

DFØ-rapport

# Områdegjennomgang boligløsninger og helse- og omsorgstjenester for eldre

Kartleggingsrapport



# Innhold

1.	Bakgrunn, mandat og metode.....	5
1.1	Sammendrag .....	5
1.1.1	Bakgrunn og formål for områdegjennomgangen.....	5
1.1.2	Kartleggingsrapporten - første fase av områdegjennomgangen .....	5
1.1.3	Hovedfunn og hovedbudskap i kartleggingen.....	6
1.2	Kort om oppdraget .....	17
1.2.1	Mandat for arbeidet .....	17
1.2.2	Nærmere om kartleggingen (fase 1) .....	18
1.3	Metode for kartleggingsfasen .....	19
1.4	Oppbygging av rapporten.....	20
2	Utfordringsbildet – status og utvikling.....	21
2.1	Vi blir flere eldre.....	21
2.2	Det er stor demografisk variasjon mellom kommuner .....	23
2.3	Behov for egnede boliger .....	25
3	Dagens roller og ansvar .....	27
3.1	Rolle og ansvarsfordeling på bolig- og helse- og omsorgsområdet .....	27
3.1.1	Bolig er den enkeltes ansvar.....	28
3.1.2	Kommunens rolle og ansvar .....	29
3.1.3	Staten skal sikre helhetlige og likeverdige tilbud .....	34
4	Kostnader til helse- og omsorgstjenester for eldre.....	37
4.1	Hovedtrekk og formål med tallgrunnlaget.....	37
4.1.1	Lavere bruk av tjenester og mer hjemmebasert omsorg.....	37
4.1.2	Kommunal variasjon .....	38
4.1.3	Tallgrunnlag for videre analyser .....	38
4.2	Kostnadselementer .....	38
4.3	Status, utvikling og kommunal variasjon i utgifter til helse- og omsorgstjenester .....	39
4.3.1	Dagens status og historisk utvikling i utgifter for helse- og omsorgstjenester .....	39
4.3.2	Kommunal variasjon i utgifter til helse- og omsorgstjenester .....	41
4.3.3	Utgifter til helse- og omsorgstjenester til eldre .....	43
4.4	Kostnadsdrivere.....	45
4.4.1	Hvor mange eldre mottar helse- og omsorgstjenester? .....	46
4.4.2	Bistandsbehov og tjenestetyper.....	47
4.4.3	Boligsituasjon som kostnadsdriver.....	55
4.5	Kostnadsdeling .....	57

4.5.1	Overordnet om kostnadsdelingen.....	57
4.5.2	Nærmere om kostnadsdeling i institusjonstjenesten mot hjemmebaserte tjenester..	59
4.5.3	Nærmere om størrelse, utvikling og variasjon i egenbetaling .....	62
4.5.4	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene – nasjonale enhetskostnader .	64
4.5.5	Investeringskostnader .....	65
4.6	Framskrivninger av tjenesteomfang og kostnader.....	66
4.6.1	Framskrivning av kostnader .....	67
4.6.2	Framskrivninger av mottakere, årsverk og plasser .....	73
4.6.3	Framskrivning av eksempelkommuner .....	79
5	Boligmarkedet og eldre mulighet til å bo lengre hjemme.....	81
5.1	Hva er utfordringsbildet i lys av den demografiske utviklingen framover? .....	82
5.2	Hvordan bor eldre i dag?.....	83
5.2.1	Hvor egnet er dagens boliger for alderdommen?.....	85
5.2.2	Hvilke boligkvaliteter er viktige? .....	86
5.3	Variierende grad av egnede boliger til eldre.....	86
5.3.1	Dårligere tilgang på tilgjengelige boliger i mindre sentrale kommuner.....	89
5.3.2	Mer spredtbygde boliger i mindre sentrale strøk .....	90
5.4	Eldres preferanser og oppfatning av egen boligsituasjon.....	91
5.4.1	Mange eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig.....	91
5.4.2	Eldre ønsker å bo mest mulig uavhengig av andres hjelp .....	92
5.4.3	Mange bor i en bolig som er dårlig tilpasset alderdommen, men få tilpasser boligen.	93
5.4.4	Mange eldre har høy boligformue .....	94
5.5	Byggeaktiviteten er lavere i de minst og mest sentrale områdene .....	96
5.5.1	Byggenæringens bidrag til egnede boliger til eldre .....	97
5.5.2	Bofelleskap og boliger med fellesfunksjoner for eldre.....	98
5.5.3	Forventet utvikling i andel tilgjengelige boliger .....	99
5.6	Hva fremmer og hemmer mulighetene for at flere eldre kan bli boende lengre hjemme? .	99
5.7	Hvordan fungerer boligmarkedet for eldre i utvalgte eksempelkommuner?.....	100
5.7.1	Hvordan er eksisterende boligmasse tilrettelagt for at eldre skal kunne bo hjemme? 100	
5.7.2	Eksempler på boligprosjekter tilpasset eldre fra ulike kommuner .....	102
5.7.3	Hvilke barrierer er det i markedet for boligløsninger til eldre? .....	103
5.7.4	Eksempler på hvordan kommunene kan tilrettelegge for boliger for eldre .....	104
5.7.5	Kommuner er lite bevisst sammenhengen mellom eldreomsorg og boligpolitikk .....	107
5.8	Sammenhenger mellom omsorg og bolig .....	109
6	Dagens virkemidler.....	112

6.1	Økonomiske virkemidler .....	112
6.1.1	Oversiktsbilde – økonomiske virkemidler .....	113
6.1.2	Kort om resultatkjeden som modell for å belyse virkningsmekanismer.....	116
6.1.3	Beskrivelse av de enkelte økonomiske virkemidlene.....	118
6.1.4	De økonomiske virkemidlene – ulike perspektiver .....	192
6.1.5	Oppsummering økonomiske virkemidler .....	196
6.2	Pedagogiske virkemidler .....	196
6.2.1	Beskrivelse av de enkelte pedagogiske virkemidlene .....	197
6.2.2	Oppsummering pedagogiske virkemidler .....	200
6.3	Regulatoriske virkemidler.....	201
6.3.1	Beskrivelse av de enkelte regulatoriske virkemidlene .....	201
6.3.2	Oppsummering regulatoriske virkemidler .....	205
6.4	Virkemidlenes plassering i omsorgstrappen .....	205
7	Samlet bilde – perspektiver og problemstillinger .....	211
7.1	Kunnskapsgrunnlag og erfaringer – hva forteller kartleggingen oss?.....	211
7.1.1	Virkemidlenes innretning og mulige betydning .....	211
7.1.2	Datakilder, begrepsbruk og kunnskapsgrunnlag.....	213
7.1.3	Informasjon vi ikke har funnet i eksisterende kunnskapsgrunnlag.....	214
7.2	Problemstillinger det kan være interessant å se nærmere på.....	215
7.2.1	Hva vet vi om sammenhengen mellom økt levealder og omsorgsbehov? .....	215
7.2.2	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved at eldre bor hjemme .....	215
7.2.3	Sammenhengen mellom bosituasjon og tjenestebehov.....	216
7.2.4	Fra eget hjem til sykehjem .....	217
7.2.5	Kostnads- og gevinstbetraktninger hos den enkelte i eldre år .....	218
7.2.6	Økonomiske insentiver og ansvars plassering .....	219
7.3	Viktige drivere av betydning for områdegjennomgangen og som ikke er belyst .....	219
7.3.1	Utvikling i antall personer med demens.....	219
7.3.2	Pårørendeomsorg.....	221
7.3.3	Friskere aldring? Helsesituasjonen blant eldre påvirker tjenestebehovet.....	221
7.3.4	Velferdsteknologi – kostnad, bruk og nytte .....	222
	Litteraturliste.....	223
	Vedlegg A – datakilder og rapporter brukt i arbeidet med kapittel 4.....	230
	Vedlegg B – om kommuneregnskap (Kostra) og nasjonalregnskap .....	231
	Vedlegg C - utgifter til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie .....	234
	Vedlegg D – dekningsgrad og belegg.....	235
	Vedlegg E – brukere av omsorgstjenester fordelt på aldersgrupper .....	240



# 1. Bakgrunn, mandat og metode

## 1.1 Sammendrag

Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet har besluttet å gjennomføre en områdegjennomgang av boligløsninger og helse- og omsorgstjenester for eldre. Denne kartleggingsrapporten utgjør fase 1 i områdegjennomgangen, og danner et kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med analyse og vurderinger (fase 2) og anbefalinger (fase 3). Kartleggingsrapporten er utarbeidet av en utredningsgruppe i DFØ høsten 2021. Husbanken og Helsedirektoratet har deltatt i utredningsgruppen. Fase 2 og fase 3 gjennomføres av ekstern utreder.

### 1.1.1 Bakgrunn og formål for områdegjennomgangen

De siste 20 årene har staten og kommunene satset mye på å bygge ut og rehabilitere heldøgns helse- og omsorgstilbud, blant annet med særlige statlige investeringstilskudd. De kommende årene vil Norge oppleve en stor vekst i antall personer over 80 år. Det vil neppe være mulig, eller hensiktsmessig, å bygge ut dagens tjenestetilbud i takt med den demografiske utviklingen. Det er behov for å vurdere tiltak som kan settes inn tidligere i forløpet og forebygge noe av veksten i behovet for heldøgns plasser.

Morgendagens eldre vil ha andre behov og preferanser, og flere vil ønske å bo hjemme så lenge som mulig. I Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet* framgår at det er en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst ved at eldre kan bli boende hjemme og få helse- og omsorgstjenester der framfor å måtte flytte på institusjon. For å kunne legge til rette for gode og effektive helse- og omsorgstjenester for de som trenger det, og lavere offentlig utgiftsvekst, vil det være viktig at folk både midt i livet og eldre selv tar større ansvar for å skaffe seg en egnet bolig, og i større grad forbereder seg til en situasjon med større hjelpebehov.

Formålet med områdegjennomgangen er å sikre effektiv ressursbruk og begrense utgiftsveksten til boløsninger og helse- og omsorgstjenester for eldre, samtidig som et offentlig tjenestetilbud opprettholdes. Gjennomgangen skal danne et kunnskapsgrunnlag og vurdere tiltak for hvordan stat og kommune kan legge til rette for at eldre kan bli boende hjemme lengst mulig.

### 1.1.2 Kartleggingsrapporten - første fase av områdegjennomgangen

I henhold til styringsdokumentet for områdegjennomgangen, er kartleggingsarbeidet i fase 1 avgrenset til følgende tre hovedtema med nærmere spesifiserte spørsmål:

- Beskrive 1) dagens utgifter til helse- og omsorgstjenester til eldre og hvordan utfordringsbildet ser ut i lys av den demografiske utviklingen og 2) tilgjengelige data som kan inngå i en framskriving av forventede utgifter til helse- og omsorgstjenester for eldre, samt redegjøre for mulig metode og innhold i en framskriving.
- Beskrive hvordan dagens boligmarked fungerer med sikte på at eldre kan bo lenger hjemme.
- Beskrive dagens virkemidler innrettet mot å påvirke Eldres boligsituasjon, herunder tilbudet av sykehjemsplasser og plasser til heldøgns omsorg.

I arbeidet med framskriving av kostnadsbildet har SSB bistått med metode og kvalitetssikring av tekst og beregninger. Kartleggingsrapporten for øvrig er i all hovedsak basert på dokumentstudier

supplert med erfarings- og fagkompetanse fra Husbanken og Helsedirektoratet. I lys av den korte tidsrammen for kartleggingsfasen vil eventuell supplerende datainnsamling gjennomføres som del av fase 2 og fase 3 av områdegjennomgangen. I mandatet legges det til grunn at relevante interessenter skal involveres underveis i arbeidet. Interessentinvolveringen i kartleggingsfasen er nærmere spesifisert til dialog og involvering av KS, samt involvering av informanter som SSB og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Det er også avholdt et møte med Senteret for et aldersvennlig Norge.

### **1.1.3 Hovedfunn og hovedbudskap i kartleggingen**

I det følgende oppsummerer vi funn og hovedbudskap fra kartleggingen.

#### **1.1.3.1 Vi forventer økte offentlige utgifter til helse- og omsorgstjenester til eldre**

I kapittel 2 og kapittel 4 belyser vi utfordringsbildet i lys av demografiske utviklingstrekk, og ser nærmere på dagens kostnadsbilde. Deretter gjøres en framskrivning av kostnadsbildet basert på data og metodestøtte fra SSB. Nedenfor oppsummeres de viktigste funnene.

#### **Andelen eldre i befolkningen vil vokse, og veksten vil være ujevnt fordelt geografisk**

På nasjonalt nivå vil det framover bli en sterk vekst i gruppen eldre. Antall personer 67 år og over vil nesten fordobles fra år 2000 til år 2050, og både andelen og antallet som er 80 år og over vil mer enn dobles fram mot 2050. Antall personer som er 80 år og eldre har økt fra 190 000 i år 2000 til 230 000 i 2020, og forventes å stige videre til nesten 590 000 i år 2050.

Befolkningen i Norge vil samlet sett vokse med 11 prosent fram til 2050, men veksten forventes å være ujevnt fordelt geografisk. Byer og større kommuner som har en relativt ung befolkning fra før vil fortsatt oppleve en befolkningsvekst, mens distriktskommuner vil få befolkningsnedgang. En konsekvens av dette er aldringen blir sterkest og skjer raskest i distriktene, hvor andelen eldre allerede er høy. Framskrivninger viser at alle landets kommuner vil ha en eldre befolkning i 2050 enn i dag. Nesten alle de minst sentrale kommunene forventes å ha over 25 prosent som er 70 år og eldre i 2050. I noen av disse kommunene vil de eldre utgjøre en tredel av befolkningen.

#### **Bistandsbehov varierer mellom aldersgrupper, men forventes samlet sett å øke betraktelig**

Det er stor forskjell i bistandsbehov mellom aldersgrupper, og bistandsbehovet er særlig stort blant personer på 90 år og eldre. Opp mot 90 prosent av personer som er 90 år og mer mottar helse- og omsorgstjenester. På den andre siden lever 80 prosent av eldre aktive liv uten helseproblemer langt inn i alderdommen og klarer seg uten helse- og omsorgstjenester. I aldersgruppen 67-79 år er det bare i overkant av 10 prosent som er tjenestemottakere. Med en aldrende befolkning og en tiltakende vekst i gruppen eldre over 80 år, er det forventet at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil øke kraftig.

Sammenhengen mellom økt antall eldre, økt levealder og bistandsbehov er ikke entydig. Parallelt med forventningen om økning i antall eldre framover, er det forventet at økt levealder vil ledsages av endringer i eldres helse. Forskningen er ikke entydig på hvordan dette vil slå ut. Antallet personer med demens forventes å øke betraktelig i årene framover, noe som er ventet å skape økt press på helse- og omsorgstjenestene. Samtidig viser forskning at eldre ser ut til å være bedre i stand til å håndtere utfordringer i hverdagen, til tross for at lenger levealder også kan gi flere år med sykdom. Også forhold som bistand fra pårørende, den eldres bosted, boligens egnethet, bruk - og utvikling av velferdsteknologi, praksis for tildeling av tjenester i kommunen, mv. vil påvirke utviklingen av helse- og omsorgsutgifter til eldre. Som en illustrasjon på dette ser vi at samtidig som antall innbyggere på 67 år og over har økt med 34 prosent fra 2009 til 2020, har antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i denne aldersgruppen økt med bare 4 prosent i samme periode. I 2009 mottok

34 prosent av befolkningen over 67 år kommunale helse- og omsorgstjenester, mens andelen er på 26 prosent i 2020.

SSBs framskrivninger av antall *mottakere* av omsorgstjenester viser at antallet kan øke med nærmere 60 000 mottakere fram til år 2030, dvs. en økning på 25 prosent. Mot 2060 kan økningen bli i overkant av 80 prosent.<sup>1</sup> Framskrevet behov for *heldøgns omsorgsplasser* (institusjon og heldøgns omsorgsboliger) er av SSB anslått til å øke fra i størrelsesorden 65 000 plasser i 2017 til nærmere 90 000 plasser i 2035, for deretter å øke videre til om lag 133 000 heldøgns omsorgsplasser i 2060.<sup>2</sup> SSB viser til at det først og fremst er aldringen av befolkningen som er årsaken til denne veksten, og at veksten er klart sterkest for institusjonsplasser for langtidsopphold. Behovet for årsverk til pleie og omsorg forventes å doble seg fra i størrelsesorden 140 000 årsverk i 2017 til om lag 200 000 årsverk i 2035 og videre til i overkant av 340 000 årsverk i 2060.<sup>3</sup>

### Utgifter til helse- og omsorgstjenester forventes å øke

I henhold til SSBs statistikk «*Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*», er samlede utgifter i 2020 til omsorgstjenestene 134,4 mrd. kroner.<sup>4</sup> I og med at kommunale helse- og omsorgstjenester gis etter behov, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnivå, oppgis kun samlede utgifter. Dette beløpet omfatter derfor alle aldersgrupper og er ikke avgrenset til eldre over 67 år. Dersom vi ser spesifikt på samlede utgifter avgrenset til kostnadsgruppene *helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, helse- og omsorgstjenester i institusjon og institusjonslokaler*, summeres dette opp til 101 mrd. kroner i 2020 (KOSTRA).<sup>5</sup> Hvis vi på tilsvarende måte bruker tall fra nasjonalregnskapet avgrenset til utgifter til *sykehjemstjenester og hjemmesykepleie*, finner vi at utgiften her summeres opp til 92 mrd. kroner (i 2015 kroner). Tallene fra KOSTRA og Nasjonalregnskapet skiller heller ikke på alder og gir derfor uttrykk for samlede utgifter på de aktuelle kategoriene.

