i planperioden så det ut til at det kunne bli store ulikheter i kommunenes bruk av tilskuddsordningen. For blant annet å sikre at kommuner med lavest dekningsgrad av heldøgns pleie- og omsorgsplasser får et bedre tilbud ble det lagt opp til en prioriteringsordning der fylkesmannen og fylkeslegen skulle

avgi en klar uttalelse til Husbanken hvorvidt prosjektet skal gis tilsagn. En fordelingsnøkkel (prosentvis fordeling av rammen til oppstartingsstilskudd mellom fylkene) skulle legges til grunn for fylkesmannens uttalelse og skulle også avspeiles i fordelingen til Husbankens regionkontorer.

Siden St.meld. nr 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplanen for eldreomsorgen, ble lagt fram, har dekningsgraden målt som antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger pr 100 innbygger på 80 år og over økt fra 17,9 til 19,0 prosent for landet som helhet. At dekningsgraden ikke økte ytterligere, skyldes i stor grad utskifting av gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse og etablering av enerom. Med unntak av Oslo ligger nå alle fylkene mellom 92 (Østfold) og 124 prosent (Finnmark) av landsgjennomsnittet (se figur 10). Fordelingsnøkkelen for 2002 innebar at det ble tatt større hensyn til de store byene. Således skulle nær 22 prosent av tilskuddet fordeles til Oslo og Akershus. I det siste året er det særlig for Akershus og Sør- Trøndelag at dekningsgraden har gått opp, men Oslo ligger fortsatt nede på det samme lave nivået som i perioden 1998-2001 (61 prosent). Her er et par større sykehjemsprosjekter med til sammen nærmere 250 plasser blitt lagt på is, og midlene som var tiltenkt disse prosjektene blir overført til andre fylker. I tillegg står 50 sykehjemsplasser ledig. Forholdet mellom personer over 80 år i Oslo i forhold til totalpopulasjonen i hovedstaden svarer omtrent til det tilsvarende landsgjennomsnittet (4,5 pst).

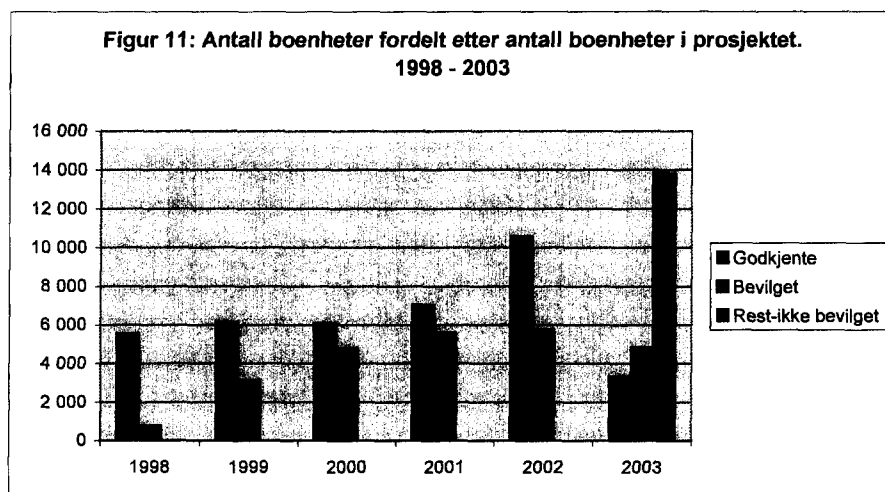
Figur 10: Fylkesvis tilsagn 1997-2003 pr 100 innbygger over 80 år i forhold til landsgjennomsnittet (100%)



7.9 Ferdigstilte boenheter

Av de i alt 38 608 godkjente enhetene, har Husbanken bevilget oppstartingstilskudd til 24 803 boenheter som ved utgangen av handlingsplanen allerede var ferdigbygd eller ferdig utbedret. Av disse var 41 prosent sykehjem og 59 prosent omsorgsboliger. Sammenliknet med tilsvarende fordeling godkjente boenheter i tabell 1, er det ferdigstilt relativt flere omsorgsboliger enn sykehjem. Dette henger sammen med at sykehjem tradisjonelt har en lenger ferdigstillelsesfase og at det særlig var i slutten av handlingsplanperioden det ble godkjent mange sykehjemsplasser.

Figur 11 under viser Husbankens tilsagn og bevilgninger i planperioden samt det antall tilskudd som gjenstår å utbetale.



8. Vurdering av kvaliteten

God kvalitet både på nybygging og ombygging har vært et viktig mål for handlingsplanen. For Husbanken handler kvalitet om omsorgsboliger og sykehjem som er funksjonelle for de som skal bo der og de som skal arbeide der og at de har en utforming som kan gi trivsel og bidra til bedre helse. Kvalitet kan sees på som en ramme om det livet som skal leves, og for mennesker som har eller sannsynligvis vil få nedsatte funksjoner må det planlegges med særlig omtanke .

8.1 Sykehjem: boliggingering av institusjon

Sykehjem skal både være et hjem og en institusjon for pleie. Dette representerer et dramatisk brudd med tradisjonell planlegging, og en betydelig utfordring for arkitektene som skal forme bygningene. Idealet er at boenhetene skal fungere og oppleves som private hjem. Samtidig må hensynet til personalets arbeidsmiljø og hensynet til driftseffektiviteten ivaretas. Fellesareal skal fylle en lignende trippelfunksjon. De mange funksjonene som sykehjemmet skal ha, gjør at arealeffektivitet av kostnadmessige årsaker blir et viktig hensyn i planleggingen.

Klarte man så å integrere alle disse hensynene i en god helhetsløsning? Svaret på dette må bli et betinget ja. I det store og hele var ombygging og nybygging under planperioden av gamle institusjoner etter Husbankens mening vellykket. Det er ikke tvil om at utbedring av sykehjem (og andre bygg) bidro til en vesentlig standardheving både for beboerne og personalet. Det klareste uttrykket for boliggingering er gode privatrom med bad og plass til egne møbler, enerom, organisering i små bogrupper med egne fellesareal og vektlegging på uteareal.

Samtidig fulgte en del sykehjem tradisjonelle modeller for institusjoner, noe som innebar lange midtkorridorer med enten beboerrom på begge sider eller beboerrom og lager/-serviceareal på den andre siden. Det er særlig de store institusjonene som er preget av de

lange midtkorridorene, mens sykehjem med færre enn 30 plasser ofte har ensidig korridorløsning, noe som gir mer lys og større trivsel.

Flere regionkontorer påpekte at arkitektkompetansen og forståelsen for "det nye sykehjemmet" i begynnelsen var mangelfull. På slutten hadde imidlertid mange arkitektkontor mer erfaring, noe som førte til en stor bedring i prosjektene.