Antall institusjonsplasser<sup>6</sup> har gått kraftig ned i perioden 1988-2010 (fra nær 50 000 plasser i 1988 til knappe 43 000 i 2010) og har etter dette holdt seg mer eller mindre stabilt på om lag 40 000 plasser. I 2017 var det om lag 65 000 heldøgns omsorgsplasser, hvorav i overkant 40 000 var plasser i institusjon og om lag 24 000 plasser var i heldøgns omsorgsboliger. Av institusjonsplassene var det i størrelsesorden 33 000 langtidsplasser og 10 000 plasser til korttid i institusjon. Det har samtidig vært en økning i antall beboere i bolig med heldøgns bemanning, fra 20 000 i 2008 til nær 25 000 i 2020 (ureviderte KOSTRA-tall hentet fra styringsdokumentet). Utviklingen er en villet dreining fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg. Dette har gitt utslag i sammensetningen av utgiftene på området: I 1997 gikk 35 prosent av de samlede utgiftene til hjemmesykepleie. Denne andelen er økt til 48 prosent i 2018. Store deler av denne dreiningen henger sammen med en nedbygging av institusjonsomsorg for yngre brukere og en økt satsing på å yte tjenester i hjemmet for alle brukergrupper, og er ikke direkte knyttet til tjenester til eldre.

Vi har til denne kartleggingen fått bistand fra SSB til å beregne utgifter til relevante omsorgstjenester, som uttrykk for et referansepunkt for dagens kostnadsnivå. Dette inkluderer tjenester til

<sup>1</sup> Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>2</sup> Holmøy, E., Hjemås, G. og Haugstveit, F. (2020). Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060. SSB 2020/43

<sup>3</sup> Hjemås, G., Holmøy, E., og Haugstveit, F. (2019) Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB 2019/12.

<sup>4</sup> Fra Styringsdokumentet. Tallet inkluderer følgende KOSTRA-funksjoner: 234 Aktiviserings- og servicetenester overfor eldre og personar med funksjonsnedsettingar 253 Helse- og omsorgstenester i institusjon 254 Helse- og omsorgstenester til heimebuande 256 Tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnoophald i kommunane 261 Institusjonslokale.

<sup>5</sup> Kostra-funksjonene 253, 254 og 261

<sup>6</sup> KOSTRA: Plasser i sykehjem, aldershjem, barneboliger og avlastningsinstitusjoner



hjemmeboende, korttids- og langtids- institusjonstjenester og dagaktivisering for samtlige aldersgrupper. Den beregnede kostnaden til omsorgstjenester er i størrelsesorden 108 mrd. kroner i 2017, hvorav 62 mrd. kroner omfatter aldersgruppen 67 år og over. Dette tallet er noe høyere enn samlede utgifter til omsorg i nasjonalregnskapet. Dette avviket forklares delvis av at enkelte tjenester, som praktisk bistand, ikke er inkludert i tallene brukt fra nasjonalregnskapet.

Vi har videre engasjert SSB til å framskrive utgiftene basert på framskrivninger av befolkningsutvikling og årsverksbehov, samt forutsetninger knyttet til utvikling i helsetilstand, standard på tjenestene, arbeidsproduktivitet og familieomsorg. Med de forutsetninger som er lagt til grunn, er de samlede utgiftene til omsorgstjenester for alle aldersgrupper i referansebanen framskrevet til 156 milliarder kroner i 2035, mens de forventes å øke ytterligere til 241 milliarder i 2060. Dersom man kun ser på aldersgruppen 67 år og over, er samlede utgifter framskrevet til 106 milliarder kroner i 2035. I 2060 vil dette beløpet være på 189 milliarder kroner. Store befolkningskull fyller 90 år på 2030-tallet, hvilket er en sterk drivkraft til økningen i utgifter. Framskrivningene viser også at forhold som bedre helse, familieomsorg og standardheving har betydning for kostnadsutviklingen framover.

SSB understreker at det er betydelig usikkerhet knyttet til de tallmessige framskrivningene. Hensikten er å vise hvordan utviklingen kan bli når ulike antakelser og forutsetninger legges til grunn. Framskrivningene fanger ikke opp eventuelle virkninger av politikk og andre utviklingstrekk som endrer sammensetningen av omsorgen, som f.eks. en dreining fra institusjon til hjemmebaserte tjenester, bruk av velferdsteknologi, flere egnede boliger og nye arbeidsformer. For å illustrere dette er det i beregninger i denne kartleggingen satt opp ulike scenarier knyttet til forutsetninger om helse, produktivitet og familieomsorg. Her ser vi spesielt at mindre grad av familieomsorg legger et vesentlig større press på omsorgstjenestene. Dette har sammenheng med den betydelige innsatsen pårørende står for. Tall fra regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan viser at den uformelle omsorgen i Norge er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk.<sup>7</sup> Den samlede innsatsen fra pårørende er dermed av omtrent samme omfang som innsatsen fra de offentlige helse- og omsorgstjenestene som utgjør om lag 142 000 årsverk.

### **Eldres boligsituasjon påvirker utgiftene til helse- og omsorgstjenester**

Som beskrevet foran, ytes kommunale helse- og omsorgstjenester i økende grad i den enkeltes hjem. Forhold ved boligen har derfor også betydning for arbeidssituasjonen for hjemmetjenesten. Mange av de samme forholdene som har betydning for hvorvidt eldre kan leve et selvhjulpent liv, har også betydning for hjemmetjenestens arbeidssituasjon. Tilgjengeligheten til boligen er også viktig for at eldre skal kunne bo hjemme lenger.

### **1.1.3.2 Ansvar og finansiering: den enkelte, kommunen og statens rolle**

I kapittel 3 belyses ansvarsdelingen mellom den enkelte, kommunen og staten når det gjelder boligsituasjon og helse- og omsorgstjenester.

#### **Den enkelte, kommunen og staten har ulikt, men tilgrensende ansvar**

I eldrepolitikken har det i flere tiår vært en uttalt ambisjon at flere skal kunne bo hjemme lenger. Med «hjemme» menes den enkeltes private hjem som vedkommende selv eier eller leier. Det er også i tråd med de fleste eldres preferanser. Ansvarsdelingen og samhandlingen mellom den eldre selv som har ansvaret for egen boposisjon, kommunen som tjenesteyter og boligaktør, og staten som tilrettelegger og virkemiddelaktør, er avgjørende for hvordan ambisjonen kan oppfylles.

---

<sup>7</sup> Departementene. (2020). Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.)

Bolig er først og fremst et personlig ansvar. *Gjærevollutvalget*<sup>8</sup> fastslo allerede i 1992 at det bør være en klar ansvarsdeling mellom bolig og omsorg, der utgifter til bolig som hovedprinsipp bør være et privat ansvar, mens tjenester bør være et offentlig ansvar. Prinsippet innebærer at den enkelte har ansvar for egen bosituasjon, herunder å gjøre nødvendige og strategiske boligtilpasninger som ivaretar framtidige behov som følger av aldring og mulig endret funksjonsnivå. Prinsippet er ikke nedfelt i lov, men i blant annet Stortingets innstilling til *Leve hele livet*, slår Stortinget fast at «Alle har et ansvar for å planlegge egen alderdom ved blant annet å tilrettelegge egen bolig med enkle hjelpemidler som hindrer skader og ulykker.»<sup>9</sup>

Kommunene skal i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Kommunene har også en sentral rolle som planmyndighet, boligutvikler og utleier. Kommunen skal også medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

I nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging er betydningen av å planlegge for aldersvennlige samfunn og å tilrettelegge for utvikling av framtidsrettede boligløsninger for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne understreket.<sup>10</sup>

På nasjonalt nivå har Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet på hvert sitt område ansvar og virkemidler for å imøtekomme både eldres helse- og omsorgsbehov og boligbehov.

Ansvaret for boligpolitikken og helse- og omsorgstjenester er fordelt på tre ulike sektorområder og to forvaltningsnivåer. Den eldre har et selvstendig ansvar for egen boligsituasjon, mens kommunen har et ansvar for å tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Ved å se helse- og omsorgsbehov i sammenheng med boligsituasjonen for den enkelte og i kommunen samlet, kan kommunen understøtte ambisjonen om at eldre skal bo lenger hjemme. Også de statlige aktørene kan bidra, gjennom ulike virkemidler som kompenserer for manglende evne eller insentiver hos den enkelte eldre eller kommunen. En utfordring er å finne et godt balansepunkt mellom det å gi insentiver slik at den eldre selv ta et større ansvar for egen boligsituasjon, og det å sørge for at de som trenger det mottar nødvendig bistand.

### **Finansieringssystemet kan ha både tilsiktede og utilsiktede insentiver**

Kommuner er selvstendige, folkevalgte og selvstyrte organer. Skal kommunene pålegges oppgaver eller plikter, må dette gjøres gjennom lov eller forskrift<sup>11</sup>. Selv om helse- og omsorgstjenesteloven blant annet regulerer hva kommunen skal tilby for å oppfylle sitt ansvar, har den enkelte kommune stor frihet til å organisere sitt tjenestetilbud, herunder dimensjonering og innretning av tjenestene. Dette er i tråd med det kommunale og fylkeskommunale selvstyret som tilsier at offentlige oppgaver fortrinnsvis bør legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne.

Helse- og omsorgstjenester utgjør den største utgiftsposten i kommunene, og blir i hovedsak finansiert gjennom det kommunale inntektssystemet på basis av skatteinntekter og rammetilskudd. I tillegg blir enkelte tiltak finansiert gjennom øremerkede tilskudd. Kommunens ansvar for finansiering

---

<sup>8</sup> NOU 1992:1 *Trygghet – Verdighet - Omsorg*

<sup>9</sup> Innst. 43 S (2018-2019). Om *Leve hele livet* – En kvalitetsreform for eldre.

<sup>10</sup> Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019-2023*.

<sup>11</sup> Legalitetsprinsippet, jf. kommuneloven § 2-1 tredje ledd andre punktum.

og tilpasning av tjenestetilbudet i egen kommune følger prinsippet om at forvaltningsnivået som har ansvaret for en oppgave, også skal finansiere utgiftene (det finansielle ansvarsprinsipp).

Kommunene må i sykehjem dekke utgiftene til alle helse- og omsorgstjenester i tillegg til legemidler, tekniske hjelpemidler og tannhelsetjenester.<sup>12</sup> Omsorgsbolig er til forskjell fra sykehjem definert som beboernes private hjem. Dette gjør at beboerne er omfattet av det samme regelverket for helsetjenester, pleie- og omsorgstjenester og tilskuddsordninger som andre hjemmeboende.<sup>12</sup> Dette innebærer at staten har finansieringsansvaret for en rekke tjenester som kommunen har ansvar for å finansiere i institusjoner. Kommunen må i tillegg dekke boligkostnader, kost og losji i sykehjem, mens dette er et privat finansieringsansvar i omsorgsbolig.

### **1.1.3.3 Eldres mulighet til å bo hjemme påvirkes av individuelle forhold og boligmarkedet**

Med et økende antall eldre, økt behov for helse- og omsorgstjenester og et ønske om at flere skal bli boende hjemme lenger, er det et behov for flere egnede boliger i boligmassen. Kapittel 5 belyser dagens boligsituasjon for eldre og hvordan boligmarkedet fungerer med sikte på at flere eldre kan bo lenger hjemme.

#### **Eldres mulighet til å bo hjemme avhenger av boligens egnethet og personlige forutsetninger**

Flere rapporter antyder at det er en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst hvis eldre kan bo i egnede boliger, og dermed bo lenger hjemme og bli mer selvhjulpne. *Egnede boliger* for eldre kjennetegnes av blant annet boligens fysiske utforming og beliggenhet. *Tilgjengelighet* kan måles på flere ulike måter, og behovet for tilgjengelighet i boligen varierer blant annet med i hvor stor grad man har nedsatt funksjonsevne. SSB-tall fra levekårsundersøkelsen i 2015 viser at to tredjedeler av befolkningen bor i en bolig som ikke er tilgjengelig ved at de har trapper og/eller bratt terreng til inngangspartiet. Rundt en tredjedel har ikke alle nødvendige boligfunksjoner på inngangsplanet. Bare én prosent av befolkningen bor i bolig fullstendig tilgjengelig for rullestolbruker, samtidig anslår SSB at rundt 20 prosent av boligene kan tilpasses en rullestolbruker uten altfor store omkostninger.<sup>13</sup>

For å kunne bo lenger hjemme og klare seg bedre på egen hånd, kan den enkelte utbedre eksisterende bolig eller velge å flytte til en mer egnet bolig. Personlig økonomi, helsetilstand og stedstilknytning er også individuelle faktorer som kan fungerer både som drivere og barrierer for strategisk tilpasning av boligsituasjonen for eldre. I utgangspunktet innebærer den enkeltes ansvar for egen boligsituasjon at tilpasninger av bolig og valg i boligmarkedet blir finansiert med egne, private midler. Den enkelte kan likevel, på gitte vilkår, søke om bistand gjennom ulike statlige eller kommunale virkemidler. Disse ordningene fratar ikke den enkelte et ansvar for egen boligsituasjon, men er ment å stimulere til at den enkelte kan gjøre tilpasninger som innebærer at en kan fortsette å bo i boligen en bor i- eventuelt flytte til en annen og mer egnet bolig, eid eller leid. For de som leier kan det være mindre aktuelt å få gjennomført tilpasningstiltak i boligen.

I NOU 2011:15 er det pekt på at det er store forskjeller på hva slags bolig folk ønsker seg og hvor mye de er villige til å betale for den.<sup>14</sup> En eid bolig er, i tillegg til å være et hjem, også et formues- og investeringsobjekt. Dette er noe av grunnlaget for at boligsektoren i liten grad er en del av det allmenne tilbudet av velferdstjenester, selv om bolig er viktig for folks velferd. Selv om en betydelig

---

<sup>12</sup> Hero. (2011). Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. HELSEØKONOMISK FORSKNINGSPROGRAM (Skriftserie 2011: 5).

<sup>13</sup> SSB 2019: Scenarioanalyser av tilgjengelighet i den norske boligmassen

<sup>14</sup> NOU 2011:15 *Rom for alle – en sosial boligpolitikk for framtiden*

andel eldre bruker boligkapitalen sin til å kjøpe ny bolig som er enklere å bo i, er det likevel slik at mange middelaldrende og eldre bor i boliger som er dårlig tilpasset alderdommen. I en undersøkelse fra NOVA i 2016 oppgir 53 prosent at de vurderer nåværende bolig som dårlig eller svært dårlig for en situasjon med funksjonsnedsettelse. Samtidig svarer tre av fire at det ikke er aktuelt å gjennomføre tilpasninger. Den manglende viljen til å gjøre tilpasninger kan ha sammenheng med at de spurte er i en situasjon der det anses som et for stort tiltak sett opp mot sannsynligheten for å trenge en mer tilpasset bolig. Både kostnader og helsemessige forhold kan ha betydning for denne avveiningen. På tross av at mange opplever boligen som utilgjengelig ved nedsatt funksjonsevne er det få som melder om udekkede behov for en mer egnet bolig. Blant husholdninger med personer 67 år og eldre oppgir tre prosent av husholdningene at de har udekket behov for tilrettelegging. Eldre synes primært å gjøre tilpasninger av egen bolig når behovet er veldig konkret, eller når man forventer at behov for tilpasning vil melde seg i nær framtid. Flytting blant eldre er mest utbredt blant personer mellom 60 og 75 år som bor i sentrum av storbyene, og minst utbredt blant eldre som bor i spredtbygde strøk hvor det er færre egnede alternativer for eldre på boligmarkedet.

### **Boligmarkedet lokalt kan gi utfordringer for Eldres boligtilpasning, spesielt i distriktene**

Eldres mulighet til å bli boende hjemme lenger er ikke bare påvirket av den enkeltes individuelle muligheter og begrensninger, men også de muligheter og begrensninger som ligger i tilbudet av boligløsninger i det lokale boligmarkedet, prisen på dette tilbudet og tilgangen til kommunale tjenester og støtteordninger.<sup>15</sup>

*Jensenutvalget*<sup>16</sup> ga allerede på slutten av 1990-tallet uttrykk for at det viktigste virkemidlet for å få folk til å benytte den oppsparte formuen i alderdommen, er å legge til rette for et godt og variert boligtilbud. Et godt og variert boligtilbud kjennetegnes av at det er et tilstrekkelig antall boliger og en variasjon av ulike boligtyper, slik at den enkelte kan skaffe seg en god bolig til en passende pris i det ønskede området som et alternativ til å tilpasse eksisterende bolig.

Aldringen i Norge er og vil være ulikt geografisk fordelt. Aldringen er størst i de tynneste befolkede delene av landet, og særlig deler av Nord-Norge og Innlandet.<sup>17</sup> I spredtbygde områder er det i tillegg en utfordring at tilgangen på egnede boliger for eldre er begrenset. Mange distriktskommuner har ensartet boligmasse dominert av eneboliger, små, usikre eller stagnerende boligmarkeder som er preget av lave boligpriser, svak prisvekst, lav omsetning og lite nybygging. Byggekostnadene for nybygg kan være høyere enn boligverdien, noe som gir høy tapsrisiko og kan føre til at folk ikke ønsker å ta opp eller ikke får lån til boliginvesteringer.

På bakgrunn av dette peker Norman-utvalget på at distriktskommuner har størst grunn til å videreutvikle en boligpolitikk for eldre.<sup>18</sup> Dette begrunnes med at markedsmekanismene i distriktene i mange tilfeller fungerer dårlig, noe som kan føre til en situasjon som er lite gunstig både for de eldre, kommunene som tjenesteyter og det enkelte lokalsamfunn.

Prognosesenteret har beregnet det årlige boligbehovet fram til 2025 til rundt 26 500 boliger og at 75 prosent av dette vil komme som følge av økningen i befolkningen over 65 år.<sup>19</sup> Tilgangen på egnede

---

<sup>15</sup> Sørvoll, J. (red), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M.E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20

<sup>16</sup> NOU 1997:17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*

<sup>17</sup> Rogne, A. F., Syse, A. (2017) *Framtidens eldre i by og bygg – Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse*. SSB-rapport 2017/32

<sup>18</sup> NOU 2020:15 (2020) *Det handler om Norge*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

<sup>19</sup> Prognosesenteret. (2021). Hva skjer med eldreboelgen? Hentet fra: <https://blogg.prognosesenteret.no/hva-skjer-med-eldreboelgen>

boliger for eldre er dårligere i mindre sentrale kommuner. Det er få boliger med god tilgjengelighet og nær to tredjedeler av boligene i de minst sentrale kommunene ligger i spredtbygde strøk. Samtidig ser en at mange eldre i bykommuner bor i gammel bygningsmasse, ofte bestående av blokker uten heis. En kartlegging fra SSB i 2011 viste at 70 000 personer i aldersgruppen 67 år og eldre bodde i andre etasje eller høyere uten heis. Som følge av de byggetekniske kravene til tilgjengelighet i nye boliger, anslår SSB at boligbygging vil føre til at andelen egnede boliger til eldre i 2040 vil utgjøre ca. 35 prosent av boligmassen mot ca. 20 prosent i dag. Som følge av lavere andel boligbygging i mindre sentrale kommuner, vil imidlertid de mindre sentrale kommunene henge etter i denne veksten. Effekten av nybygging er ikke tilstrekkelig til å imøtekomme framtidens behov.

### **Kommunene kan påvirke boligmarkedet i rollen som planmyndighet og boligaktør**

Kommunene har gjennom reguleringsplaner, dialog og avtaler med private aktører en viss mulighet til å påvirke nybygging på måter som er forenelige med kommunale mål for eldreomsorgen. Kommunen kan eksempelvis kreve at alle nødvendige boligfunksjoner er på inngangsplanet eller bruke andre planbestemmelser for å legge til rette for egnede boliger for eldre. Kommunen kan også selge tomter til utbyggere på vilkår av at de bygger boliger til særskilte grupper og med ulike kvalitetskrav satt av kommunen.

NOVA<sup>20</sup> har undersøkt et utvalg kommuner, og har funnet at kommunene i varierende grad er bevisst sammenhengen mellom eldreomsorg og boligpolitikk. I utvalget er det de største kommunene som går mest i detalj om eldreperspektivet i bolig- og arealplanleggingen. NOVA peker blant annet på at årsaken kan være at de mindre kommunene ofte har svært begrensede ressurser til blant annet samfunnsplanlegging. Videre har de ofte langt høyere samlet dekning av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjemsplasser enn de største kommunene slik at problemstillingen oppleves mindre prekær. I spredtbygde kommuner kan det oppleves mer rasjonelt å bygge omsorgsboliger og legge til rette for privat fortetting i sentrum for på den måten å legge til rette for mer kostnadseffektive hjemmetjenester.

#### **1.1.3.4 Dagens virkemidler treffer ulike aktører med ulik påvirkning på eldres boligsituasjon**

Kapittel 6 gir en samlet oversikt over økonomiske, regulatoriske og pedagogiske virkemidler som omfattes av kartleggingen. De enkelte virkemidler beskrives med vekt på å belyse virkningsmekanismer, bruk og relevans for eldre.

Dagens virkemiddelpalett inneholder et bredt spekter av både økonomiske, regulatoriske og pedagogiske virkemidler. De spenner fra rettighetsbaserte bolighjelpemidler som ytes gratis til den enkelte over folketrygden, til statlige låne- og tilskuddsordninger som delfinansierer ulike tiltak innenfor angitte formål, til kommunale tilskuddsordninger som kan benyttes i kombinasjon med og som del av kommunens tjenestetilbud.

Virkemidlene er innrettet dels mot den enkelte/husstanden, dels mot kommunen som bolig- og tjenesteaktør, og dels mot foretak og virksomheter som boligsameier, boligbyggerlag, utbyggere mv. Videre er virkemidlene dels innrettet mot å kunne brukes forebyggende, dvs. før en funksjonsnedsettelse har inntrådt, og dels som et kompensierende virkemiddel i situasjoner hvor behovet for tilpasning har oppstått. Noen av virkemidlene er innrettet for å påvirke den enkelte til

---

<sup>20</sup> Sørvoll, J., Martens, C. & Daatland, S. O. (2014) Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene. NOVA-rapport nr. 17/2014.

selv å ta et større ansvar for egen bosituasjon. Andre er innrettet for å bedre markedstilgangen på egnede boliger ved å påvirke kommunene eller andre boligaktører til å bygge eller tilpasse eksisterende boliger.

### **Økonomiske, pedagogiske og regulatoriske virkemidler**

De fleste økonomiske virkemidlene fra Husbanken gir en form for del- eller fullfinansiering enten i form av tilskudd eller lån, eventuelt som en kombinasjon av disse. Videre ser vi at formålene med de ulike virkemidlene er innrettet bredt og skal avhjelpe flere typer behov, målgrupper og situasjoner. Flere av de individuelt innrettede virkemidlene er spesifikt rettet mot vanskeligstilte, dvs. de som på egenhånd ikke klarer å skaffe seg eller beholde en egnet bolig i et godt bomiljø. Ingen av virkemidlene er kun innrettet med eldre som målgruppe. De vil derfor, slik de per nå er utformet og brukes, i stor grad kunne påvirke Eldres boligsituasjon på en indirekte måte. Innenfor rammene som gis i forskrifter og regelverk, er det potensial for en mer målrettet bruk mot eldre. Sistnevnte poeng vil vi anta også gjelder for tilskuddsordningene som fra 2020 blir finansiert over rammetilskuddet til kommunene, men vi har gjennom kartleggingen avgrenset kunnskap om kommunenes vurderinger og prioriteringer når det gjelder bruk og nytte av disse tilskuddsordningene i forhold til Eldres behov.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger er økonomisk sett det klart største virkemiddelet med en tilsagnsramme som de siste fem årene har vært i størrelsesorden 2,5-5 mrd. kroner årlig. Fra 2016-2020 finansierte Husbanken gjennom investeringsstilskuddet 11 000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser. En stor del av tilskuddene har gått til å erstatte plasser/boliger som ikke er tilpasset dagens behov. De to siste årene har det vært en nedgang i kommunenes etterspørsel etter investeringsstilskudd. En kartlegging utført av Agenda Kaupang<sup>21</sup> i 100 kommuner viser at økt satsing på forebyggende innsats og hjemmebasert omsorg reduserer behovene for kommunale botilbud. Koronapandemien og kommunesammenslåinger har også påvirket søknadsinngangen i 2020.

De pedagogiske virkemidlene i kartleggingen har til hensikt å informere, bevisstgjøre eller påvirke privatpersoner og kommuner. Virkemidlene rettet mot kommunene består hovedsakelig i veiledning, informasjon og deling av kunnskap og løsningsvalg. Flere av virkemidlene oppfordrer til å se ulike sektorer i sammenheng, herunder helse og omsorg i sammenheng med boligpolitikken. Virkemidlene som er rettet mot individer og husstander har til hensikt å motivere den enkelte til å tenke mer langsiktig og strategisk om eget boligbehov og belyse fordeler og gevinster for den enkelte ved å gjøre boligtilpasninger i tide.

De regulatoriske virkemidlene som er omtalt i kartleggingen er avgrenset til lover med tilhørende forskrifter som regulerer roller og ansvar knyttet til bolig og helse- og omsorgstjenester for eldre, og et utvalg statlige og kommunale reguleringer som kan påvirke utformingen av boliger og boligmarkedet i kommunene. Av statlige virkemidler er byggeteknisk forskrift, TEK17, viktig for å bidra til at nye boliger oppfyller krav som bidrar til økt tilgjengelighet også for personer med funksjonsnedsettelse. Kommunen kan med hjemmel i plan- og bygningsloven bruke ulike regulatoriske virkemidler i sin boligpolitiske rolle og for å følge opp ansvaret for god samfunns- og arealplanlegging i kommunen. Eksempler på dette er område- og detaljregulering, utbyggingsavtaler og kjøp og salg av kommunal tomt.

### **Få virkemidler er rettet direkte mot eldre som målgruppe**

---

<sup>21</sup> Schanche, P. (2021). Hypoteser om færre søknader om investeringsstilskudd. Agenda Kaupang RAPPORT NR: 1021404.

En plassering av de kartlagte virkemidlene i omsorgstrappen illustrerer poengene ovenfor. På nederste trinn i trappen finnes det virkemidler som kan tildeles uten at det foreligger en konkret funksjonsnedsettelse, og som på en indirekte måte *kan* påvirke til at flere boliger på sikt har en standard som er egnet for beboere med funksjonsnedsettelse. Tilsvarende finnes det pedagogiske virkemidler som kan påvirke til framtidstenkning og strategiske boligvalg. På de to øverste trinnene finner vi investeringstilskuddet som skal bidra til å avhjelpe et behov når det ikke lenger er mulig eller hensiktsmessig å bli boende hjemme.



Figur 1-1 Omsorgstrappen - vår versjon

Noen av de individrettede virkemidlene kan benyttes uten at det foreligger en form for tilpasningsbehov hos beboeren, eksempelvis lån til livsløpsbolig og lån til oppgradering. Flere av de individrettede virkemidlene kan imidlertid kun tildeles etter at et tilpasningsbehov har oppstått. Dette gjelder både rettighetsbaserte hjelpemidler fra folketrygden (forvaltet av NAV), og tilskuddsordninger som kommunen eventuelt tildeler. Kommunen kan tilby tilskudd til tilpasning og til utredning/prosjektering, men er ikke forpliktet til å tildele slike tilskudd. I tillegg kan eldre, søke startlån til å skaffe seg en egnet bolig. I praksis er det imidlertid svært få eldre som tildeles lån over denne ordningen. Avhengig av hvilken løsning som velges når en person har behov for bistand og eventuelt boligtilpasning, vil finansieringsansvaret derfor kunne plasseres både hos den eldre selv, hos staten v/NAV eller Husbanken, eller hos kommunen i form av økt tjenestebehov eller kommunalt tilskudd.

Vi har begrenset kunnskap om bruk og effekter for målgruppen eldre når det gjelder dagens virkemidler. Ifølge SSB vil framtidens eldre skille seg fra dagens eldre når det gjelder utdanning, økonomi og boforhold. Hvordan dette slår ut og hvilken betydning dette kan ha for behov og innretning på økonomiske, pedagogiske og regulatoriske virkemidler framover har vi heller ikke kunnet belyse i denne kartleggingen.

### 1.1.3.5 Interessante problemstillinger og perspektiver å se nærmere på

I det avsluttende kap. 7 trekker vi sammen trådene fra kartleggingen og peker på perspektiver og problemstillinger som kan være interessante å se nærmere på. Vi omtaler viktige drivere som vil være av betydning for problemstillingene i denne områdegjennomgangen, men som vi av tidshensyn ikke har kunnet gå nærmere inn på i kartleggingsarbeidet.

#### Utfordringsbildet og virkemidlenes innretning

Virkemidlene rettet mot å påvirke boligsituasjonen og helse- og omsorgsbehovet til eldre skal legges til rette for at det blir gjort forebyggende tiltak og at de som har behov for tjenester får det. Et ideelt resultat av virkemidlene vil være at eldre i størst mulig grad gjør strategiske valg rundt egen bosituasjon som et forebyggende tiltak, og at kommunen og stat først bidrar når den enkelte ikke lenger selv kan ivareta eget behov.

Det er relativt få virkemidler som kan brukes forebyggende for å stimulere den enkelte til strategiske valg for egen bosituasjon, og det er også få enkeltpersoner som søker og får lån innenfor de aktuelle låneordningene som Husbanken tilbyr. Ved oppstått eller nært forestående behov for en mer tilpasset bolig, er det flere økonomiske virkemidler som kan tildeles enkeltpersoner, herunder tilskuddsordninger som kommunene har ansvar for og rettighetsbaserte hjelpemidler fra NAV.

Det virkemiddelet som i størst grad blir brukt for å bedre bosituasjonen for eldre i uegnet bolig er rettighetsbaserte boligjelpemidler fra NAV, der innkjøp, vedlikehold og montering/demontering blir finansiert av staten. Kommunene ser generelt ut til i liten grad å bruke tilskuddsordningene som de fra 2020 har fått ansvaret for til målgruppen eldre over 67 år. Selv om tilgjengelige data om kommunenes bruk er beheftet med noe usikkerhet, kan tallene tyde på at tilskuddsordningene som ble overført til kommunenes rammetilskudd har hatt en nedgang. Vi har i denne kartleggingen ikke hatt mulighet til å belyse hva som ligger til grunn for de valg som gjøres av kommuner og enkeltpersoner når det gjelder virkemidlene som er til rådighet, men antar at dette kan skyldes flere forhold som eksempelvis kommunenes prioriteringer, kjennskap til ordningene, mv.

I det videre arbeidet vil det være interessant å se nærmere på hvilke insentiver de ulike aktørene (som den enkelte, kommune og stat) har til å påta seg sitt ansvar, ut fra hvordan kostnadene og gevinstene fordeles. Videre kan det være interessant å se nærmere på hvilke økonomiske insentiver som skapes av finansieringssystemet, herunder bruken av øremerkede tilskudd, bestemmelser om egenandeler og kostnadsdeling mellom den enkelte, kommunen og stat avhengig av om eldre bor på institusjon eller i eget hjem. Kan helheten av dagens finansiering og virkemidler skyve utgifter over på andre aktører enn det som er tiltenkt? Det kan eksempelvis være fra den enkelte til kommunene og fra kommunene til staten. Dette er sentralt for vurderinger av den enkeltes ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom og hvilke insentiver offentlige ordninger i dag gir for å ta dette ansvaret.

Kartleggingen har ellers vist at det eksisterer et omfattende kilde-, data- og kunnskapsgrunnlag innenfor temaene som skal belyses. Likevel har vi møtt på noen utfordringer. Siden kostnader ikke registreres på alder, har vi ikke kunnet hente inn eksakte data for kostnader til helse- og omsorgsutgifter til eldre. I den grad vi har funnet kostnadstall for eldre, er dette basert på estimater. En annen utfordring er at begrepsbruken med tilhørende definisjoner varierer mellom ulike kilder og statistikker. Dette har gitt utfordringer i arbeidet med å sammenstille og sammenligne ulike data fra ulike kilder. Vi har i svært begrenset grad funnet kunnskap om effektene for målgruppen eldre når det gjelder virkemidlene. Og selv om vi har kunnet framskaffe noe data som belyser kommunenes bruk av midler til tilskuddsordningene som er overført fra Husbanken, mangler vi kunnskap om kommunenes vurderinger og prioriteringer, herunder om og i hvilken grad de ser disse tilskuddsordningene i sammenheng med kommunens sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester til eldre.

#### **Andre problemstillinger det kan være interessante å se nærmere på**

Gjennom arbeidet med kartleggingen har vi også fått innsikt i interessante spørsmål, problemstillinger og perspektiver knyttet til sammenhengen mellom boligsituasjon og helse- og omsorgsbehov som kan ha betydning når framtidige løsninger skal vurderes. Noen sentrale temaer vil være:



- Sammenhengen mellom økt levealder og omsorgsbehov
- Samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved at eldre bor hjemme
- Sammenhengen mellom bosituasjon og tjenestebehov
- Overgangen fra eget hjem til sykehjem
- Økonomiske insentiver og ansvarsplassering

### **1.1.3.6 Viktige drivere som ikke er kartlagt, men som har betydning i områdegjennomgangen**

Sammenhengen mellom utviklingen i behovet for helse- og omsorgstjenester og Eldres boligsituasjon er et stort og sammensatt tema. Siden kartleggingen er gjennomført innenfor en tidsavgrenset periode, har det ikke vært rom for å gå nærmere inn på samtlige problemstillinger og spørsmål. Nedenfor nevnes temaer som vurderes å ha vesentlig betydning for denne områdegjennomgangen, men som det ikke har vært rom for å belyse og drøfte i kartleggingen.

#### **Utviklingen i antall personer med demens**

Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse har gjennomført en forekomstundersøkelse av demens som slår fast at det i 2020 var vel 101 000 personer med demens i Norge, og at dette er estimert til å øke til 237 000 i 2050. Prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens har anslått at de årlige kostnadene for personer med demens er 358 000 kroner per person. Etter disse kostnadsanslagene var utgiftene i 2020 er på om lag 3,6 mrd. kroner. Hvordan demens vil påvirke behov og innretning på helse- og omsorgstjenester og de boligpolitiske virkemidlene, er av stor betydning for utgiftene framover.

#### **Pårørendesorg**

Tall fra pårørendestrategien viser at den uformelle omsorgen i Norge er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk.<sup>22</sup> Til sammenligning utgjør den kommunale omsorgstjenesten om lag 142 000 årsverk. Flere utredninger og meldinger viser til at det er viktig at omsorgen som ytes av pårørende opprettholdes på dagens nivå. Samtidig viser studier at dette kan være urealistisk.

#### **Friskere aldring**

Som omtalt i kartleggingen, har vi blitt flere eldre de siste par tiårene, samtidig som antall tjenestemottakere har økt i et mye lavere tempo. Spørsmålet som stilles er blant annet om vi egentlig vet om og hvordan en aldrende befolkning vil påvirke kostnadsbildet. Vil friskere aldring medføre at kostnaden egentlig bare forskyves, eller vil man få et annet kostnadsforløp eller kostnadsnivå?