I *eksisterende* bygg er det mange føringer som gjør det vanskelig å oppnå ideelle løsninger. I utbedringssaker oppsto mange dilemmaer og derfor var diskusjonen om løsningene ofte mer omfattende enn ved nybygg. "Gjennomgangsproblematikken" var et eksempel på det. Etter hvert ble det akseptert at det ofte ikke var mulig å unngå gjennomgang fra en avdeling for å komme til en annen. Utbedring førte i første rekke til en standardheving fra flersengsrom med felles toalett på gangen til enerom med eget bad.

8.1.1 Den nye typen sykehjem.

Hovedprinsippet i Husbankens anbefalinger var oppdeling i små bogrupper med eget oppholdsareal: spisekjøkken og stue. Det ser nå ut til at åtte til ni boenheter i en gruppe er langt på vei blitt en norm, noe som innebærer et stort sprang fra tidligere store avdelinger og aldershjem. For enkelte brukere kunne imidlertid en bogruppe med selv åtte bli for mange. Dette har blitt løst med en fleksibel planløsning hvor noen rom kunne skilles fra resten etter behov.

Det var en viss bekymring for at driften av sykehjem med små grupper ville bli dyre i drift. En rapport fra SINTEF "Nye sykehjemsmodeller - et bedre tilbud"⁷ viste imidlertid at dette ikke var tilfellet. På de undersøkte sykehjemmene ble arbeid som tidligere foregikk på sentralkjøkken og vaskeri, nå gjort i bogruppen. Personalet var dermed alltid i nærheten av beboerne, selv når de jobbet med andre ting. Undersøkelsen viste at sammenlignet med tall fra 14 andre sykehjem hvor oppgavene var mer sentralisert, var de nye sykehjemmene faktisk noe billigere å drive enn gjennomsnittet.

Desentraliserte løsninger bød imidlertid på store utfordringer for å holde gangavstandene nede. I tillegg burde to og to bogrupper kunne slås sammen slik at de kunne betjenes av én nattevakt. Det var vanskeligere for pleiere å overvåke flere små bogrupper enn når alle rommene lå på rekke og rad.

Erfaringene med å dele inn sykehjemsavdelingene i mindre grupper var nesten ubetinget positive. Rapporten fra SINTEF viste også at denne organiseringen ga bedre brukertilfredshet. Større nærhet mellom beboer og pleier opplevdes både av beboer og pårørende som en kvalitetsheving. Pårørende erfarte at det var lettere å bli kjent med de ansatte og at det var hyggeligere å komme til sykehjemmet samtidig som beboerne følte seg tryggere.

Ved *utbedring* av eksisterende bygg er inndeling i små grupper ofte vanskelig å få til. Av den grunn er det større variasjon i gruppestørrelsene i ombyggingsprosjektene enn i nye

⁷ Høyland, "Ny sykehjemsmodell – et bedre tilbud", SINTEF 2001

prosjekter. Gruppens avgrensning blir heller ikke så tydelig. En åpen brannør midt i en korridor kan være eneste fysiske markeringen mellom en gruppe og en annen.

8.1.2 Størrelsen på boenhetene.

Når størrelsen på boenhetene har vært mye diskutert, er det fordi mye av kjernen i den nye boliggyringsideologien kommer til uttrykk her. Dette er den siste private skanse og kanskje det eneste stedet på sykehjemmet hvor beboerne selv kan sette sitt preg.

Husbankens var tidlig urolig for at minimumskravene/anbefalingene skulle bli normen. Senere statistikk viste imidlertid at 37 prosent lå på 24 eller 25 m², mens hele 56 prosent lå på over 25 m². Dette er tilstrekkelig til å gi både gode møbleringsmuligheter og arbeidsforhold. En ergonomirapport utarbeidet for Bergen kommune i 2003⁸ anbefalte da også at den generelle størrelsen på beboerrom burde økes til ca. 28 m². Anbefalingen om å bygge noen større enheter som kunne brukes til for eksempel ektepar, ble imidlertid bare fulgt av noen få.

Krav om eget rom med eget bad var ufravikelig, også ved utbedring. Tilbakemeldinger tydet på at de fleste badene syntes å fungere greit. Ergonomirapporten fra Bergen kommune bekreftet også at arealet på badene var tilstrekkelig.

Ved *utbedring* av rommene valgte man ulike løsninger. Tre rom som ble slått sammen til to ga ofte store, gode rom. En annen vanlig måte var å utvide ut i korridor. Det ga plass til bad med god standard. Ulempen var at korridoren kunne bli trang, særlig hvis dette skjedde på begge sider av korridoren.

8.1.3 Boenhetene - også en arbeidsplass

Utviklingen har vist at beboere i sykehjem trenger mer omfattende og kompleks pleie enn tidligere. Samtidig har pleiepersonalet fått tilført nye oppgaver med den nye modellen for sykehjem.

Ergonomirapporten fra Bergen kommune påpekte da også en rekke områder med forbedringspotensiale og kom med detaljerte anbefalinger. Den generelle størrelsen på beboerrom ble som nevnt ovenfor foreslått økt til ca. 28 m² for å gi bedre plass til hjelpemidler. Husbankens anbefalinger når det gjaldt størrelse på bad burde følges og samtidig ble det understreket at badet burde være kvadratisk. Badet burde også utføres etter ergonomiske prinsipper for å stimulere beboerne til egenaktiviteter og lette arbeidet for pleierne. En hovedkonklusjon i rapporten var ellers at bogrubbens logistikk, utforming og romfunksjoner måtte bedre tilpasses det økende behovet for fleksible og funksjonelle løsninger.

Flere fylkesmenn har nevnt i sine sluttrapporter at erfaringer tydet på at moderne, hensiktsmessige og trivelige bygg også kan være en viktig faktor i forhold til rekruttering av personell.

⁸ Danielsen, Morvik og Rokne: "Ergonomisk kartlegging, analyse og vurdering for utarbeidelse av ergonomiske krav og tiltak i planlegging av nye og rehabilitering av eldre sykehjem", Bergen kommune og Ergokonsult AS, 2003

8.1.4 Fellesarealer

Ideologien om boliggjøring av sykehjem ble symbolisert ved lukten av nybakt brød og vafler. Fellesrommene burde ligge sentralt og orientert mot steder der ting skjer. Skjermede, stille sittegrupper blir ikke brukt, var konklusjonen i rapporten "Fellesarealer i sykehjem og omsorgsboliger".⁹

Det ble vanlig å plassere fellesrommene sentralt i bogrupperen. Av og til ble fellesrommene fordelt på begge sider av en midtkorridor med gode muligheter for funksjonsdeling og gjennomlys. I noen tilfeller hvor fellesrommene var plassert sentralt i bygget ble de relativt mørke fordi de av plasshensyn fikk liten vindusflate. Fellesareal i form av stue eller kantine/spisesal for hele sykehjemmet var kjent fra eldre institusjoner.

De "beste" sykehjemmene fikk tilrettelagt spisekjøkkenet slik at beboerne skal kunne delta i, eller følge med i det som foregikk på et kjøkken fra vaffelsteking til å dekke bord. En del kjøkken i nye sykehjem fikk derfor åpen forbindelse til spiseplassen og med en arbeidsbenk som kunne nås fra to sider. De fleste fikk spiserommet i nær tilknytning til kjøkkenet. Mange kommuner hadde imidlertid sentralisert så godt som all mattilberedning, og oppfattet Husbankens anbefaling som unødvendig.

Fellesarealene skal både kompensere for lite privatareal, og samtidig ha en svært viktig sosial funksjon. På dette området ble det registrert en markert forbedring. Fra å være helt nede på 5 til 6 m² pr beboer i begynnelsen av handlingsplanen (av og til enda mindre) ble 8 til 10 m² vanlig. Kvaliteten og brukbarheten på fellesarealene varierte fortsatt mye og det tenktes ofte tradisjonelt. Mest areal ble fremdeles satt av til "stue" og mindre til "spisestue" selv om måltidene er svært viktige og tar lang tid.

Innredning, belysning og utsmykning ble ofte moderne og fremmed for mange av de eldste. Svært få kommuner tok seg råd til å få profesjonell bistand til innredning av fellesareal.

Mange eldre sykehjem fikk store fellesareal, men ikke nødvendigvis der de er ønsket etter nye idealer, dvs. på gruppenivå. I *utbedringprosjekter* var en fleksibel vurdering av størrelsen og plasseringen av oppholdsareal nødvendig for å få til et rimelig godt resultat og tilbakemeldinger tydet på at dette fungerer bra. Utviklingen var klart positiv både når det gjelder størrelse og utforming av fellesarealene.

8.2 Biform for aldersdemente

Kunnskapene om mennesker med demens og deres behov har økt i de siste årene. Det har vist seg at en stor del av beboerne på dagens sykehjem er demente. Under handlingsplanen ble det derfor bygd flest tilbud for demente i sykehjem (skjermede enheter), og relativt få i bokollektiv/omsorgsboliger. For å skaffe kunnskaper om god

⁹ Høyland, Denizou, Christophersen: "Fellesarealer i omsorgsboliger og sykehjem", prosjektrapport, SINTEF/Byggforsk, 2003

fysisk tilrettelegging for personer med demens, samarbeidet Husbanken med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

”Fysisk tilrettelegging av miljø har vist seg å ha effekt i forhold til personer med demens” har Torild Holte fra kompetansesenteret som har evaluert¹⁰ et prosjekt i Troms uttalt. Oversiktlige løsninger som gjør det lett å orientere seg er det beste fordi orienteringssansen hos personer med demens er svekket. Løsninger med lange korridorer er dårlig egnet, og kan skape frustrasjon fordi det er vanskelig og finne fram. Nordreisa kommune tok utfordringene på alvor og bygget et sykehjem som planmessig var meget godt tilpasset behovet til personer med demens. Til tross for mye oppmerksomhet var det få som gjennomførte prosjekt av denne typen.

Kvaliteten på de skjermede enhetene i store sykehjem, ble stort sett som i sykehjemmet ellers. Var det tosidige løsninger og lange korridorer, så ble den skjermede delen for demente det samme. Etter Husbankens oppfatning ville det likevel under alle omstendigheter være et skritt i riktig retning dersom ethvert nytt/utbedret sykehjem kunne få en planløsning slik at det var lett å finne frem fra eget rom til fellesareal.

Små sykehjem og bokollektiv for mennesker med demens hadde større muligheter til å tilrettelegge bedre i forhold til behov. Det gjaldt både planløsning, størrelse på privatrom, fellesareal og uteareal.

Selv om kunnskapene økte bl.a. blant arkitekter, så Husbanken mange eksempler på uheldig valg av materialer og farger. Mønstrede overflater virker forvirrende for demente og mørke flater kan oppleves som mørke hull. Også motlys gjør det vanskelig å oppfatte rommets begrensende overflater slik at lange korridorer med vindu i enden vil være et problem.

Husbanken har støttet arbeidet med å utvikle sansehager eller terapeutiske hager for demente. Erfaringen var at slike hager var like attraktive for ”ikke demente” (jf. omtale under ”utearealer”)

8.3 Omsorgsbolig

8.3.1 Variasjon av bygningstyper og boformer

Omsorgsboliger ble bygd med en stor variasjon i bygningstyper. Mens blokkbebyggelse var vanligst i store og mellomstore byer, var en-etasjes ”rekkehuslignende” bygninger vanlig på mindre steder. Selvstendige boliger og bofellesskap fikk stort sett gode planløsninger og funksjonell standard. Erfaringene var at sovealkove fungerte bedre enn soverom fordi det ga bedre manøvreringsplass for rullestol og andre hjelpemidler.

¹⁰ Holthe: ”Kryss i taket - Evaluering av boenheter for personer med demens i Nordreisa kommune”, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Bokollektivenes privatareal varierte fra ca 24 – 34 m². Husbanken mente at 24 m² var for knapt, selv om bokollektiv i første rekke ble brukt til personer med demens.

8.3.2 Fellesareal

Bofellesskap og bokollektiv har alltid et fellesareal som kompenserer for manglende areal/funksjoner i privatenheten. Mange selvstendige omsorgsboliger ble også bygd med fellesareal eller hadde tilgang til fellesareal (kafé, kantine o.l.) i et nærliggende sykehjem. Det er heller ikke uvanlig at en boenhet blir brukt til fellesrom og som base for hjemmetjenestene eller liknende. Som regel er fellesrommene romslige i disse prosjektene. Det gir også stor fleksibilitet fordi boenheten relativt enkelt kunne konverteres til en bolig.

Variasjonen i størrelse og utforming av fellesarealene er stor. I de fleste bofellesskap blir privatenheten på over 40 m² slik at plass til viktige bofunksjoner er tatt vare på. Fellesarealet kom derfor som et rent tilleggsareal. Noen bofellesskap har fått uklar funksjonsdeling mellom privatenheten og fellesarealet. Det gir seg f.eks. utslag i størrelsen på kjøkkenet i privatenheten, men også i møbleringsmulighetene i fellesarealene. Spesielt tydelig blir dette i bofellesskap uten fast bemanning.

8.3.3 Omsorgsboliger som arbeidsplass

Omsorgsboligen er som sykehjemmet tjenesteapparatets arbeidsplass. Ansattes arealbehov ble imidlertid i liten grad vektlagt. Husbankens omsorgsstandard (utvidet livsløpsstandard) er til en viss grad tatt hensyn til ”plass” til pleier. Særlig gjelder dette i baderommet.

8.3.4 Hvem bor i boligene?

Omsorgsboliger er i større grad enn de tradisjonelle trygdeboligene rettet inn på å skulle fungere som alternativ til institusjon. De representerer et mellomnivå i pleie- og omsorgstjenesten.