#### **Velferdsteknologi**

Velferdsteknologi gir nye muligheter for løsninger som kan bedre Eldres livskvalitet, trygghet og muligheter til å klare seg selv. Velferdsteknologi kan også bidra til økt kvalitet og effektivitet i offentlige helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen har ikke kunnet belyse kostnader, nytte og bruk av velferdsteknologi som del av eldreomsorgen, men vurderer at dette vil være sentralt når fremtidige løsninger skal vurderes.

---

<sup>22</sup> Departementene. (2020). Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, side 11.

## 1.2 Kort om oppdraget

Bakgrunnen for oppdraget er at det skal gjennomføres en områdegjennomgang av boligløsninger og helse- og omsorgstjenester for eldre.

Områdegjennomgangen skal kartlegge virkemidler, ordninger og reguleringer som påvirker eldres boligsituasjon. Videre skal det vurderes om dagens virkemidler er effektivt innrettet og gir gode insentiver både med hensyn til å bygge opp under den enkeltes egne ressurser og med hensyn til ressursbruk på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Områdegjennomgangen skal munne ut i anbefalinger til hvordan stat og kommune på en mer effektiv måte kan legge til rette for at eldre blir boende hjemme lengst mulig. Det forventes at områdegjennomgangen skal komme med anbefalinger til tiltak som kan gi gevinster i form av redusert utgiftsvekst framover.

Områdegjennomgangen er inndelt i tre faser, henholdsvis 1) kartlegging og 2) analyse og vurderinger og 3) anbefaling. DFØ er ansvarlig for fase 1. DFØs kartleggingsrapport inngår som del av kunnskapsgrunnlaget for fase 2 og fase 3 i arbeidet. Fase 2 og fase 3 gjennomføres av en ekstern utreder, og vil omfatte supplerende kunnskapsinnhenting, samt analyser, vurderinger og anbefalinger.

Rammene for prosjektet og hva prosjektstyret forventer at de ansvarlige utrederne skal levere i hver fase er nedfelt i styringsdokumentet for prosjektet.

Denne rapporten utgjør leveransen fra kartleggingen, som er første fase av arbeidet.

### 1.2.1 Mandat for arbeidet

I mandatet sies følgende om bakgrunn, mål og avgrensninger for arbeidet med områdegjennomgangen (utdrag);

*«De siste 20 årene har det vært satset mye på å bygge ut heldøgns pleie- og omsorgstilbud, blant annet med særlige statlige investeringstilskudd. De kommende årene vil vi oppleve en stor vekst i antall personer over 80 år. Det vil neppe være mulig, eller hensiktsmessig, å bygge ut dagens tjenestetilbud i takt med den demografiske utviklingen. I dag er den statlige oppmerksomheten (i form av stimuleringsmidler) i stor grad rettet mot heldøgns omsorgsplasser. Det er behov for å vurdere tiltak som kan settes inn tidligere i forløpet (omsorgstrappa) og forebygge noe av veksten i behovet for heldøgns plasser. Samtidig vet vi at morgendagens brukere vil ha andre behov og preferanser, og flere vil ønske å bo hjemme så lenge som mulig. Velferdsteknologi gir nye muligheter for løsninger som kan bedre eldres livskvalitet, trygghet og muligheter til å klare seg selv, både gjennom fysiske teknologiske hjelpemidler i hjemmet og mer avansert velferdsteknologisk oppfølging, hjelp og støtte».*

Og videre:

*«Det er behov for mer kunnskap og anbefalinger om hvordan stat og kommune kan legge til rette for at eldre kan bli boende i egen bolig lengst mulig. Formålet med områdegjennomgangen er å sikre effektiv ressursbruk og begrense utgiftsveksten til boløsninger og helse- og omsorgstjenester for eldre, samtidig som et offentlig tjenestetilbud opprettholdes. Områdegjennomgangen skal danne et kunnskapsgrunnlag og vurdere tiltak som kan bidra til at eldre kan bli boende i egen bolig lengst mulig».*

I henhold til mandatet legges det til grunn at kartleggingen skal avgrenses til nærmere definerte virkemidler, ordninger og reguleringer på kommunalt og statlig nivå som påvirker eldres boligsituasjon, både intendert og uintentert.

Med å bli boende hjemme, eller i egen bolig, lengst mulig, menes å finne løsninger slik at eldre kan leve et mest mulig selvhjulpent liv og utsette behovet for bistand fra det offentlige. Å oppnå dette på en mest mulig kostnadseffektiv måte innebærer at den enkelte stimuleres til å ta ansvar for å tilpasse egen boligsituasjon til alderdommen og at det offentlige planlegger for et variert boligtilbud tilpasset en aldrende befolkning.

## **1.2.2 Nærmere om kartleggingen (fase 1)**

Fase 1 skal utvikle et kunnskapsgrunnlag for ekstern utreders videre arbeid med analyse, vurderinger og anbefalinger. I henhold til styringsdokumentet for prosjektet, er fase 1 avgrenset til følgende deltema med nærmere spesifiserte spørsmål:

Deltema 1 a:

- Etablere baseline for forventede utgifter til helse- og omsorgstjenester for eldre.
- Beskrive tilgjengelige data som kan inngå i en framskriving av kostnadsbildet, samt redegjøre for mulig metode og innhold i en framskriving.

Deltema 1b:

- Beskrive hvordan dagens boligmarked fungerer med sikte på at flere eldre kan bo lenger i eget hjem.

Deltema 1c:

- Beskrive dagens virkemidler innrettet mot å påvirke de eldres boligsituasjon, herunder tilbudet av sykehjemsplasser og plasser til heldøgns omsorg.

Kartleggingen av deltema 1a gir en oversikt over sentrale størrelser, kostnadselementer og data som er nærmere definert i prosjektets styringsdokument. Denne informasjonen kan gi grunnlag for ulike analyser og vurderinger både når det gjelder behovsutvikling og kostnader. Videre vil kartleggingen beskrive metode for framskriving av kostnadsbildet, samt vise kostnadsberegninger som kan tjene som referansebane for senere analyser av virkninger av endret virkemiddelbruk.

Kartleggingen av deltema 1b belyser sentrale trekk ved boligmarkedet av betydning for eldres mulighet til å bli boende lenger hjemme, samt illustrerer hvordan disse påvirkes av forhold som sentralitet og kommunestørrelse. Problemstillingen belyses nærmere gjennom utvalgte eksempelkommuner.

Kartleggingen av deltema 1c gir en oversikt over økonomiske, regulatoriske og pedagogiske virkemidler som er omfattet av områdegjennomgangen. Videre gis en beskrivelse av hvert enkelt virkemiddel. De økonomiske virkemidlene beskrives etter en fast struktur med vekt på formål, virkningsmekanismer og insentivstrukturer, bruk og relevans i forhold til målgruppen eldre, samt funn og anbefalinger som er gitt i eventuelle tidligere evalueringer. Avslutningsvis sammenstilles virkemidlene utfra ulike perspektiver, basert på eksempelvis målgruppe, om de er individbaserte og

når i et forløp med funksjonsnedsettelse de kan komme til anvendelse. Virkemidlene plasseres også inn i omsorgstrappen.

### 1.3 Metode for kartleggingsfasen

Kartleggingsrapporten er i all hovedsak basert på dokumentstudier supplert med erfarings- og fagkompetanse fra henholdsvis Husbanken og Helsedirektoratet, som deltok med ressurser inn i utredningsarbeidet.

Kartleggingen av *kostnadsdata og kostnadselementer* er basert på allerede eksisterende data, hovedsakelig fra kilder som KOSTRA og Nasjonalregnskapet, samt ulike statistikker fra SSB. I tillegg har vi for noen typer data supplert med statistikk og rapporter fra andre kilder, blant annet fra Helsedirektoratet. Når det gjelder metode for - og beregninger av *framskrivninger* bygger vi på SSBs tallmateriale og framskrivninger av befolkningsutvikling og fremtidig helse- og omsorgsbehov for eldre. Med bakgrunn i SSBs rolle og faglige kompetanse på området, har SSB bistått med data og kostnadsberegninger knyttet til framskrivninger av kostnadsbildet.

Innsikt i hvordan *boligmarkedet* fungerer er i all hovedsak opparbeidet gjennom dokumentanalyser. Her inngår ulike rapporter, kartlegginger, analyser og vurderinger utført av ulike kompetanse- og forskningsmiljøer som Husbanken, Oslo Met, SSB, NIBR, NOVA m.fl. Eventuell supplerende datainnsamling, som intervjuer med representanter for KS/kommunesektoren og kompetansemiljøene, representanter for interesseorganisasjoner innen bygg- og boligbransjen og ev. brukerorganisasjoner, er i samråd med oppdragsgiver besluttet at avventer til de to neste fasene i arbeidet.

Når det gjelder eksisterende *virkemiddelbruk*, har vi i hovedsak basert gjennomgangen på dokumenter i form av regelverk, veiledere, nettsider, kartlegginger, analyser og evalueringer. Dokumentgjennomgangen ble supplert med fagkompetanse fra Husbanken og Helsedirektoratet som også fremskaffet data om hvordan ordningene har vært praktisert med spesiell vekt på å påvirke målgruppen «eldre». For ordninger under ASDs ansvarsområde, er NAV blitt invitert til å gi skriftlige innspill.

Selv om det foreligger flere evalueringer og analyser av eksisterende virkemidler, erfarer vi at disse i liten grad belyser bruk og effekter for eldre som målgruppe. Vi mener det er ønskelig med supplerende informasjonsinnhenting for å belyse bruk og virkning for eldre. Det er også identifisert et behov for å få bedre innsikt i status, vurderinger og praksis når det gjelder virkemiddelbruk i ulike kommuner med ulik sentralitet og størrelse. I lys av den korte tidsrammen for kartleggingsfasen er det avklart med oppdragsgiver at eventuell supplerende datainnsamling gjennomføres som del av fase 2 og fase 3 i prosjektet.

I mandatet legges det til grunn at relevante interessenter skal involveres underveis i arbeidet. Interessentinvolveringen i kartleggingsfasen er nærmere spesifisert til dialog og involvering av KS. Det er gjennomført to møter med representanter fra KS hvor DFØ har informert om prosjektet og invitert til innspill og dialog. I tillegg er det gjennomført et dialogmøte med KS og utvalgte eksempelkommuner der kommunene informerte og ga innspill basert på spørsmål som var oversendt på forhånd.

## 1.4 Oppbygging av rapporten

*Kapittel 1 – Bakgrunn, mandat og metode.* Her gis en kort innføring i mandatet, med vekt på mål og avgrensninger for områdegjennomgangen. I tillegg beskrives metode og fremgangsmåte som er lagt til grunn i arbeidet. Arbeidsdelingen mellom DFØ som ansvarlig for fase 1 og ekstern utreder som ansvarlig for fase 2 og fase 3 omtales også.

*Kapittel 2 – Utfordringsbildet* belyser status og utviklingstrekk, med vekt på hvordan demografiske trender kan påvirke bruken av helse- og omsorgstjenester fremover og eldres mulighet til å bli boende lenger hjemme.

*Kapittel 3 – Dagens roller og ansvar* presenterer de sentrale aktørene på området, med en nærmere omtale av deres respektive roller og ansvar med referanse til gjeldende lover og forskrifter på området.

*Kapittel 4 – Kostnader til helse- og omsorgstjenester for eldre* belyser status, utviklingstrekk og kommunal variasjon når det gjelder dagens utgifter til helse- og omsorgstjenester. I kapitlet belyses kostnadsdrivere, kostnadsfordeling mellom staten, kommunene og den enkelte eldre, og metode for framskrivning av kostnadsbildet. Kapitlet inneholder også kostnadsmessige framskrivninger som kan tjene som en baseline for senere bruk i analysen.

*Kapittel 5 – Boligmarkedet og eldres mulighet til å bli boende hjemme* belyser utfordringsbildet i lys av den demografiske utviklingen med vekt på hvordan eldre bor i dag, tilgjengelighet ved ulike boligtyper i ulike kommuner, og hemmere og fremmere for eldres mulighet til å bli boende lenger hjemme. Videre belyses boligmarkedet for eldre med utgangspunkt i eksempelkommuner.

*Kapittel 6 – Dagens virkemidler* gir innledningsvis et oversiktsbilde over dagens økonomiske, regulatoriske og pedagogiske virkemidler. Deretter gis en nærmere beskrivelse av det enkelte virkemiddelet. Virkemidlene plasseres inn i omsorgstrappen og belyses med utgangspunkt i ulike sammenstillinger og perspektiver.

*Kapittel 7 Samlet bilde – perspektiver og problemstillinger.* Her gis et samlet blikk på kunnskapsgrunnlaget vi har funnet, og vi gjør oss noen refleksjoner rundt hva dette betyr sett opp mot problemstillingene som reises i denne områdegjennomgangen. Videre peker vi på områder hvor det etter vårt syn vil være interessant å innhente mer kunnskap. Avslutningsvis peker vi også på noen sentrale drivere som vil være vesentlige for områdegjennomgangen, men som vi bare omtaler helt overordnet i denne kartleggingen.

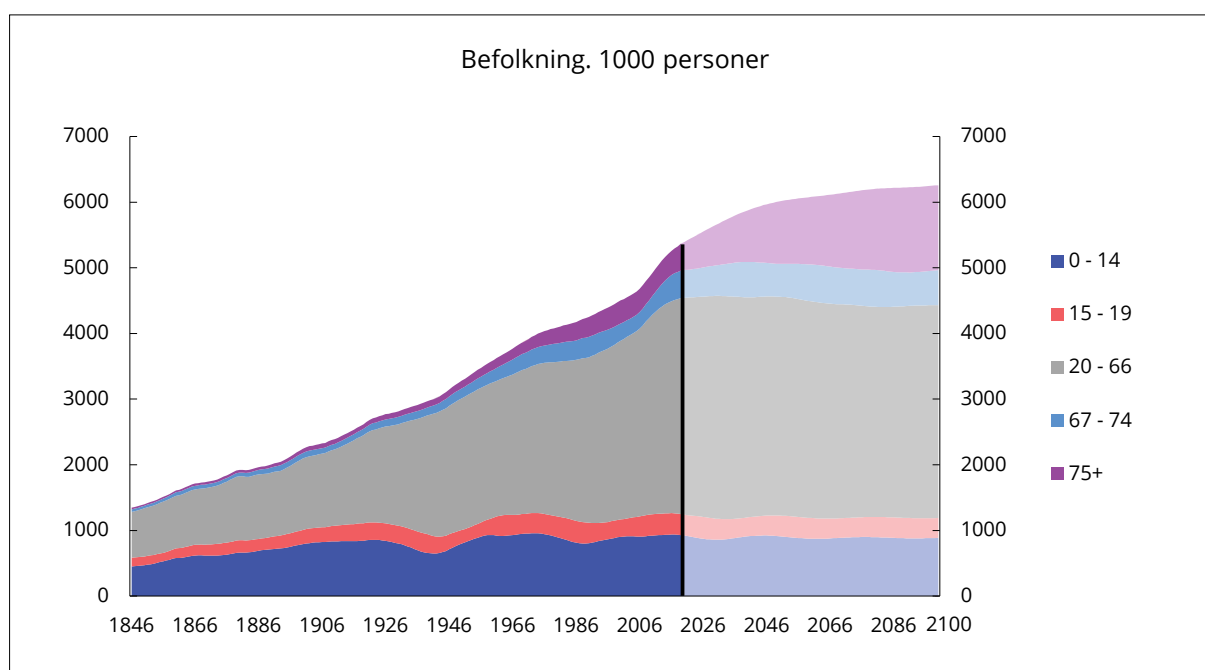
## 2 Utfordringsbildet – status og utvikling

Antall eldre i befolkningen er stigende. Andelen personer over 75 år har økt, og er forventet å øke mer fremover. Med en aldrende befolkning er særlig etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester ventet å øke kraftig. Den demografiske utviklingen varierer mellom kommuner. De tynnest befolkede delene av landet, vil merke aldringen sterkest de neste tiårene. Det er ikke alle eldre som har behov for helse- og omsorgstjenester. Hele 80 prosent av eldre lever aktive liv uten helseproblemer langt inn i alderdommen. De klarer seg hjemme selv, eller med oppfølging fra fastlege, på tross av normal aldring og innslag av en eller flere kroniske sykdommer. Det er også en trend over tid at andelen eldre som mottar helse- og omsorgstjenester går ned. Videre er det stor forskjell i bistandsbehov mellom aldersgrupper, og bistandsbehovet er særlig stort blant personer på 90 år og eldre.

Det har i flere tiår vært en uttalt ambisjon i eldrepolitikken at flere skal bli boende hjemme lengre. Det er også i tråd med de fleste eldres preferanser. Et egnet boligmarked vil kunne legge til rette for dette. Tilgangen på boliger som er tilgjengelig for eldre er lavere i mindre kommuner.

### 2.1 Vi blir flere eldre

Den demografiske sammensetningen av Norges befolkning vil endre seg framover. Som vist i Figur 2-1, forventes det at antall eldre vil bli flere, og andelen av befolkningen som er eldre vil øke. Store fødselskull fra midten av 1940-tallet bidrar, kombinert med økt levealder, til at befolkningen over 80 år vil vokse betydelig utover på 2020-tallet.<sup>23</sup> Samtidig blir det relativt sett færre i arbeidsdyktig alder til å ta hånd om pleietrengende og eldre, og til å skape verdiene som skal betale for økende utgifter til folketrygden og helse- og omsorgstjenester.



Figur 2-1: Befolkningen fordelt på aldersgrupper. 1846-2100. 1 000 personer.

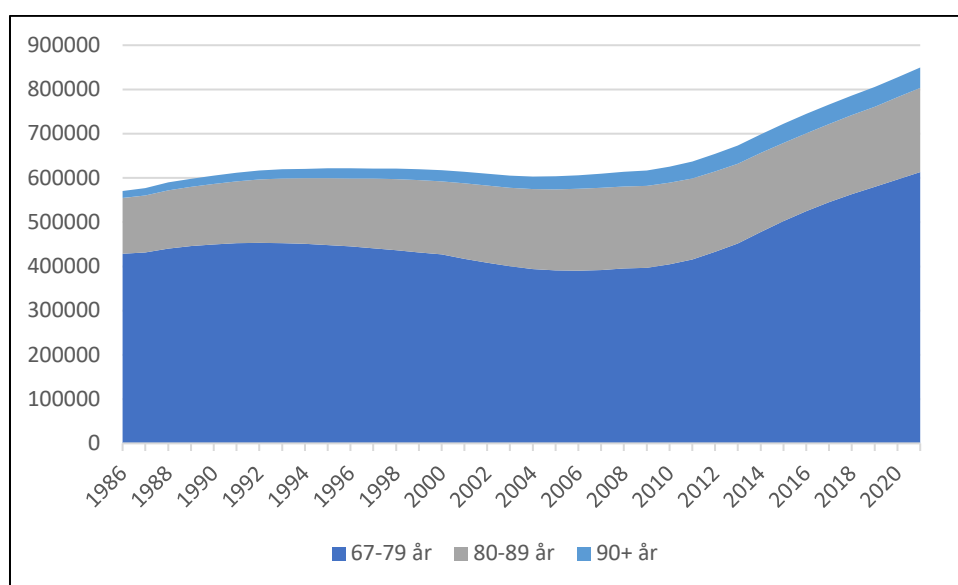
<sup>23</sup> Meld. St. 14 (2020–2021). Perspektivmeldingen 2021. Finansdepartementet.

Kilde: Perspektivmeldingen 2021, tall fra SSB.

Alderssammensetningen i befolkningen påvirker offentlige utgifter. Med en aldrende befolkning er særlig etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester ventet å øke kraftig.

Totalt var det 850 000 personer i alderen 67 år og over i Norge per 1. januar 2021, hvilket utgjør omtrent 16 prosent av Norges befolkning. Til sammenligning framskriver SSB at det totale antallet eldre i 2035 og 2060 er henholdsvis 1.18 millioner (20 prosent) og 1.59 millioner (24 prosent).<sup>24</sup>

De kommende årene vil de store etterkrigskullene runde 80 år. Det er da grunn til å anta at antall eldre i aldersgruppene 80-89 år og senere 90-99 år øker kraftig. Ser vi på aldersgruppen 67 år og eldre, viser figur 2-2 at antallet i 2021 er nesten 300 000 tusen høyere enn i 1986. Andelen personer 67 år og eldre i befolkningen har også økt med to prosentpoeng over samme periode. Denne økningen har vært tiltakende de siste ti årene.

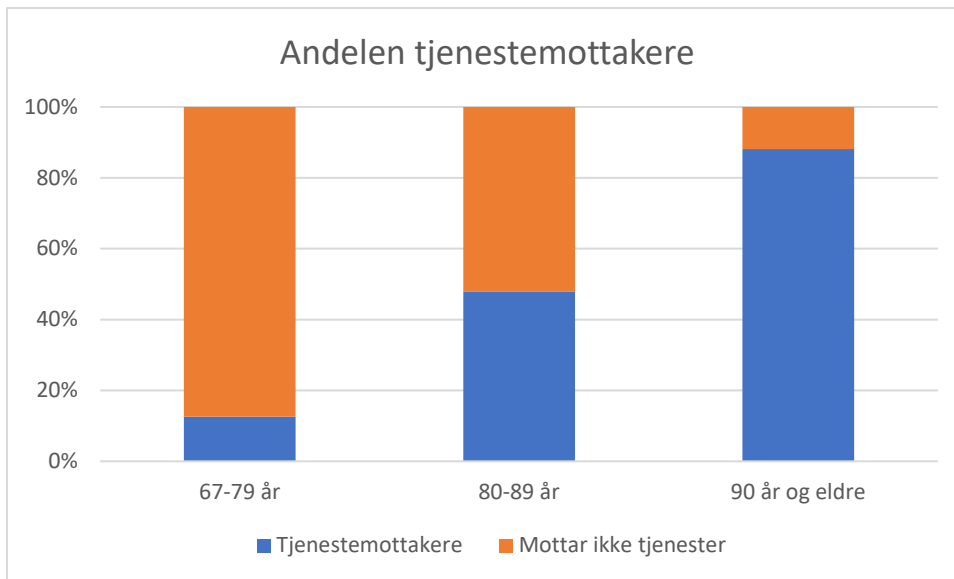


Figur 2-2: Antall personer i aldersgruppen 67 år og eldre 1986-2021. Kilde: SSB, Tabell 07450

Samtidig som gruppen eldre over 67 år de senere årene har økt, har andelen som mottar kommunale helse- og omsorgsutgifter i denne aldersgruppen gått ned. Det er store forskjeller mellom eldre når det gjelder helsesituasjon og tilhørende behov for helse- og omsorgstjenester. I Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017-2018)<sup>25</sup> framgår det at hele 80 prosent av eldre lever aktive liv uten helseproblemer langt inn i alderdommen. De klarer seg hjemme med oppfølging fra fastlege, på tross av normal aldring og innslag av en eller flere kroniske sykdommer. Som også våre tall viser, peker meldingen på at det er i de eldste aldersgruppene vi finner det største tjenestebehovet. Mens det for aldersgruppen 67-79 år bare er i overkant av 10 prosent som mottar omsorgstjenester, øker andelen til nær 50 prosent for aldersgruppen 80 – 89 år, og for de over 90 år er andelen steget til nær 90 prosent.

<sup>24</sup> Hjemås, G., Holmøy, E., og Haugstveit, F. (2019) *Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB 2019/12.

<sup>25</sup> Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet* — En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.



Figur 2-3 Andel mottakere av omsorgstjenester i aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år og eldre, gjennom hele året i 2019. Kilde: Helsedirektoratet, KPR

I parallell med den nevnte utviklingen i demografi og tjenestemottakere i ulike aldersgrupper, ser vi at samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester knyttet til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie de siste par tiårene er fordoblet. Basert på tall fra nasjonalregnskapet<sup>26</sup> lå disse utgiftene i 2018 på om lag 92 mrd. kroner (målt i faste 2015-priser). I den samme perioden vært en dreining i tjenestene. En større andel av kostnadene knyttes til hjemmesykepleie, henholdsvis 48 prosent i 2018, mot 35 prosent av utgiftene i 1997. Dreiningen kan dels forklares med sterk vekst i yngre brukere av hjemmetjenester. Mens sykehjem og hjemmetjenester for 30 år siden i hovedsak var eldreomsorg, var nær 40 prosent av de som mottok helse- og omsorgstjenester i 2016 under 67 år. Endringen er i hovedsak et resultat av statlige reformer og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune som har kommet i kjølvannet av reformen for mennesker med utviklingshemming, handlingsplanen for eldreomsorgen, opptrappingsplan for psykisk helse og til sist samhandlingsreformen.

Samtidig som tjenestetilbudet har vokst mest til de yngre aldersgruppene, viser statistikk fra SSB at eldre i gjennomsnitt mottar langt færre timer bistand fra hjemmetjenesten enn yngre tjenestemottakere med samme bistandsbehov.

## 2.2 Det er stor demografisk variasjon mellom kommuner

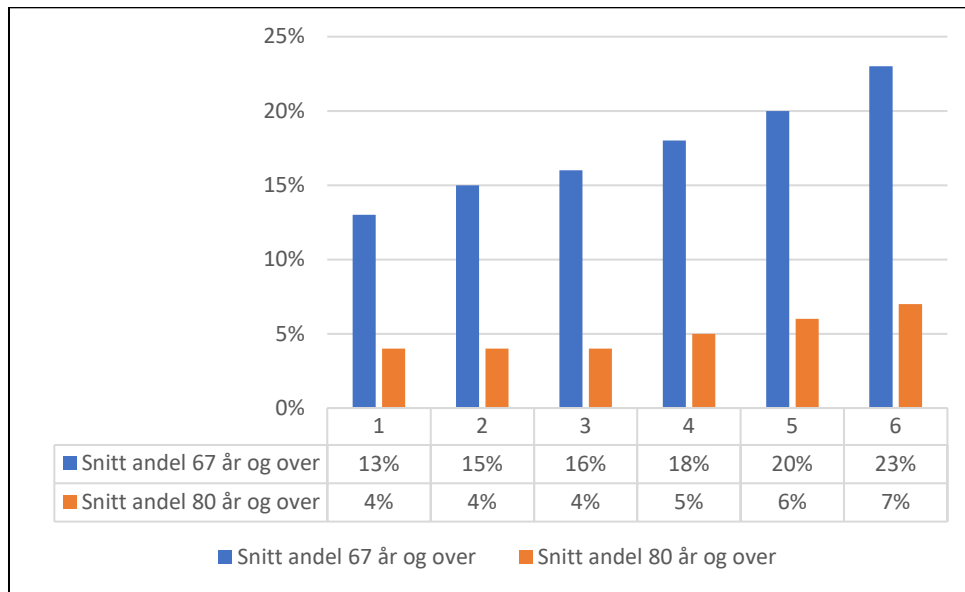
Den demografiske utviklingen varierer mellom kommuner. Enkelte kommuner vil ha større utfordringer knyttet til en høy andel av eldre i befolkningen enn andre. Ved å benytte sentralitetsindeksen<sup>27</sup> og befolkningsstatistikk, ser vi at lite sentrale kommuner typisk har en relativt høy andel eldre av befolkningen, definert som over 67 år. Disse kommunene har også en relativt høy andel eldre over 80 år. Figur 2-4 nedenfor viser statistikk for en gjennomsnittlig kommune for hvert

<sup>26</sup> Nasjonalregnskapet for området HC.3 Sykehjemstjeneste og hjemmesykepleie

<sup>27</sup> [Sentralitetsindeksen](#) angir et mål for kommunenes sentralitet. Indeksen er basert på tilgang til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra grunnkretser rundt i Norge som aggregeres opp til kommunenivå. Det er seks ulike sentralitetsnivåer der nivå 1 representerer de mest sentrale kommunene og nivå 6 de kommunene som ansees for å være minst sentrale.



sentralitetsnivå. De mest sentrale kommunene har i gjennomsnitt den laveste andelen eldre, ti prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet hos de minst sentrale kommunene.



Figur 2-4: Aldersintervaller som andel av befolkningen, fordelt etter kommuner på sentralitetsnivå.  
Kilde: SSB

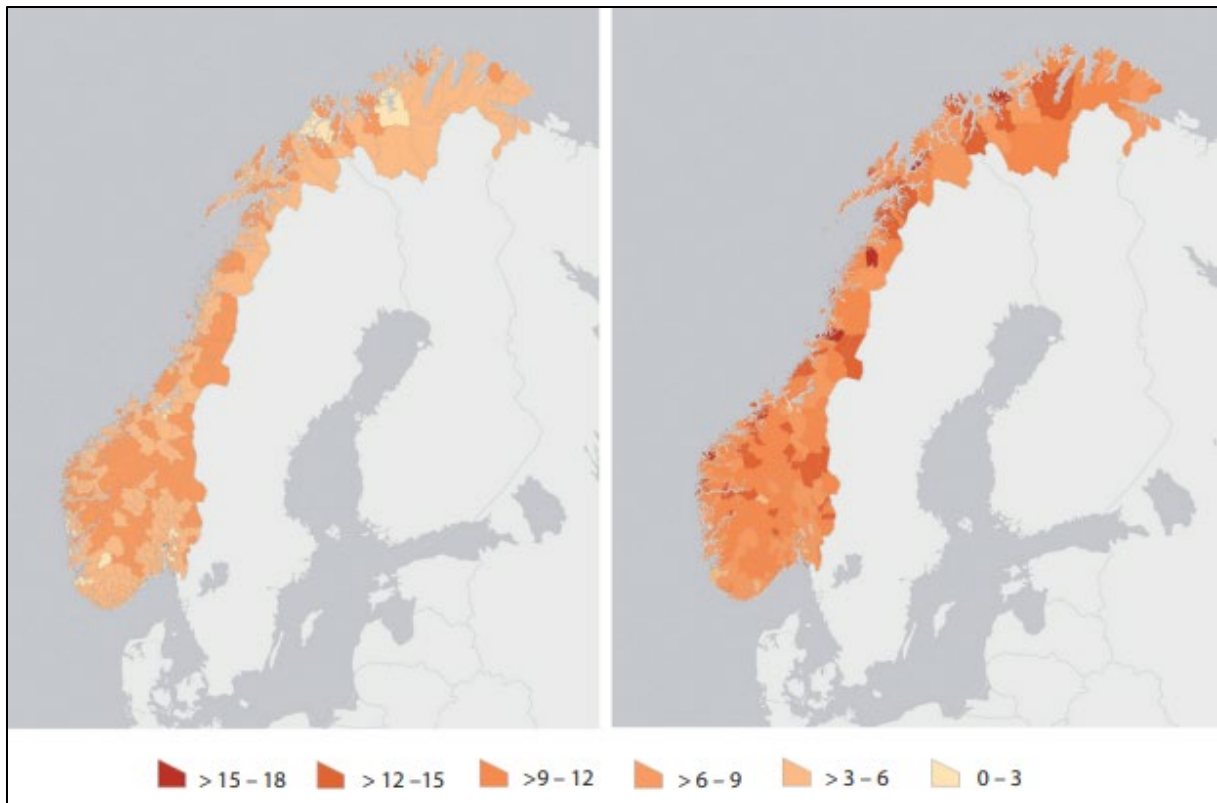
Fraflytting fra distriktene har pågått i lengre tid. I tillegg er fødselsratene i usentrale kommuner lavere enn før. De minst sentrale kommunene vil dermed ha høyest antall pensjonister og pleietrengende per person i arbeidsfør alder. Helse- og omsorgstjenester er et kommunalt ansvar, og særlig de minste, usentrale kommunene vil møte et kraftig økt behov.<sup>28</sup>

Aldringen i Norge vil være ulikt geografisk fordelt. De tynneste befolkede delene av landet, og særlig deler av Nord-Norge og Innlandet, vil merke aldringen sterkest de neste tiårene.<sup>29</sup> SSB har i *Leve hele livet (2017-2018)*<sup>30</sup> gjort et arbeid for å kartlegge andel personer 80 år og over i kommuner i Norge i 2016, samt å framskrive dette til 2040. Figur 2-5 viser at i 2016 var andelen relativt høy i kommuner i innlandet og lavere i områdene rundt de store byene. Andelen personer på 80 år og over er forventet å øke over hele landet fram til 2040, men som det fremgår av kartene blir andelen høyest i en del distriktskommuner.

<sup>28</sup> Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.

<sup>29</sup> Rogne, A. F., Syse, A. (2017) *Framtidens eldre i by og bygd – Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse*. SSB-rapport 2017/32

<sup>30</sup> Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.



Figur 2-5: Andel personer 80 år og over i kommunene i 2016 og 2040 i prosent, hentet fra *Leve hele livet*

## 2.3 Behov for egnede boliger

Med et økende antall eldre, økt behov for helse- og omsorgstjenester og et ønske om at flere skal bli boende hjemme lengre, er det et behov for egnede boliger i boligmarkedet. Egnede boliger for eldre kjennetegnes av blant annet tilgjengelighet og beliggenhet. Mange av de eksisterende boligene i Norge er dårlig tilpasset personer med nedsatt funksjonsevne, og to tredjedeler av befolkningen bor i en bolig med vanskelig tilgjengelighet.

SSB-tall fra levekårsundersøkelsen i 2015 viser at om lag en tredjedel av befolkningen har ikke alle nødvendige boligfunksjoner på inngangsplanet. To tredjedeler bor i en vanskelig tilgjengelig bolig med trapper og/eller bratt terreng til inngangspartiet. Tilgjengelighet til boligen er viktig for at eldre skal kunne bo hjemme lenger. Sintef har i rapporten *Bo hele livet* pekt på at heis er antakelig det enkelttiltaket som best kan bidra til at flere kan bli boende der de har bodd, selv om boligene ikke fullt ut er tilgjengelige<sup>31</sup>. Gjennom trinnfri atkomst vil en stor andel eldre med funksjonsnedsettelse som ikke krever rullestol, kunne bo i leiligheter med enkel tilrettelegging.

I spredtbygde områder er det en utfordring at tilgangen på egnede boliger for eldre er begrenset. På bakgrunn av dette peker Norman-utvalget på at distriktskommuner har størst grunn til å videreutvikle en boligpolitikk for eldre.<sup>32</sup> Dette begrunnes med at markedsmekanismene i distriktene fungerer dårlig, noe som kan føre til en situasjon som er lite gunstig både for de eldre, kommunene som tjenesteyter og det enkelte lokalsamfunn. Mange distriktskommuner har ensartede, små, usikre eller stagnerende boligmarkeder som er preget av lave boligpriser, svak prisvekst og lite nybygging.

<sup>31</sup> Sintef (2020) *Bo hele livet*. SINTEF Fag 65

<sup>32</sup> NOU 2020:15 (2020) *Det handler om Norge*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Byggekostnadene for nybygg kan være høyere enn boligverdien, noe som kan føre til at folk ikke ønsker å ta opp, eller ikke får, lån til boliginvesteringer.