Begrepet ’omsorgsbolig’ har skapt både forventninger og forvirring. Det kan skyldes dårlig informasjon fra kommunene kombinert med forventninger fra brukere og pårørende om fast bemanning. Flere kommuner bruker også omsorgsboligene som en fysisk godt tilrettelagt bolig uten å sørge for trygghet/tjenester ved behov. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har imidlertid oppsummert at den skepsis omsorgsboligene ble møtt med i begynnelsen, avtok i takt med gode erfaringer.

I deler av pressen ble det framsatt påstander om at utbygging og bruk av omsorgsboliger var forfeilet fordi stort sett bare friske eldre bodde i omsorgsboligene. En del boligbyggelag hadde i forbindelse med problemer med omsetning av boligene brukt formuleringer i annonser som kunne ha gitt næring til dette.

I en rapport¹¹ utført av Agenda for Husbanken opplyste kommunene at tunge brukergrupper som eldre med omfattende funksjonssvikt, beboere innenfor psykiatri, utviklingshemmede og aldersdemente utgjorde en stor andel av gruppene. I de kommunale utleieboligene som er den mest dominerende eieformen, utgjorde disse gruppene over 70 prosent. Undersøkelsen viste også at det er forskjell i beboersammensetning etter eieform. Kommunene brukte kommunale utleieboliger for eldre med omfattende funksjonssvikt, demens eller kroniske sykdommer, borettslag for eldre med moderat funksjonssvikt og "friske" eldre og andre utleieformer for utviklingshemmede. Gruppen som kommunene definerte som "friske" eldre utgjorde gjennomsnittlig kun 3 prosent av beboerne i de kommunale omsorgsboligene og 11 prosent totalt. Legger vi til eldre og funksjonshemmede med moderat funksjonssvikt vil den gjennomsnittlige andelen av forholdsvis "lette" beboergrupper i kommunale utleieboliger ikke være høyere enn en fjerdedel.

En undersøkelse fra NIBR¹² anslår at ca 30 prosent av beboerne i omsorgsboliger hadde et pleiebehov tilsvarende det som gis i sykehjem.

Ut fra disse undersøkelsene ser det ut til at omsorgsboligene i hovedsak blir brukt i tråd med intensjonene, dvs langs hele skalaen fra mindre funksjonssvikt til tilnærmet ren sykehjemsfunksjon.

8.3.5 Ulike modeller for omsorgsboliger

I følge avslutningsrapporten om handlingsplanen fra fylkesmannen i Buskerud ble det bygd ulike typer omsorgsboliger i Buskerud; både små frittliggende rekkehus og omsorgsboliger i bofellesskap som kan gi det samme tilbudet som i et tradisjonelt sykehjem.

I følge fylkesmannen i Nord-Trøndelag har det blitt bygd 20 prosent selvstendige omsorgsboliger uten fellesareal i fylket. Disse er i stor grad samlokalisert i grupper i tilknytning til eldresenter eller sykehjem. 80 prosent er innpasset i bofellesskap eller bokollektiv, med fellesareal og til dels fast bemanning. 36 prosent av alle omsorgsboliger som er eller vil bli oppført, vil bli tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg, dvs. tilnærmet sykehjemsstandard.

Den store forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem er at omsorgsboligen i utgangspunktet ikke har en fast grunnbemanning. Men mange omsorgsboliganlegg har institusjonslignende trekk; kollektive boformer, stasjonært personale og tekniske fasiliteter som gjør det mulig å konvertere dem til sykehjemsavdelinger og gi omsorg til sterkt hjelpetrequende om nødvendig.

¹¹ "Omsorgsboliger - utredning av eierformer, tildelingsrutiner og husleiefastsettelse", Agenda Utredning & Utvikling, 2002.

¹² Brevik: "Handlingsplan for eldreomsorgen - kommunens vurdering av planen som redskap i utbygging av omsorgstjenestene. Resultater av en spørreundersøkelse", NIBR, notat 2003:114

Under handlingsplanen ble omsorgsboligene også sett på som en mellomløsning mellom opprinnelig bolig og eventuelt institusjon. Hvordan dette vil utvikle seg er vanskelig å si. Det vil bl.a. avhenge av en eventuell klargjøring av sykehjemmets rolle.

Husbanken erfarer at det var store kommunale forskjeller på hvilket bistandsnivå de personer som fikk tildelt omsorgsboliger har. Kommuner med lav sykehjemsandel har gjerne større andel personer med store pleie- og omsorgsbehov i omsorgsboligene. En del av de eldre i omsorgsboligene har ikke nødvendigvis et stort pleie- og omsorgsbehov, men et trykghetsbehov.

Det er ikke gjort undersøkelser som gir en oversikt over graden av pleiebehov for beboerne i alle omsorgsboligene som ble bygd. Dette vil også variere over tid. Eldre beboere med lite behov for bistand i dag, vil på et senere tidspunkt kunne ha større behov.

8.4 Utearealer – opparbeidelse og utforming.

Nyere forskning legger vekt på at utearealer kan ha stor terapeutisk betydning. I rapporten "Nytt for eldre"¹³ sies det at felles uteareal var lavt prioritert tidligere og at det har vært manglende forståelse for betydningen av disse arealene. Kari Høyland sier i en artikkel at det er stor forskjell på hvor mye sykehjemsbeboere bruker utearealene. Dette har sammenheng med klimavariasjoner, men først og fremst er det avhengig av hvor lett tilgjengelig utearealene er. Der det var fine uteplasser rett utenfor døren, verdsatte både ansatte og beboere plassen høyt.

Tilgjengelighet til egnet uteareal ble derfor vektlagt i mye større grad enn tidligere og Husbanken stilte krav om at det skulle være utarbeidet utomhusplaner som skulle følge søknadene. Mange av disse planene var gode og detaljerte både med hensyn til opparbeidelse og beplantning. Det ble imidlertid ikke stilt strenge krav til standard eller til gjennomføring slik at resultatet varierte mye.

Store variasjoner er det også på størrelsen og tilgjengeligheten til utearealene. På trange tomter ble utearealet ofte begrenset til balkonger og/eller terrasser. Sykehjem i flere etasjer kommer generelt dårligst ut. Bortsett fra mindre balkonger eller terrasser med atkomst direkte fra felles oppholdsrom, er utearealene på bakkeplan eller på taket ikke lett tilgjengelig for beboere flest.

Selvstendige omsorgsboliger har som regel egne balkonger og uteplasser på lik linje med vanlige boliger. De beste eksemplene på uteareal så vi i forbindelse med mindre sykehjem og bokollektiv/bofellesskap.

Utearealenes betydning for livskvaliteten til personer med demens har fått spesiell oppmerksomhet. Det har blant annet resultert i et prosjekt om terapeutiske hager som Husbanken, Det norske hageselskap og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens samarbeider om. Prosjektet fokuserer på den verdien som et spesielt tilrettelagt uteanlegg med bl.a. vandreruter har på den daglige livskvaliteten for personer med demens. Prosjektet er ikke ferdig, men det er utgitt en veileder. Husbanken har fått melding om at

¹³ Christophersen: "Nytt for de eldre - Utforming, løsning og dimensjonering av sykehjem", Byggforsk, prosjektrapport 240:1998

hageprosjekt blir satt i gang flere steder i landet. Bestyreren på en stor institusjon i Bergen uttalte at demente beboere var blitt roligere etter at de kunne gå ut og inn som de selv ønsker. Andre tilbakemeldinger er at sansehager eller terapeutiske hager viser seg å være like attraktive for "ikke demente".