For å kunne bli boende lengre hjemme, har eldre som bor i uegnete boliger, i hovedsak to alternativer: utbedre boligen de bor i eller flytte til en mer egnet bolig. Det er også et alternativ å bli boende i boligen en bor i uten å utbedre den, men da antas det at en ikke kan bli boende hjemme *lengre* enn man ellers kunne. Selv om en betydelig andel eldre bor i en bolig som er dårlig tilrettelagt for alderdommen, er det en liten andel som planlegger å gjøre noe med situasjonen.<sup>33</sup> NOVA's landsdekkende spørreundersøkelse fra 2016 viser at over halvparten av yngre eldre (50 – 71 år) svarte at egen bolig var lite egnet for et liv med funksjonssvikt, men likevel var det få som hadde foretatt eller planla å gjennomføre tilpasninger.

Dårlig tilgang på egnede boliger og begrensede muligheter til å selge eksisterende bolig, fører til at eldre i distriktene i stor grad blir boende i eneboliger som ikke er tilrettelagt for et liv med funksjonsnedsettelse. Norman-utvalget mener at eldre framover i større grad må ta ansvar for egen alderdom og sørge for at de bor i en bolig hvor de kan klare seg selv uten hjelp fra det offentlige. Kommunene må planlegge for en mer sentralisert bosetting i nærheten av tjenester. Dette kan igjen redusere kommunenes ressursbruk i hjemmetjenestene.

Kommunale helse- og omsorgstjenester gis i økende grad i den enkeltes hjem. Forhold ved boligen har derfor også betydning for arbeidssituasjonen for hjemmetjenesten. Vista Analyse har i rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* pekt på at mange av de samme forholdene som har betydning for hvorvidt eldre kan leve et selvhjulpent liv, har også betydning for hjemmetjenestens arbeidssituasjon.<sup>[1]</sup> Det anslås at 35 prosent av de boligene som hjemmetjenesten besøker, har fysiske hindre med betydning for ressursbruken i hjemmetjenesten. I rapporten er det særlig forhold ved badet som har størst betydning, herunder komme seg inn/forflytning og dusjing.

---

<sup>33</sup> Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. (2016), Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. NOVA-rapport 11/16.

<sup>[1]</sup> Vista Analyse (2018): Et godt bad forlenger livet (i egen bolig). Rapport 2018/24

## 3 Dagens roller og ansvar

*Den enkelte har i utgangspunktet ansvar for egen boligsituasjon. Det innebærer at det er den enkelte selv som skal sørge for egen boligsituasjon, herunder å gjøre strategiske boligvalg og nødvendige tilpasninger med hensyn til aldring og funksjonsnivå.*

*Kommunen har et sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og en sentral rolle som boligaktør og planmyndighet. Kommunen har videre et ansvar for å ivareta og hjelpe personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet eller har behov for tilrettelagt bolig grunnet alder, funksjonsnedsettelse eller andre årsaker.*

*På nasjonalt nivå har Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet på hvert sitt område ansvar og virkemidler for å imøtekomme både eldres helse- og omsorgsbehov og behov på det boligsosiale området.*

*Andre aktører som private utbyggere, frivillig sektor, interesseorganisasjoner, borettslag og boligsameier, spiller en rolle ved at de både kan bli påvirket av, og selv kan påvirke, de øvrige aktørene. Tilgjengelige ressurser, som pårørende og øvrige kvaliteter i nærmiljøet, spiller også inn på eldres muligheter for å kunne bo lenger hjemme.*

### 3.1 Rolle og ansvarsfordeling på bolig- og helse- og omsorgsområdet

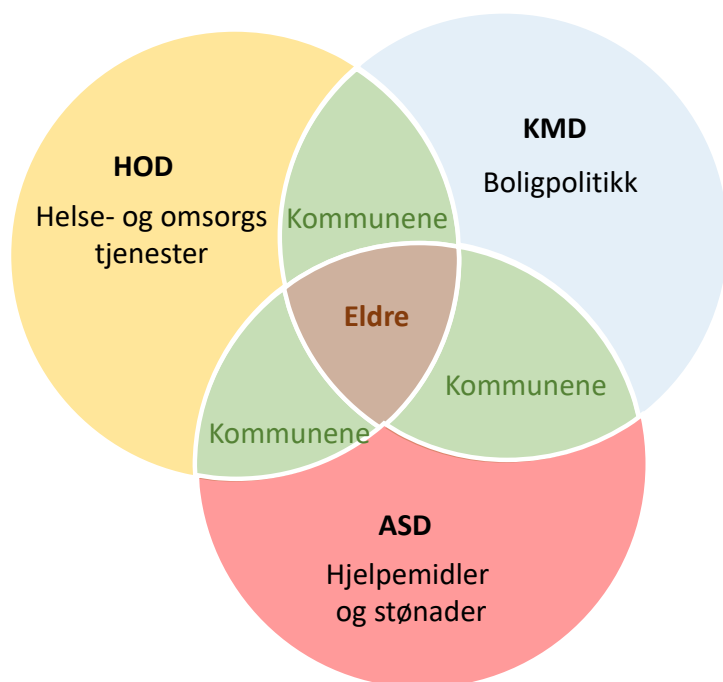
Ansvaret for boligpolitikken og helse- og omsorgstjenester er fordelt på tre ulike sektorområder og to forvaltningsnivåer, som illustrert i figur 6.

Det er kommunene som er nærmest den enkelte innbygger, herunder eldre. Gjennom sitt sørge-for-ansvar for forsvarlige helse- og omsorgstjenester, i kombinasjon med rollen som planmyndighet og boligaktør, skal kommunen ivareta innbyggernes behov, herunder tilrettelegge for og påvirke til at eldre kan bli boende lenger hjemme.

Fra statlig hold har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) og Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) et delansvar for en mest mulig hensiktsmessig ivaretagelse av eldres helse- og omsorgsbehov, enten det skjer i brukerens hjem eller i institusjon. Mens HOD har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene, har KMD det overordnede ansvaret for boligpolitikken. Det overordnede ansvaret for hjelpemidler og stønader tilligger til ASD.

Dette innebærer at eldres muligheter til å bo lengre hjemme, i tillegg til innsats fra den eldre selv, krever samhandling mellom sektorer og forvaltningsnivåer. Videre i dette kapitlet vil de ulike aktørenes roller og ansvar bli utdypet nærmere.

Rolle- og ansvarsdelingen er illustrert i figur 3-1. nedenfor.



Figur 3-1 Roller og ansvar på bolig- og helse- og omsorgsområdet. Kilde: DFØ.

### 3.1.1 Bolig er den enkeltes ansvar

Bolig er først og fremst et personlig ansvar. I NOU 2011:15 er det pekt på at det er store forskjeller på hva slags bolig folk ønsker seg og hvor mye de er villige til å betale for den.<sup>34</sup> En eid bolig er, i tillegg til å være et hjem, også et formues- og investeringsobjekt. Dette er noe av grunnlaget for at boligsektoren i liten grad er en del av det allmenne tilbudet av velferdstjenester, selv om bolig er viktig for folks velferd.

*Gjærevollutvalget*<sup>35</sup> fastslo allerede i 1992 at det bør være en klar ansvarsdeling mellom bolig og omsorg, der utgifter til bolig som hovedprinsipp bør være et privat ansvar, mens tjenester bør være et offentlig ansvar. Samtidig har staten gjennom øremerkede tilskudd siden 1998, jf. kap. 3.1.3 stimulert til utbygging av leieboliger hvor inngangsvilkåret for tildeling av slike boliger er at leietaker har behov for tjenester. *Jensenutvalget*<sup>36</sup> ga i 1997 uttrykk for at det viktigste virkemidlet for å få folk til å benytte den oppsparte formuen i alderdommen, er å legge til rette for et godt og variert boligtilbud.

For å kunne bo lengre i eget hjem og klare seg bedre på egen hånd, kan den enkelte utbedre eksisterende bolig eller velge å flytte til en mer egnet bolig. I utgangspunktet innebærer den enkeltes ansvar at tilpasninger av bolig og valg i boligmarkedet blir finansiert med egne, private midler. Boligeier kan likevel, på gitte vilkår, søke om bistand i form av ulike statlige eller kommunale tilskudds- og låneordninger, i form av rettighetsbaserte hjelpemidler fra folketrygden, eller behovsprøvde ordninger som bostøtte. Husbanken og kommunene kan eksempelvis gi tilskudd og/eller lån til utbedring og tilpasning av eksisterende bolig for økt tilgjengelighet, eller lån til kjøp av en mer egnet bolig. Bolighjelpemidler eller tilskudd i stedet for hjelpemidler, kan ytes for å gjøre en

<sup>34</sup> NOU 2011:15 *Rom for alle – en sosial boligpolitikk for framtiden*

<sup>35</sup> NOU 1992:1 *Trygghet – Verdighet - Omsorg*

<sup>36</sup> NOU 1997:17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*

bruker mer selvhjelpen på tross av funksjonsnedsettelse. Disse ordningene er ment å stimulere til at den enkelte kan fortsette å bo i boligen de bor i - eventuelt flytte til en annen egnet bolig, eid eller leid. Dette fratar ikke den enkelte ansvar for egen boligsituasjon. I Stortingets innstilling til Leve hele livet slår Stortinget fast at «Alle har et ansvar for å planlegge egen alderdom ved blant annet å tilrettelegge egen bolig med enkle hjelpemidler som hindrer skader og ulykker.»<sup>37</sup>

### 3.1.2 Kommunens rolle og ansvar

Det følger av kommuneloven § 2-2 at det kommunale og fylkeskommunale selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål. Offentlige oppgaver bør fortrinnsvis legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne. Begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret må ha hjemmel i lov, jf. lovens § 2-1. Det er videre et prinsipp for offentlig styring at forvaltningsnivået som har ansvaret for en oppgave, også skal finansiere utgiftene (det finansielle ansvarsprinsipp).

Kommuner er selvstendige, folkevalgte og selvstyrte organer. Skal kommunene pålegges oppgaver eller plikter, må dette gjøres gjennom lov eller forskrift<sup>38</sup>. Det samme gjelder også hvis staten ønsker å styre hvordan kommunene løser sine oppgaver. Innen områdene bolig og helse- og omsorgstjenester har kommunene flere oppgaver som følger av blant annet sektorlovgivningen. Med kommunereformen<sup>39</sup> fikk kommunene et mer helhetlig boligsosialt ansvar, slik at de i større grad kan se lokale boligsosiale utfordringer i sammenheng med andre velferdsområder.

#### 3.1.2.1 Kommunen som planmyndighet og tilrettelegger for aldersvennlige samfunn

Kommunesektoren er nærmest den enkelte innbygger. Gjennom kommunal og regional planlegging har kommunene et ansvar for å se statlige, kommunale, private og frivillige ressurser i sammenheng i utviklingen av bærekraftige velferdssamfunn. Av *kommuneloven*<sup>40</sup> framgår det at kommunen skal utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomheten. Kommuneplanleggingen skal bygge på en realistisk vurdering av den forventede utvikling i kommunen og av de økonomiske ressurser som vil stå til rådighet, slik dette framgår av økonomiplanen.

Gjennom god by- og tettstedsplanlegging, samspill med innbyggerne og frivillig sektor, kan kommunene mobilisere ressurser og bidra til universell utforming av bygg og omgivelser. Dette kan legge til rette for at flere eldre kan leve et selvhjulpent liv og dermed bidra til å forebygge behov for bistand i form av helse- og omsorgstjenester. For å sikre medvirkning i saker som berører de eldre i kommunen, er kommunen i henhold til kommuneloven pålagt å opprette *råd for eldre*. Rådet skal gi uttalelser til alle saker som berører eldre i kommunen, også innen planlegging.

*Plan- og bygningsloven (PBL)* angir rammer for kommunenes rolle som planmyndighet. Universell utforming ble i 2020 tilføyd som et overordnet hensyn i Plan- og bygningsloven

---

<sup>37</sup> Innst. 43 S (2018-2019)

<sup>38</sup> Legalitetsprinsippet, jf. kommuneloven § 2-1 tredje ledd andre punktum.

<sup>39</sup> Meld. St. 14 (2014-2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

<sup>40</sup> Kommuneloven (2018) *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-09-25-107>

formålsbestemmelse<sup>41</sup>. Loven inneholder også egne bestemmelser om medvirkning. Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning og kommunen skal påse at dette er oppfylt i planprosesser som utføres av andre offentlige organer eller private. Kommunene har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, som blant annet eldre.

Minst en gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, skal kommunestyret utarbeide og vedta en *kommunal planstrategi*. Planstrategien angir hvilke planoppgaver kommunen skal prioritere i valgperioden for å imøtekomme kommunens behov. Endringer i befolkningsutvikling og -sammensetning er eksempler på utviklingstrekk som bør fanges opp i en kommunal planstrategi. Ut over hensynet til nasjonale forventninger og regional planstrategi, står kommunen ganske fritt til å tilpasse innhold og prosess i planstrategien til kommunens utfordringer og behov. I nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging er betydningen av å planlegge for aldersvennlige samfunn og å tilrettelegge for utvikling av framtidrettede boligløsninger for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne understreket.<sup>42</sup> Her er det vektlagt at «*behovet for omsorgsboliger og sykehjem bør ses i sammenheng med utviklingen i boligmarkedet og tilgangen på tilrettelagt og universelt utformede boliger*». Videre sies det at «*...lokal boligpolitikk er integrert i kommunens strategi for samfunnsutvikling, der ulike behov ses i sammenheng*».

Kommunen skal ha en samlet *kommuneplan* som omfatter samfunnsdel med en handlingsdel og en arealdel. Kommuneplanen skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. I kommuneplanens samfunnsdel tar kommunen stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunen som helhet (samfunnsutviklerrollen) og for kommunen som organisasjon (tjenesteleverandør). Dette omfatter fysisk planlegging som tar utgangspunkt i naturen (for eksempel en reguleringsplan som bygger på annen planlegging som viser behovet for endret arealbruk), økonomisk planlegging som tar utgangspunkt i kapital (for eksempel økonomiplan som sier hvilke tiltak som skal prioriteres), sosial planlegging som tar utgangspunkt i mennesket (for eksempel boligplan som blant annet sier hvilke behov kommunen har for boliger til eldre). I 2022 innføres et plankrav når kommunene søker om investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Plankravet skal stimulere til bedre og mer helhetlige, langsiktige behovsvurderinger før kommunene investerer i nye eller rehabiliterer de mest kostnadskrevene tilbudene. Plankravet skal bidra til at kommunene utvikler planer for å møte behovene langs hele bo- og tjenestetrappen.

Kommuneplanens arealdel er en del av kommunens langsiktige planlegging og skal vise sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk. Dette er en overordnet plan som fastlegger rammer for framtidig arealbruk i kommunen, både på land og i sjø. Målsetningen kan være å sikre byggearealer til ulike formål, for eksempel boliger, men arealplanlegging- og forvaltning handler også om å ta vare på naturområder og naturressurser. Strategier, retningslinjer og mål i kommuneplanens samfunnsdel er førende for arealdelen. Kommunen kan regulere et område ytterligere ved å utarbeide en reguleringsplan, eller behandle forslag fra grunneiere eller andre private aktører som planlegger utbygging.

---

<sup>41</sup> Prop. 64 L (2020-2021) Endringer i plan- og bygningsloven, eierseksjonsloven og matrikkellova (endret regelverk for eksisterende byggverk og oppdeling av boenheter til hybler mv.)

<sup>42</sup> Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019-2023*.

For å sikre god gjennomføring kan kommunen i henhold til PBL inngå *utbyggingsavtaler* med private aktører innen bygge- og boligbransjen eller selge kommunale tomter med vilkår. Utbyggingsavtaler kan nedfelles i bestemmelsene til arealdelen eller i reguleringsplanen. Utbyggingsavtaler gir kommunen mulighet til å ta en mer aktiv rolle i tilrettelegging og gjennomføring av utbyggingsprosjekter. Avtalen kan blant annet regulere antall boliger i et område, største og minste boligstørrelse, og nærmere krav til bygningers utforming der det er hensiktsmessig. Avtalen kan, for kommunalt disponerte boliger, også regulere at kommunen, eller andre, får forkjøpsrett til å kjøpe en andel (inntil 10 prosent) av boligene til markedspris.

Kommuner kan også inngå *tilvisnings- eller tildelingsavtaler* om utleieboliger. Dette er samarbeidsavtaler mellom kommunene og private utbyggere eller utleiere, som har til hensikt å gi flere vanskeligstilte på boligmarkedet et egnet sted å bo, og bidra til at flere utleieboliger blir forvaltet av langsiktige, profesjonelle utleiere. Utleieselskap finansierer prosjektet med private lån eller lån og tilskudd fra Husbanken. Tilvisningsavtaler er fleksible for både utleier og kommunen og har en varighet på 20 år. Tildelingsavtaler er forbeholdt vanskeligstilte med varighet på 30 år, og der eier er ansvarlig for at boligen blir brukt i tråd med formålet hvis ikke kommunen benytter seg av tildelingsretten.

I tillegg til å angi rammer for kommunenes rolle og ansvar som planmyndighet, inneholder plan- og bygningsloven også en *byggesaksdel* med mer detaljerte bestemmelser om utforming av bebygde areal og byggetekniske forhold. Her inngår kravet til universell utforming, og at dette skal hensyntas i planlegging og krav til det enkelte byggetiltak. For nye boliger skal prinsippet om universell utforming ivaretas gjennom krav til tilgjengelighet. I tillegg framgår tekniske krav til tiltaket, der også mer detaljerte materielle krav til byggverk er hjemlet<sup>43</sup>. Forskriften inneholder en rekke bestemmelser som legger til rette for at boliger blir egnet for eldre med nedsatt funksjonsevne, slik som krav til opparbeidet uteareal, planløsning og bygningsdeler i byggverk, samt installasjoner og anlegg.

### **3.1.2.2 Kommunens sørge for-ansvar for helse- og omsorgstjenester**

I *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*<sup>44</sup> er kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester regulert. Kommunen skal sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Dette omfatter en rekke bestemte tjenester, der særlig ulike former for hjemmetjenester, opphold i institusjon og tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgsstønad er relevant for eldre tjenestemottakere. Etter at midlene til dagaktivitetstilbud ble innlemmet i rammetilskuddet til kommunene i 2020, er også dagaktivitetstjenester en lovpålagt oppgave for kommunene. Dagaktivitetstilbud kan tildeles både som et tilbud til den enkelte, og som et avlastningstiltak for pårørende. Selv om helse- og omsorgstjenesteloven blant annet regulerer hva kommunen skal tilby for å oppfylle sitt ansvar, har den enkelte kommune stor frihet til å organisere sitt tjenestetilbud, herunder dimensjonering og innretning av tjenestene. Av helse- og omsorgstjenesteloven framgår det at kommunens ansvar omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Dette innebærer at det kommunale ansvaret er negativt avgrenset, ved at det omfatter alle offentlige organiserte tjenester

---

<sup>43</sup> Direktoratet for byggkvalitet (2017) *Byggteknisk forskrift (TEK17) med veiledning*.

<sup>44</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.



som ikke hører under stat (som har ansvar for spesialisthelsetjenesten) og fylkeskommunen (som har ansvaret for offentlige tannhelsetjenester).

Helse- og omsorgstjenesteloven gir en oversikt over hvilke tjenester kommunene skal ha tilbud om, men framstillingen er ikke uttømmende. Det sentrale er at kommunene ivaretar den enkeltes behov for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår en avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Loven regulerer i utgangspunktet ikke tjenester som er rettet mot eldre alene. De kommunale helse- og omsorgstjenestene kan ytes i institusjon eller eget hjem. Omsorgsbolig er i den sammenheng definert som den enkeltes private hjem.

### **3.1.2.3 Kommunens sørge for-ansvar for boliger til vanskeligstilte**

Kommunene har et hovedansvar for å bistå vanskeligstilte på boligmarkedet. Dette er personer som ikke selv er i stand til å skaffe seg eller beholde en egnet bolig. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal «kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker».

Våren 2021 var et forslag til ny lov om kommunenes ansvar overfor vanskeligstilte på boligmarkedet på høring. I hovedsak viderefører og presiserer lovforslaget det ansvaret kommunene har i dag hjemlet i sosialtjenesteloven og i helse- og omsorgstjenesteloven. Men forslaget inneholder også bestemmelser som skjerper kommunenes ansvar noe. Dette gjelder særlig plikten til å ta boligsosiale hensyn i planleggingen. Kommunene skal blant annet ha oversikt over behovet for boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og hensynta dette i sitt planarbeid.

I den grad nedsatt funksjonsevne fører til at egen bolig ikke lenger er egnet, disponerer kommunen tilskuddsmidler som den enkelte kan søke om for tilpasning eller oppgradering av egen bolig for økt tilgjengelighet. Fra 2020 fikk kommunene en viktigere rolle i det boligsosiale arbeidet, ved at Husbankens tilskuddsordninger til utredning og prosjektering, tilpasning av bolig og etablering ble innlemmet i kommunenes rammetilskudd. En direkte rammeoverføring setter større krav til kommunal budsjettering og planlegging ved at ordningene forutsetter at kommunene avsetter midler til disse i kommunens økonomiplan og budsjett. Samtidig har kommunene fått økt fleksibilitet i bruken av tilskuddene ved at kommunene kan overføre midler mellom tilskuddsordningene og kan se tilskuddene i sammenheng og budsjettere et samlet beløp for å imøtekomme innbyggernes behov. Kommunene er pliktet til å saksbehandle søknader om disse tilskuddene, men det er opp til hver kommune hvor mye de eventuelt avsetter til formålet.

Etter *bustøttelova*<sup>45</sup> har kommunen et særlig ansvar for å hjelpe personer som av økonomiske eller andre årsaker ikke er i stand til å skaffe seg eller beholde en egnet bolig. I dette ansvaret inngår også at kommunen etter søknad kan gi startlån eller tilskudd til eldre som har behov for å tilpasse egen bolig for fortsatt å kunne bo hjemme. Dette kan omfatte alt fra enkle tiltak, i form av ulike boligvirkemidler fra NAVs hjelpemiddelsentraler, til økonomisk bistand ved større ombygginger, og til å finansiere profesjonell prosjekterings- og utredningshjelp ved behov for tilpassing.

---

<sup>45</sup> Bustøttelova (2012) *Lov om bustøtte og kommunale bustadtilskot*. (LOV-2012-08-24-64) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2012-08-24-64>.

### 3.1.2.4 Finansiering av kommunale oppgaver og tjenester

Kommunesektorens inntekter er satt sammen av bundne og frie inntekter. De bundne inntektene består hovedsakelig av øremerkede tilskudd, gebyrer og egenbetalinger som er knyttet til spesifikke kommunale tjenester. De frie inntektene er inntekter kommuner og fylkeskommuner kan benytte fritt, uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regler.

De frie inntektene består av rammetilskudd som bevilges over statsbudsjettet og skatteinntekter. Rammetilskuddet fordeles hovedsakelig på bakgrunn av antall innbyggere (innbyggertilskudd). En liten del av rammetilskuddet fordeles på bakgrunn av særskilte regionalpolitiske hensyn (regionalpolitiske tilskudd).

Innbyggertilskuddet blir omfordelt ut fra anslåtte forskjeller i kommunenes utgiftsbehov, det vil si forskjeller i utgifter som skyldes forhold kommunene ikke selv kan påvirke (utgiftsutjevning). Tilskuddet skal bidra til at kommunene kan gi likeverdige tjenestetilbud. Kommunene kompenseres fullt ut for utgifter ved tjenesteytingen som de selv ikke kan påvirke. Utgiftsutjevningen beregnes ut fra kommunenes utgifter til velferdstjenester av nasjonal karakter og tjenester det er knyttet sterke nasjonale føringer til. Kriteriene for utgiftsutjevningen kan i grove trekk deles i tre: alderskriterier, sosiale kriterier og strukturelle kriterier. Mange barn i skolealder, mange eldre som trenger omsorgstjenester, lange reiseavstander og/eller spredt bosetting er forhold som kommunene ikke kan påvirke og som bidrar til å øke kommunenes utgifter. Innbyggertilskuddet er også et virkemiddel i skatteutjevningen mellom kommuner.

I mai 2020 ble det nedsatt et utvalg som skal gå gjennom inntektssystemet til kommunene og komme med forslag til endringer. Utvalget skal levere sin rapport i juni 2022.

Helse- og omsorgstjenester har over tid representert den største utgiftsposten i kommunene, og blir i hovedsak finansiert gjennom det kommunale inntektssystemet på basis av skatteinntekter og rammetilskudd. I tillegg blir enkelte tiltak finansiert gjennom øremerkede tilskudd.

Enkelte tjenester blir også finansiert gjennom brukerbetaling og egenandeler. Kommunens adgang til å kreve egenandeler for helse- og omsorgstjenester er regulert i en egen forskrift.<sup>46</sup> Det er trukket et skille mellom tjenester i og utenfor institusjon. Dette innebærer at det er gitt ulike regler om egenandel i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, egenandel for praktisk bistand og opplæring utenfor institusjon og egenandel for hjelp hos lege og fysioterapeut.

Kommunen kan i utgangspunktet selv bestemme nivået på egenandelene for praktisk bistand, men øvre tak er det tjenesten koster å produsere. Helsetjenester i hjemmet og tjenester til personlig stell og egenomsorg er gratis. Kommunen kan ta egenandel både for korttidsopphold og langtidsopphold i institusjon, herunder sykehjem. Hvor mye den enkelte skal betale i egenandel er fastsatt i forskrift. Graden av egenandel varierer mellom tjenestene. Eksempelvis finansierer egenandel om lag 15 prosent av utgiftene til sykehjem, mens om lag 1 prosent av utgiftene til hjemmebaserte tjenester finansieres gjennom egenandeler.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester. (2011). Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (FOR-2011-12-16-1349). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>.

<sup>47</sup> NOU 2018:16 (2018). *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet.

### **3.1.3 Staten skal sikre helhetlige og likeverdige tilbud**

Staten fastsetter de overordnede rammene for bolig- og bygningssektoren og helse- og omsorgstjenestene og har det overordnede ansvaret for helse-, omsorgs- og boligpolitikken. Gjennom regelverk og økonomiske rammer, skal staten sikre at vanskeligstilte på boligmarkedet<sup>48</sup> kan skaffe seg en egnet bolig, beholde den og sikre like rammevilkår for vanskeligstilte på boligmarkedet. Staten skal også sikre at kommune har virkemidlene de trenger for å kunne følge opp sitt ansvar, og føre tilsyn med at kommunene følger opp sine lovpålagte plikter i eksempelvis helse- og omsorgstjenesteloven. Videre skal staten legge til rette for kommunal planlegging og utvikling i balansen mellom hensynet til et likeverdig tjenestetilbud til alle og tilpasning til lokale forhold og behov. Staten regulerer også krav til boligutbyggere, utleiere og leverandører av helse- og omsorgstjenester.

Ut over rammetilskuddet bidrar staten til finansieringen av helse- og omsorgstjenester i kommunene gjennom øremerkede tilskudd, herunder investeringstilskudd til plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns omsorgstjenester. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til å øke og fornye tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. Videre bidrar staten til finansiering av blant annet lege- og fysioterapitjenester gjennom statlige trygderefusjoner, og hjelpemidler via folketrygden. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden, da den i hovedsak gir stønad til helsetjenester utenfor institusjon når den enkelte kan dokumentere et oppstått behov som tilfredsstillende kravene om stønad.

#### **3.1.3.1 Husbanken**

Husbanken er statens sentrale organ for å gjennomføre boligpolitikken, og har som samfunnsoppdrag å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og medvirke til at vanskeligstilte kan skaffe seg og beholde egen bolig. Husbanken forvalter mange økonomiske virkemidler både i form av bostøtte, lån og tilskudd. Lån fra Husbanken skal være et supplement til lån fra private kredittinstitusjoner, og skal bidra til å nå boligpolitiske mål som ellers ikke ville blitt nådd. Husbanken skal også stimulere til tilgjengelige og miljøvennlige boliger og bomiljø. Selv om det er kommunene som har hovedansvaret for å bistå vanskeligstilte på boligmarkedet, skal Husbanken støtte opp om kommunene, frivilling sektor, byggsektoren og andre gjennom økonomiske virkemidler, rådgivning, kunnskapsutvikling og kompetanseoverføring, blant annet på området eldre og bolig. Husbanken er også en pådriver for nye forsøk, innovasjon og at digitale løsninger blir tatt i bruk.

#### **3.1.3.2 Arbeids- og velferdsetaten ved NAV hjelpemiddelsentral**

NAV Hjelpemiddelsentraler er ressurs- og kompetansesentre på hjelpemiddelområdet og har en sentral rolle i å bistå brukere, kommuner og arbeidsplasser. Hjelpemiddelsentralene er nasjonale og drevet av NAV, og har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler i det enkelte fylke. De er en andrelinjetjeneste og samarbeider med kommunene om å tilby personer hjelpemidler de har behov for, samt bistår kommuner, arbeidsgivere og andre samarbeidspartnere med rådgivning, veiledning, opplæring og tilrettelegging.

---

<sup>48</sup> 'Vanskeligstilte på boligmarkedet' er personer eller familier som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egen hånd.

NAV Hjelpemiddelsentral har ansvar for anskaffelse, formidling, service og reparasjoner for hjelpemidler som eies og finansieres av folketrygden ut over enklere tiltak som kan ivaretas av kommunene. Eldre over 67 år utgjør med sine 50 prosent en stor gruppe blant aktive brukere av NAVs hjelpemiddelsentraler, hvorav 20 prosent er mellom 67 og 80 år og 30 prosent er over 80 år. Hjelpemiddelsentralene har god kompetanse på å se helhetlige løsninger for å øke tilgjengeligheten i og til brukers bolig. De har også kunnskap om øvrige hjelpemidler og tilretteleggingstiltak som kan være aktuelle for den enkelte. Sammen med kommunen bistår hjelpemiddelsentralen brukere i å finne løsninger, slik at de kan bo hjemme til tross for nedsatt funksjonsevne.

### **3.1.3.3 Helsedirektoratet**

Helsedirektoratet har ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer og opptre nasjonalt normerende på ulike områder. Rollen som iverksetter av vedtatt politikk, handler blant annet om å iverksette handlingsplaner og kampanjer, eller å tildele tilskudd i tråd med målsettingene Stortinget har satt. Som forvalter har Helsedirektoratet et ansvar for å bruke og å fortolke lover, og skal forvalte refusjonsordningene og regelverket i tråd med myndighet gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

### **3.1.3.4 Statsforvalteren**

På det regionale nivået har statsforvalteren et veiledningsansvar og en rolle i å samordne det boligsosiale arbeidet med andre velferdspolitiske initiativ, slik at staten er koordinert i dialogen med kommunen og at ulike strategier og handlingsplaner er samordnet og har en helhetlig tilnærming til den enkeltes livssituasjon. Statsforvalteren skal samordne statlige interesser og bidra til at fylkeskommunen og kommunen får et mest mulig helhetlig bilde av statens forventninger og krav i planleggingen.

## **Sentrale lover og forskrifter**

### **KMDs ansvarsområde**

- Kommuneloven
- Plan- og bygningsloven (PBL)
- Byggeteknisk forskrift (TEK17)
- [Lov om bustøtte og kommunale bustadtilskot \(bustøttelova\)](#)
- [Forslag ny boligsosial lov](#)

### **HODs ansvarsområde**

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Lov om folketrygd: Folketrygdloven
- Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forslag til forskrift om investeringstilskudd til trygghetsboliger

### **ASDs ansvarsområde**

- Lov om folketrygd: Folketrygdloven
- Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar
- Forskrift om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen

*Boks 3-1 Sentrale lover og forskrifter. Kilde: DFØ.*

## 4 Kostnader til helse- og omsorgstjenester for eldre

*Befolkningsutviklingen fremover vil preges av at vi blir flere eldre, at andelen eldre i befolkningen (definert i denne rapporten som personer 67 år og over) vil øke, og at det etter hvert vil bli en sterk vekst blant de eldste eldre. På nasjonalt nivå dobles både andelen og antallet som er 80 år eller mer fram mot 2040.*

*Det er ventet at denne utviklingen vil medføre en økning i offentlige utgifter til helse- og omsorgstjenester til eldre. I dette kapittelet presenterer vi tallgrunnlag som kan benyttes til å belyse sammenhenger mellom utviklingen i antall eldre, bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester og kostnader de siste ti årene. Vi har også gjort framskrivninger av ventede utgifter på området, med utgangspunkt i ulike SSB-framskrivninger. Dette er redegjort for i kap. 4.6.*

*Det er vesentlig forskjell i mottak av helse og omsorgstjenester blant ulike aldersgrupper eldre. I underkant av 90 prosent av personer på 90 år og over mottar slike tjenester. Til sammenlikning er det bare i overkant av 10 prosent av personer 67-79 år som er tjenestemottakere. Det er stor variasjon i type tjenester eldre mottar og har behov for. I den eldste aldersgruppen har flere et omfattende bistandsbehov.*

*Tilgjengelighet i bolig og boligens beliggenhet er blant mulige kostnadsdrivere. Våre framskrivninger viser at totale utgifter til helse- og omsorgstjenester til alle aldersgrupper vil øke med 46 prosent fram til 2035. I samme periode vil antall tjenestemottakere i alle aldersgrupper øke med 25 prosent og behovet for årsverk øke med 43 prosent. Den største driveren i de økte kostnadene er det forventede økte antallet personer på 90 år og over.*

### 4.1 Hovedtrekk og formål med tallgrunnlaget

I dette delkapittelet presenteres hovedtrekkene om kostnader til helse- og omsorgstjenester til eldre. Tallene blir mer detaljert beskrevet senere i kapittelet.

#### 4.1.1 Lavere bruk av tjenester og mer hjemmebasert omsorg

Antall innbyggere på 67 år og over har økt med 34 prosent fra 2009 til 2020. Antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i denne aldersgruppen har økt med 4 prosent i samme periode. Dette kan ha sammenheng med bedre helse i aldersgruppen, endret tjenestetilbud (som for eksempel økt antall mottakere av velferdsteknologi), endring i eldres bosituasjon, økt pårørendeinnsats eller endret tildelingspraksis, i form av høyere terskel for tildelingen av tjenester i kommunen. I 2009 mottok 34 prosent av befolkningen 67 år og over kommunale helse- og omsorgstjenester. Andelen er på 26 prosent i 2020.

De samlede utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester har likevel økt over tid. Basert på tall fra nasjonalregnskapet for området *HC.3 Sykehjemstjeneste og hjemmesykepleie*<sup>49</sup>, ligger de samlede utgiftene på 92 mrd. kr i 2018 (målt i faste 2015-priser). Det er en fordobling siden 1997. Det har

---

<sup>49</sup> - for å finne relevante kostnader i nasjonalregnskapet brukes koder for relevante tjenesteområder, definert i «A System of Health Accounts» (SHA). I denne rapporten velger vi *HC.3 Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie* som et relevant tjenesteområde – se vedlegg B for mer informasjon

samtidig vært en villet dreining fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg. Det gir seg utslag i sammensetningen av utgiftene på området: I 1997 gikk 35 prosent av de samlede utgiftene til *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.* Denne andelen er økt til 48 prosent i 2018. Store deler av denne dreiningen henger sammen med en nedbygging av institusjonsomsorg for yngre brukere og en økt satsing på å yte tjenester i hjemmet for alle brukergrupper, og er ikke direkte knyttet til tjenester til eldre.