8.5 Lokalisering.

8.5.1 Generelt

Nye sykehjem og omsorgsboliger som kan planlegges uavhengig av eksisterende bygningsmasse har det beste utgangspunktet. Tomter som er sentralt plassert i lokalsamfunnet er attraktive, men ikke alle kommuner hadde så mange valgmuligheter. Innenfor en og samme kommune kunne det være store forskjeller på hvor godt egnet tilgjengelige tomter egentlig var.

Sykehjem og boliger som ble sentralt lokalisert, vil gi nærhet til service og gjøre det lett for pårørende å stikke innom. Mange steder var det imidlertid blitt knapphet på uteareal fordi bygningsstrukturen i området krevde høy utnyttelse av tomten.

8.5.2 Sykehjem

I mange sykehjemsprosjekt var utgangspunktet en utbedring av en eksisterende institusjon med mange flersengsrom. Ved utbedring fikk man en reduksjon av kapasiteten som ofte ble erstattet med et tilbygg, gjerne som et av flere utbyggingstrinn. Dersom også omsorgsboliger ble bygd tett inntil sykehjemmet var resultatet en svært kompleks bygningsmasse. Dette førte til at det i mange store anlegg er vanskelig å orientere seg både inne og ute.

Husbanken observerte mange store anlegg hvor påbygg gjorde at tomtene ble hardt utnyttet og mulighetene for gode uteoppholdsarealer ble tilsvarende redusert. Internt ble denne type sykehjem preget av et mangfold av korridorer i forskjellige retninger. Dette er lite forenlig med kravet om tilrettelegging for orienteringshemmede eller med idealene om et hjemlig preg.

8.5.3 Omsorgsbolig

Langt på vei ble omsorgsboligene bygd der folk ville bo, dvs. sentralt. Tendensen var klar på at brukerne selv ville bo sentralt dersom de først måtte flytte.

De fleste omsorgsboligene er lokalisert i vanlige boligstrøk. Men det er også vært svært vanlig å samlokalisere omsorgsboligene med sykehjem eller sentral for hjemmetjenestene.

For å imøtegå noen av de negative sidene ved samlokalisering, anbefalte Husbanken at boligene ikke skulle bygges fysisk sammen med sykehjemmet. Dette ble imidlertid av mange kommuner vurdert som upraktisk og lite brukervennlig i de tilfellene hvor beboerne av boligene var hyppige brukere av tjenester og tilbud i sykehjemmet. Det ble derfor bygd mange korridorer mellom boligene og sykehjemmet. De uheldige sidene er økt kompleksitet og mindre oversikt, ofte kombinert med dårlige estetiske løsninger.

En del eksempler på lokalisering utfordret målsettingene om boligpreg og hjemlig miljø. Særlig gjaldt dette boliger som ikke bare var samlokalisert, men helt integrert i et sykehjem; som en arm av flere på en "blekksprut". I sin utforming er disse boligene tilnærmet identisk med en hvilken som helst annen bogruppe på sykehjemmet. Forskjellene mellom bolig og institusjon er i stor grad forsvunnet fra de fysiske omgivelsene.

Et eksempel på en god samlokalisering er et lite sykehjem integrert i et bykvartal med næringsareal på gateplan og som ellers omfatter omsorgsboliger i form av både borettslag- og selveierleiligheter. Her er langt på vei institusjonspreget borte.

Det var få omsorgsboligprosjekter med perifer beliggenhet. I ett tilfelle resulterte beliggenheten i at boligene bare kunne tildeles relativt friske og oppegående personer. Det ble for dyrt og upraktisk for kommunen å betjene bofellesskapet med 8 personer langt fra basen til hjemmetjenestene. Løsningen ble å bygge et tilsvarende bofellesskap på nabotomten til sykehjemmet/tjenestebasen, samtidig som tjenestene ble omorganisert.

8.6 Utbedring eller nybygging

Utbedring dreide seg i hovedsak om sykehjem og aldershjem, men også i noen grad serviceboliger. Aldershjemmene ble i første rekke bygd om til omsorgsboliger, og bare unntaksvis til sykehjemsplasser. Det finnes noen få eksempler på utbedring/bruksendringer, f.eks. en barnehage som ble bygget om til omsorgsboliger. I Sandefjord ble en sjømannsskole bygd om til omsorgsboliger. I Oslo ble en rekke trygdeboliger utbedret og gjort tilgjengelig for rullestol.

Utbedring av sykehjemsplasser til en funksjonell standard var komplisert og kostbart. Husbankens retningslinjer framholdt at tilskudd ikke skulle gis dersom det var mulig å utbedre til en driftsmessig god standard med lavere kostnader enn ved nybygg. Til tross for de høye kostnadene ble et stort antall sykehjemsplasser utbedret.

I tillegg til flersengsrom og store kantineknende fellesrom var et gjennomgående trekk ved gamle sykehjem at det var behov for bedre ventilasjon, mangel på egnede lagringsplasser og dårlige arbeidsmiljøforhold for personalet. En oppgradering av de tekniske anleggene får f.eks. stor betydning for både arbeids- og innemiljøet. Å gjøre større bygningsmessige endringer som å flytte atkomster, trapper og heiser er imidlertid svært kostbart.

I sluttrapporten fra fylkesmannen i Buskerud ble det understreket at det hadde vært et stort behov for opprustning av bygningsmassen i de aller fleste kommunene. Små trange rom, bad og wc på gangen på deling blant beboerne var før handlingsplanen relativt vanlig på mange alders- og sykehjem.

8.7 Brannsikkerhet

Brannsikkerhet var en stor utfordring. I følge SINTEF er dødshyppigheten som følge av brann nesten fire ganger høyere hos den eldre del av befolkningen enn de under 70 år. Dette gjelder uavhengig av bosted. En omsorgsbolig er ment å være en bolig der

mennesker kan bo livet ut. Det betyr at de skal kunne bli boende til tross for at de ikke er i stand til å rømme ved egen hjelp.

Omsorgsboligene ble i stor grad bygd som større bygninger med mange boenheter. Kombinasjonen av beboere med liten eller ingen mulighet til å bringe seg selv i sikkerhet og bygningskomplekser med mange boenheter ga en langt mer alvorlig situasjon enn om hver og en bor i små bygninger, f.eks. eneboliger.

I 1997 ble Plan- og bygningsloven (PBL) med forskrifter gjenstand for en større revisjon. Teknisk forskrift til PBL innførte begrepet risikoklasser. Risikoklassene tar hensyn til menneskets funksjonsevne, bl.a. om beboer er i stand til å rømme ved egen hjelp eller ikke.

Veiledning til teknisk forskrift plasserte omsorgsboliger i risikoklasse 4, dvs. som vanlig bolig, men med den presisering at hvis beboerne ikke er i stand til å bringe seg selv i sikkerhet uten assistanse, må bygget plasseres i risikoklasse 6. Husbanken tok inn denne presiseringen i sin veileder i 1998. I 2001 kom det inn i retningslinjene at omsorgsboliger burde plasseres i risikoklasse 6, men at risikoklasse 4 kunne aksepteres med supplerende tiltak som boligsprinkling m.m. En rapport vedrørende brannsikkerhet i omsorgsboliger¹⁴ konkluderte med at 8 av 10 omsorgsboliger har for dårlig sikkerhet i forhold til brann. Størstedelen av boligene i undersøkelsen var imidlertid planlagt eller bygd før 1997. I rapporten gikk det også fram at det hadde skjedd en forbedring av den branntekniske standarden i omsorgsboliger på bygninger oppført etter 1997. Flere kommuner har tatt tak i problemstillingen og har planer om å gjennomføre tiltak som vil bedre brannsikkerheten i eksisterende omsorgsboliger.

Rapporten understreker imidlertid at dette er enkelttilfeller og ikke tilstrekkelig på landsbasis. Etter Husbankens oppfatning bør det iverksettes tiltak for å oppnå tilfredsstillende brannsikkerhet i bygninger som er tilrettelagt for personer med pleie- og omsorgsbehov.

8.8 Ny teknologi

Det er store forhåpninger til moderne teknologi (smarthusteknologi) som virkemiddel i pleie- og omsorgstjenestene. Fokus er først og fremst rettet mot økt sikkerhet og trygghet for den enkelte beboer. Den nye teknologien har en rekke bruksområder bl.a. omgivelseskontroll som automatisk styring av lys og varme, sikkerhetsalarmer og varsling m.m.

I forbindelse med handlingsplanen holdt NELFO (Norge Elektroentreprenørforbund) en rekke informasjonsmøter for kommunene og bransjen hvor også hvor Husbanken innledet om handlingsplanen. Husbanken deltok i et samarbeidsprosjekt for utarbeidelse av livsløpskrav for elektrotekniske installasjoner med relevans for sykehjems- og omsorgsboligutbygging. Smarthusteknologien er også i noen grad tatt i bruk i omsorgssektoren som en integrert del av kommunenes hjemmebaserte pleie- og omsorgstilbud. Flere kommuner har installert ny teknologi i omsorgsboligene, mens det ut fra vår erfaring er mindre brukt i sykehjem. Det ser imidlertid ikke ut til at teknologien er

¹⁴ "Brannsikkerhet i "omsorgsboliger" - Resultater fra kartlegging av brannsikkerheten i boliger som benyttes til pleie- og omsorgsformål - 2003", Rapport fra Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, Tønsberg oktober 2003

benyttet i vesentlig grad i handlingsplanperioden. Årsakene til det kan være flere. Utviklingen på teknologiområdet skjedde raskere enn arbeidet med å lovregulere området, standardisere løsningene og gjøre dem mer brukervennlig. Spørsmål knyttet til etiske og personvernmessige hensyn rundt overvåking- og alarmsystemer gjorde at en rekke kommuner kviet seg for å satse på slike løsninger. Det var også vanskelig for kommunene å få nøytral informasjon om bruk av teknologien. Det eksisterer få evalueringer om bruk/nytteverdi. Kommunene var derfor prisgitt veiledning fra leverandører.

9. Kostnader

En av Husbankens oppgaver i forbindelse med eldreplanen var å fokusere på kostnadene og kostnadsreducerende tiltak. SOS presiserte tidlig i rundskriv til kommunene at det var en betingelse at prosjektene var nøkterne med hensyn til standard og kostnader.

9.1 Driftskostnader kontra investeringskostnader

Når det gjelder sykehjem så er det driftskostnadene knyttet til tjenestetilbudet i sykehjemmet som er dominerende. Investeringskostnadene (renter og avdrag) utgjør en relativt liten andel av kommunens utgifter (ca 20 prosent). Dette er viktig å ha klart for seg fordi innsparinger i investeringskostnader som medfører mindre hensiktsmessige løsninger og høyere driftsutgifter vil være svært uøkonomisk på litt sikt.

På samme måte vil enkelte kostnadsreducerende tiltak lett kunne komme i konflikt med flere av de sentrale målsettingene om en kvalitativ bedre eldreomsorg som handlingsplanen skulle fremme, f.eks. tilfredsstillende sanitærforhold, tilgjengelighet for bevegelsehemmede, funksjonell utforming og størrelse på sykehjemsrommet som hindrer belastningsskader på pleiepersonellet og gir mulighet til hensiktsmessig møblering osv. Erfaringene fra mange kommuner er at det er lite fremtidsrettet å satse på halvgode og dårlige løsninger som innen relativt kort tid igjen må gjennomgå nye kostbare oppgraderinger.

Dette tilsa at Husbanken var forsiktig med å foreslå kostnadsbesparende tiltak på investeringssiden uten at de driftsmessige konsekvensene av tiltakene var klarlagt.

9.2 Husbankens kompetansebase og -behov

Husbanken hadde gjennom mange år opparbeidet kompetanse på kostnadsvurdering av småhus og vanlig blokkbebyggelse. Denne kompetansen kunne nyttiggjøres i den løpende saksbehandlingen av mange av omsorgsboligprosjektene.

Når det gjelder større sammensatte omsorgsboligprosjekter og sykehjemsprosjekter hadde ikke Husbanken tilsvarende kompetanse. Disse prosjektene er betydelig mer kompliserte når det gjelder kostnadsstyring – spesielt fordi en så stor andel av prosjektene gjaldt utbedring og ombygging eller en kombinasjon av ombygging og nybygg. På denne bakgrunn engasjerte Husbanken eksterne kompetansemiljøer til å se på kostnadsproblematikken – særlig i sykehjem.

I prosjektet "Kostnader og markedsvurderinger ved bygging av omsorgsboliger"¹⁵ konkluderer Asplan Viak med at det i første rekke var forhold knyttet til selve prosjekterings- og byggeprosessen som virket fordyrende på omsorgsboligprosjekter. Investeringsstilskuddene (oppstartingsstilskuddene) i seg selv virket ikke spesielt kostnadsdrivende.

Prosjektet "Kostnader ved oppføring av sykehjem"¹⁶ ble utført av Holte Prosjekt i samarbeid med SINTEF i 1997-1998. Det overordnede målet var å analysere sammenhengen mellom kostnader, arealbruk og kvalitet. Bakgrunnen for prosjektet var – som det også ble påpekt i St.meld.nr. 50 – at Husbankens statistikk viste til dels store kostnadsvariasjoner i byggekostnader pr. sykehjemsplass.

I St.meld. nr. 50 ble det også påpekt at det i så stor grad som mulig burde velges "rimelige standardløsninger" i utbyggingen. Holte/ SINTEF-prosjektet ga imidlertid ikke klare svar på hva som var "rimelige standardløsninger". En fant med andre ord ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner med hensyn til bygningstype, størrelse eller konstruksjonstype og hvilke konsekvenser dette hadde for prosjektkostnadene. Arealoptimalisering og nøye vurdering av arealbehov ble derimot trukket fram som det viktigste elementet for å oppnå kostnadseffektive prosjekter. Hovedkonklusjonen i rapporten er derfor å understreke viktigheten av prosjektstyringen slik at arealeffektiviteten blir så god som mulig.

Som også rapporten påpeker manglet det ved handlingsplanens begynnelse gode maler og eksempler for planleggere og utbyggere. På bakgrunn av dette ble det derfor utarbeidet en veileder for omsorgsboliger og sykehjem i 1998 og to eksempelsamlinger utgitt i henholdsvis 1998 og 2001. Målet med eksempelsamlingene var å gi ideer, innsikt og impulser til planleggerne av omsorgsboliger og sykehjem. I eksempelsamlingene blir det presentert ulike boformer, organiseringsformer, eierformer, lokaliseringsformer, planløsninger og prosjektkostnader.

Å øke intern kompetanse for å vurdere prosjektkostnader ble en prioritert oppgave for Husbanken. Høsten 1999 ble det derfor utarbeidet en handlingsplan basert på anbefalinger fra rapporten. Handlingsplanen var satt opp med 10 punkter, der noen omhandlet kostnadsproblematikken mot omsorgsboliger og sykehjem mens andre punkter tok for seg en mer generell kompetanseheving på kostnadssiden. Som nevnt nedenfor lyktes Husbanken bare i liten grad med denne kompetansehevingen.

Rapporten anbefalte videre Husbanken å anskaffe et EDB-system for vurdering og sammenstilling av kostnader ved bygging av sykehjem. Husbanken ble også rådet til å finne frem til noen "malprosjekter" som kunne være til hjelp for planleggere og utbyggere.

På denne bakgrunn gikk Husbanken ved årsskiftet 1999/2000 til innkjøp av Holte Budsjett som hjelpeverktøy i behandlingen av omsorgsboliger og sykehjem. En intern spørreundersøkelse våren 2000 om bruken og nytten av verktøyet indikerer at

¹⁵ "Kostnader og markedsvirkninger ved bygging av omsorgsboliger", Asplan analyse 2000

¹⁶ "Kostnader ved oppføring av sykehjem 1997/1998", Holteprosjekt og SINTEF Bygg og miljøteknikk

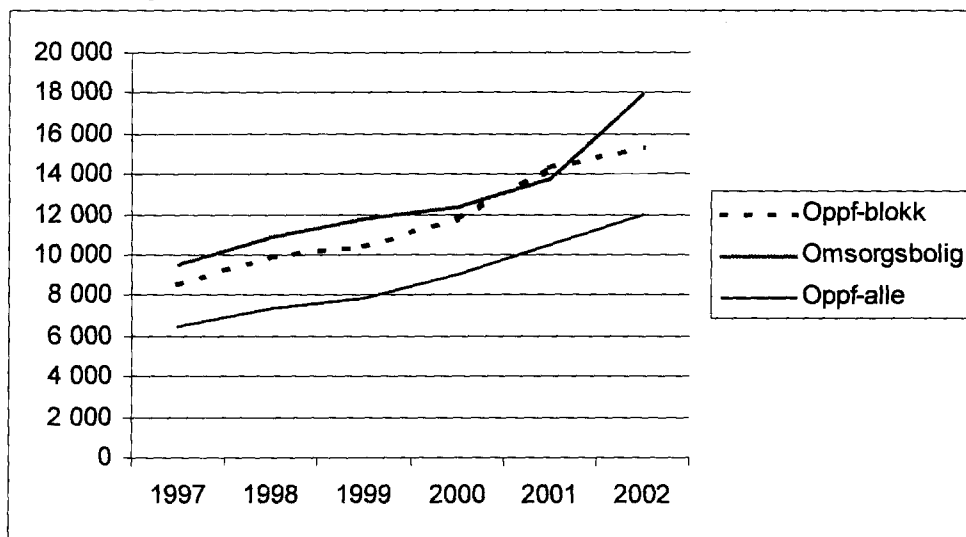
kompetanseheving ikke hadde fått høy nok prioritet ved Husbankens regionkontorer. Få av de som deltok i opplæring av programmet hadde brukt kostnadsvurderingsprogrammet.

9.3 Kostnadsnivået i prosjektene

Husbankstatistikken viste at en omsorgsbolig kostet om lag 3 000 - 4 000 kroner mer pr m² enn en vanlig bolig som var godkjent for oppføringslån, jf figur 12 nedenfor. Dette ble også påpekt i St.meld.nr. 34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år. I 2002 var kostnadsavviket enda høyere.

En sammenlikning av byggekostnadene for omsorgsboliger med byggekostnadene med alle boliger godkjent for oppføringslån blir imidlertid for grov. En mer passende sammenlikning mht til både størrelse og boligtype er å vurdere omsorgsboligene opp mot husbankfinansierte leiligheter i blokk. Da blir kostnadsforskjellen betydelig mindre, og i 2001 var sågar omsorgsboligene de rimeligste. Det er foreløpig vanskelig å forklare den store kostnadsøkningen for omsorgsboliger i 2002, men det er nærliggende å anta at det delvis hadde sammenheng med at tidspresset for "å komme i havn" medførte mindre kostnadsbevissthet hos byggherre.

Figur 12. Byggekostnader pr m² bruksareal 1997-2002. Omsorgsboliger og vanlige husbankboliger.



Alt i alt må man konkludere med at det for sammenliknbare prosjekter er visse kostnadsforskjeller, men de er ikke betydelige når det gjelder omsorgsboliger. For sykehjem foreligger det ikke sammenlignbart kostnadsmateriale.

Flere av rapportene som Husbanken har fått utarbeidet indikerer også at det er et kostnadsgap mellom ordinære husbankfinansierte boliger og omsorgsboliger og sykehjem oppført i kommunal regi.

9.4 Årsaker til kostnadsgapet

Følgende punkter, bl.a. i følge rapport fra Asplan Analyse (2000), kan oppsummere forhold som kunne være årsak til merkostnadene:

- *manglende incitament*er til kostnadsinnsparinger i kommunen
- *bred brukermedvirkning* i kommunen
- *svak organisering og uklare ansvarsforhold* i kommunen
- *svake anbudsrutiner* i kommunen
- *manglende kompetanse* i kommunen
- *asymmetrisk informasjon* i favør profesjonelle utbyggere
- *opphevet byggemarked* i kombinasjon med kort planperiode og få tilbydere
- *byråkratisk reform med detaljert regelverk med mange endringer* underveis
- *uforutsigbare rammebetingelser*

Flere av punktene er relatert opp mot kommunen. Blant annet er det mye som tyder på at når utbygger visste at kommunen disponerte betydelige økonomiske ressurser, ble det gitt et pristilbud som man trodde reflekterte kommunens betalingsvillighet. Med lav kostnadsbevissthet hos kommunen, ville da utbygger kunne ha gode muligheter for å ta seg godt betalt.

Oppsummeringene fra rapportene viser at det at en kommune står som byggherre i seg selv kan føre til høyere kostnader. Det er også eksempler på at likeverdige byggeprosjekter for henholdsvis kommune og privat ble langt rimeligere i det private tilfellet, mens vi ikke så eksempler på det motsatte.

9.5 Ekstern vurdering av Husbankens innsats

I følge ECON (2003) var de fleste kommunene fornøyde med at Husbanken kom tidlig inn i planprosessen. Utbyggerne på sin side så på Husbankens kompetanse og kunnskap som viktig, men ingen av de involverte utbyggerne mente de har fått råd i Husbanken som bidro til å redusere byggekostnadene. Førstnevnte utsagn peker på at Husbanken var en viktig støttespiller for kommunen for å få den inn på riktig spor i en tidlig fase, og på den måten indirekte vært viktig for å redusere kostnadene. Det andre utsagnet indikerer muligens at kompetansen til Husbanken ikke var tilstrekkelig til å bistå eller påvirke utbyggerne til å få redusert kostnadene.

ECON påpeker også at den tidsavgrensede satsingen kan ha gitt kommunene styringsproblemer og dermed presset kostnadene opp, særlig siden handlingsplanen kom i en høykonjunkturfase.

Som påpekt av Holte Prosjekt og SINTEF ville en EDB-basert erfaringsbase kunne vært til stor hjelp for kommuner og andre byggherrer for å få bedre kostnadskontroll. Oppbyggingen og vedlikeholdet av en slik erfaringsbase ville imidlertid vært krevende. Som det fremgår av rapportene Husbanken har fått utarbeidet, kan kostnadsbildet for omsorgsboliger og særlig sykehjem være relativt komplekst. En slik erfaringsbase må vært korrekt, pålitelig og detaljert nok til å kunne avdekke de reelle kostnadsforskjellene, samtidig som den må være enkel å bruke. Etter Husbankens vurdering er det tvilsomt om det kunne vært bygget opp en slik kunnskapsbase som ville gitt seg utslag i betydelig lavere investeringskostnader i handlingsplanperioden.

Mange kommuner både var og er engangsbyggherrer - særlig når det gjelder sykehjem. På bakgrunn av dette ser Husbanken i ettertid at man kunne vært bedre til å hente ut

potensialet som lå i å kopiere gode prosjekter. Dette kunne ha økt kommunenes informasjonsgrunnlag og kompetanse, noe som antakelig kunne ha ført til færre og mindre omfattende utredningsprosesser enn det som var tilfelle, og dermed også reduserte kostnader. Kostnadseffektiviteten og stordriftsfordelene ved kompetanse og erfaring ble med andre ord ikke fullt utnyttet.

Det politiske ønske om å bruke rimelige standardløsninger har dermed i liten utstrekning blitt innfridd. Men det er grunn til å understreke at spesielt når det gjaldt sykehjem, så var det i stor grad snakk om ombygging og oppgradering av eldre bygningsmasse - eventuelt kombinasjonsprosjekter - hvor standardløsninger i liten grad var mulig.

Referanser:

Husbanken

- HB 8 B.9 Retningslinjer for tilskudd fra Husbanken til omsorgsboliger og sykehjemsplasser
- HB 7.F.17 Omsorgsboliger og sykehjem – en veileder for lokalisering og utforming (1997)

Stortingsmeldinger og rundskriv

- St meld. nr. 50 (1996 - 1997) Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet – respekt – kvalitet
- St meld. nr. 34 (1999 – 2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år
- St meld. nr. 31 (2001 – 2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen ”Fra hus til hender”
- Omsorgsboliger – en veileder, Rundskriv I – 29/97, H – 24/97 B, SOS/KRD

Rapporter

- Omsorgsboliger – Utredning av eierformer, tildelingsrutiner og husleiefastsettelse, Agenda Utredning & Utvikling AS, 2002
- Kostnader ved oppføring av sykehjem 1997/1998, Holteprosjekt / SINTEF Bygg og miljøteknikk
- Kostnader og markedsvirkninger ved bygging av omsorgsboliger, Asplan analyse, 2000
- Jon Christophersen: Nytt for de eldste – Utforming, løsning og dimensjonering av sykehjem, Byggforsk Prosjektrapport 240, 1998
- Ivar Brevik: Handlingsplan for eldreomsorgen – kommunens vurdering av planen som redskap i utbygging av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreundersøkelse, NIBR, Notat 2003:114
- Jøran Toresen: Handlingsplan for eldreomsorgen – Virkninger på kapasitet, dekning og årsverkforbruk, NIBR, Rapport 2003:11)
- Drift og boformer for eldre med stort pleie- og omsorgsbehov, FAFO/SINTEF, Internt utkast utarbeidet for Husbanken
- Husbanken og kommunene, ECON, Rapport 24/03
- Romøren/Svorken: Velferdsstat og velferdskommune – Iverksetting av ”Handlingsplan for eldreomsorgen” i kommunene i Nord- Trøndelag, NOVA, Rapport 12/03
- Høyland, Denizou, Christophersen: Fellesarealer i omsorgsboliger og sykehjem, SINTEF/Byggforsk, Prosjektrapport 2003
- Høyland: Ny sykehjemsmodell – et bedre tilbud, SINTEF, 2001
- Torild Holthe: Kryss i taket - Evaluering av boenheter for personer med demens i Nordreisa kommune, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Ytrehus og Høyland: Drift og boformer for eldre med stort pleie- og omsorgsbehov, FAFO, SINTEF, Internt notat til Husbanken, 2003
- Danielsen, Morvik og Rokne: Ergonomisk kartlegging, analyse og vurdering for utarbeidelse av ergonomiske krav og tiltak i planlegging av nye og rehabilitering av eldre sykehjem, Bergen kommune og Ergokonsult AS, 2003
- Brannsikkerhet i ”omsorgsboliger” - Resultater fra kartlegging av brannsikkerheten i boliger som benyttes til pleie- og omsorgsformål - 2003, Rapport fra Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, Tønsberg oktober 2003
- Sluttrapporter for Handlingsplan for eldreomsorgen 2002, Alle fylkesmenn/ fylkesleger, bl.a.:
 - Handlingsplan for eldreomsorgen – Sluttrapport Buskerud, nov 2002

- Sluttrapport fra Østfold – Handlingsplan for eldreomsorgen 1998 – 2001
- Oppsummering etter Handlingsplanen for eldreomsorgen: Sluttrapport for Nord-Trøndelag fylke, med kommunevise oversikter, nov. 2002