#### **4.1.2 Kommunal variasjon**

Det er kommunal variasjon i utgiftene til helse- og omsorgstjenester per innbygger. I perioden 2010-2015 var utgiftene per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester tilnærmet stabile for kommunene med antall innbyggere lik 100 000 og over, med utgiftsvekst i tråd med befolkningsutviklingen. For øvrige kommuner økte utgiftene per innbygger med 3-4 prosent i perioden, med en sterkere vekst i utgiftene enn befolkningsveksten tilsier. Høyere kostnader per innbygger kan skyldes flere forhold, for eksempel smådriftsulemper eller lange avstander mellom brukere eller mangel på tilrettelagte boliger. Lange avstander i kombinasjon med mangel på alternativer kan medføre at kommunene tilbyr mer kostnadskrevenende tilbud enn de ville gjort dersom en hadde en tilrettelagt bolig eller lignende.

#### **4.1.3 Tallgrunnlag for videre analyser**

I det følgende gjør vi rede for et omfattende tallgrunnlag som kan danne utgangspunkt for ulike analyser av kostnader til helse- og omsorgstjenester til eldre. Vi har brukt ulike datakilder, og det er variasjon i om utgiftene kun viser forhold som angår eldre 67 år og over eller alle aldersgrupper. Det er videre ulike tidsintervaller i ulike datasett. Vi gjør også oppmerksom på at det jevnt over vil være en økning i *antall*, men at bildet er mer nyansert hva gjelder *andel* mottakere av tjenester mv. Vi anser videre bearbeiding av det innsamlede datamaterialet som en del av analyse- og vurderingsfasen av områdegjennomgangen.

### **4.2 Kostnadselementer**

Under vil vi gi en oversikt over kostnadsbildet til helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenester til eldre vies et større fokus der det lar seg gjøre, herunder tjenester til hjemmeboende, korttids og langtids institusjonstjenester. Vi vil presentere dagens kostnadsbilde fra ulike kilder og videre dekomponere i utgifter per innbygger.

Når dagens kostnadsbilde er etablert, ser vi på noen faktorer som driver disse kostnadene og kan tenkes å påvirke kostnadsbildet i tiden framover. Blant slike kostnadsdrivere er behovet for helse- og omsorgstjenester i befolkningen 67 år og over. En større andel av de eldre bruker tjenester sammenliknet med yngre befolkningsgrupper målt i antall mottakere, men ikke i ressursinnsats (for eksempel målt i gjennomsnitt antall timer per bruker). En annen kostnadsdriver er eldres boligsituasjon der boligens egnethet og geografisk beliggenhet spiller en rolle for tjenestebehovet for eldre og kostnadene ved å tilby tjenestene. Rapporten ser ikke på en uttømmende liste over kostnadsdrivere. For eksempel tas det ikke hensyn til lønnsutvikling, kompetansesammensetning, overtatt ansvar for utskrivningsklare pasienter, kvalitetsforskjeller i tjenestene (både mellom kommuner og innad i kommuner) eller forventinger om tjenestetilbud fra befolkningen.

Etter å ha presentert kostnadsbildet og kostnadsdrivere, ser vi nærmere på hvordan kostnadene fordeles mellom ulike aktører. Vi undersøker kostnadsfordelingen mellom stat, kommune og den enkelte, og gir videre et innblikk i omfanget av egenbetalinger. Vi drøfter også fordelingen av enhetskostnader og investeringskostnader på ulike helse- og omsorgstjenester.

Avslutningsvis forsøker vi å beregne kostnadsbildet fram til og med 2050. SSB har bistått arbeidet ved å levere grunnlagstall for årsverk og enhetsutgifter med tilhørende framskrivninger for utgifter til omsorgstjenester som definert over i tillegg til dagaktivisering. DFØ har gjort mindre beregninger på tallene levert fra SSB for å synliggjøre variasjon mellom aldersgrupper og tjenestetyper. Beregningene vil kunne fungere som en referansebane for å vurdere virkninger av mulige tiltak i den senere analysen.

Gjennom kapitlet belyses historisk utvikling for å gi kontekst til dagens situasjon, samtidig som variasjon mellom kommuner med ulik sentralitet synliggjøres.<sup>50</sup>

Datakilder og rapporter brukt i arbeidet presenteres i Vedlegg A.

**Avgrensning:**

1. Det er ikke mulig å skille kostnader til ulike aldersgrupper. Kommunale helse- og omsorgstjenester gis etter behov, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnivå. Som en følge av dette oppgis utgiftene samlet sett, og ikke brutt ned på aldersgrupper. Fordeling av kostnader i aldersgrupper gjøres i noen statistikker og enkeltanalyser, men med de begrensningene at rapportene har noe eldre data, eller at rapportene omfatter kun et utvalg av kommuner.
2. Så langt det lar seg gjøre, unngår vi bruk av kostnadstall for 2020 for å utelukke kostnadseffektene av koronapandemien.
3. Kommunale helse- og omsorgstjenester er begrenset til omsorgstjenester i kommunen, som for eksempel tjenester i institusjon, helsetjenester i hjemmet, andre tjenester til hjemmeboende, men ikke fastlegetjenester, legevakt, helsestasjon, privat fysioterapi osv.

## **4.3 Status, utvikling og kommunal variasjon i utgifter til helse- og omsorgstjenester**

### **4.3.1 Dagens status og historisk utvikling i utgifter for helse- og omsorgstjenester**

For å beskrive utgiftene for helse- og omsorgstjenester skal vi først introdusere datakilder og begreper, definere avgrensinger, og videre vise status og historisk utvikling i de siste årene.

Det er to tilgjengelige datakilder til utgifter i helse- og omsorgstjenesten: kommuneregnskap (KOSTRA) og nasjonalregnskap. Begge kildene gir informasjon om kostnader på områdene relevante for denne kartleggingsrapporten. I mesteparten av dette kapitlet har vi valgt å bruke nasjonalregnskapet. Dette er på grunn av at det var mulig å hente data omregnet til faste priser, at det var enklere å fordele kostnadene etter finansieringskilde og få en sammenheng med

---

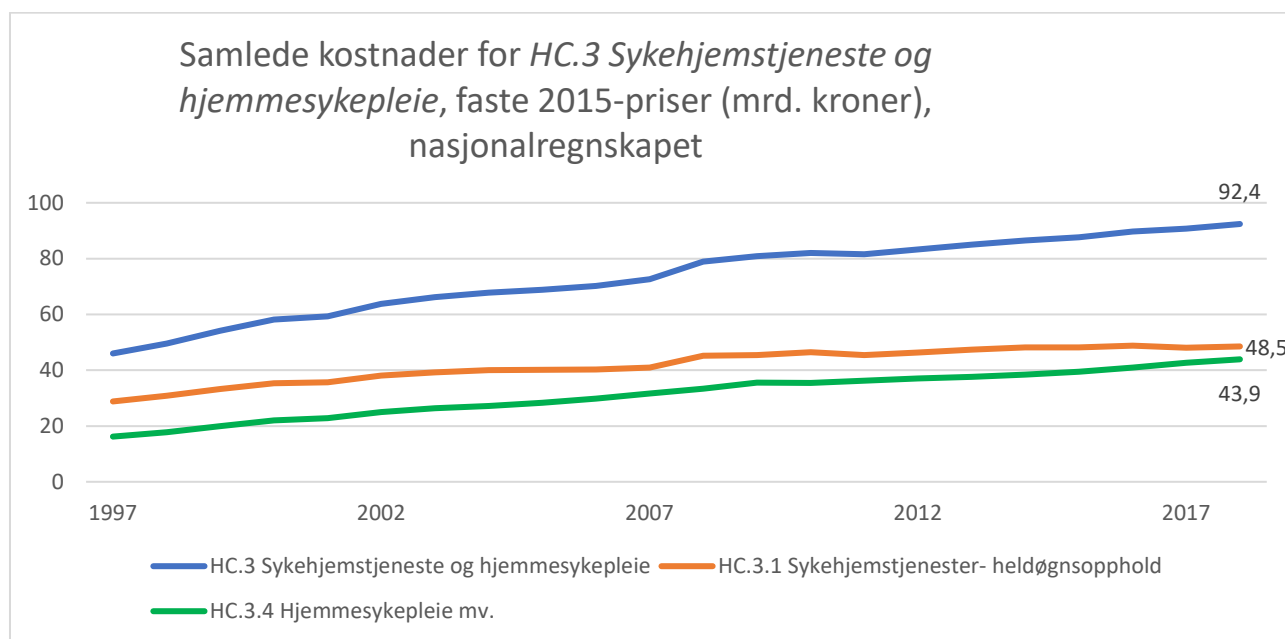
<sup>50</sup> Så langt det er mulig og hensiktsmessig belyser vi kostnadsbildet med faktiske data. Der det ikke er data å oppdrive forsøker vi å dra nytte av nærliggende statistikk og/eller beskrive forholdene kvalitativt.



framskrivinger, som også bruker tallene fra nasjonalregnskapet. Likevel vil det forekomme bruk av tallene fra kommuneregnskap, f.eks. ved bruk av kunnskap i enkeltrapper. Mer informasjon om kommuneregnskap og nasjonalregnskap finnes i vedlegg B. Tallene som oppgis, f.eks. driftsutgifter kan derfor avvike fra andre offentlige dokumenter som hovedsakelig benytter data fra Kostra. Dette som en følge av at nasjonalregnskapet benytter et annet kodeverk enn Kostra.

### De samlede utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester i nasjonalregnskapet

Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært økende i perioden 1997 til 2018.<sup>51</sup> Figur 4-1 viser at utgiftene på området HC.3 Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie<sup>52</sup> i landet i faste priser over tid er fordoblet fra 1997 til 2018. Sammensetningen av utgiftene til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie har også endret seg over tid. I 1997 gikk 35 prosent av utgiftene til HC 3.1 Hjemmesykepleie mv. Andelen økte til 48 prosent i 2018.



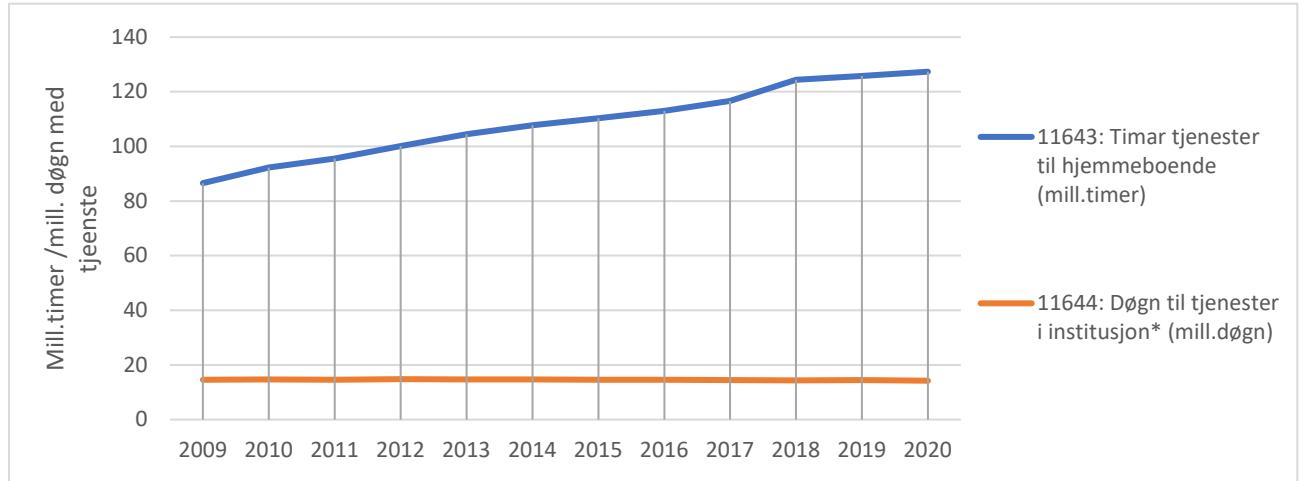
Figur 4-1 Samlede kostnader for HC.3 sykehjemstjenester og hjemmesykepleie (nasjonalregnskap), Bestående av HC 3.1 Sykehjemstjenester- og heldøgnsopphold og HC 3.4 Hjemmesykepleie mv. alle aldre. Kilde: SSB, Tabell 10814 Tallene oppgis i tabell i vedlegg C. Her vises også figur for samlede kostnader i løpende priser.

Til sammenlikning kan vi se på utvikling i omfang av tjenester til hjemmeboende og tjenester i institusjon i figur 4-2 (for alle tjenestemottakere, uavhengig av alder). Økning i antall timer til hjemmeboende var på 47 prosent i perioden 2009 -2020, mens antall døgn i institusjon har hatt svak

<sup>51</sup> 2018 er årgang med siste tilgjengelig status for nasjonalregnskapet i faste priser

<sup>52</sup> HC 3 Sykehjemstjeneste og hjemmesykepleie deles opp i HC 3.1 Sykehjemstjenester - heldøgnsopphold og HC3.4 Hjemmesykepleie mv. SSB benytter disse definisjonene i sin statistikkbank, uten noen utdypende forklaring. Etter dialog med SSB har de forklart at det som inngår i HC3.1. er «alle helse relaterte utgifter til beboere på institusjon» og HC3.4 er «alle helsetjenester til hjemmeboende»

nedgang på tilnærmet 2 prosent.



Figur 4-2 Timer tjenester til hjemmeboende og døgn til tjenester i institusjon gjennom året, (mill. timer/ mill. døgn), alle aldre. \* ekskludert dag- og nattopphold i institusjon, da disse ikke er tilgjengelige i kildetabellen. Kilde: SSB, Tabell 11643.

Til tross for at antall døgn til tjenester i institusjon har gått noe ned, viser figur 4-1 at kostnadsnivået har økt. Regner vi ut en økning i kostnadene for 2009-2002, får vi 24 prosent økning på HC.3.4 Hjemmesykepleie mv. og 7 prosent økning på HC.3.1 Sykehjemstjenester - heldøgnsopphold. Vi ser altså ingen nedgang i kostnadene for sykehjemstjenester i takt med noe lavere aktivitetsnivå. Dette kan tyde på at det eksisterer andre kostnadsdrivende faktorer som påvirker kostnadsnivået, som for eksempel at terskelen for å få langtidsplass har økt og at beboerne derfor har større behov.<sup>53</sup>

### 4.3.2 Kommunal variasjon i utgifter til helse- og omsorgstjenester

For å se nærmere på hvordan kostnadsbildet vil kunne utvikle seg over tid, er det nyttig å se hvordan kostnader fordeler seg og varierer mellom kommuner. Tallene under gjelder utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester samlet sett, med mindre det er presisert at det er egne uttrekk eller estimater for målgruppen eldre.

Tallene fra KOSTRA-nøkkeltall på ssb.no viser at gjennomsnittlig utgift knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger lå på omtrent 28 000 kroner i 2019 (løpende priser). Tabellen under viser flere KOSTRA-grupper hvor utgift per innbygger er betydelig høyere enn gjennomsnittet for landet.<sup>54</sup> Dette viser at utgiftene varierer mellom kommuner med forskjellig størrelse og økonomi. Høyere kostnader per innbygger kan skyldes flere forhold, for eksempel smådriftsulemper eller lange avstander mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

<sup>53</sup> Gjevon og Romøren (2010) Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene? Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr. 10

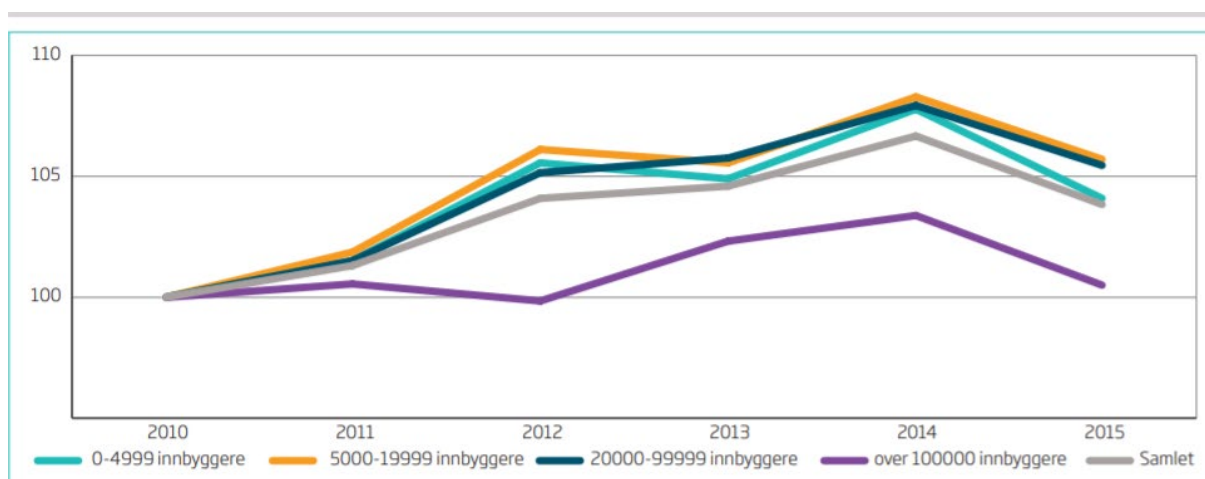
<sup>54</sup>KOSTRA-grupper: 16 – er kommuner med særskilt høye inntekter, 6 – er små kommuner med høye bundne kostnader og høye frie disponible inntekter, 2 – små kommuner med middels bundne kostnader og middels frie disponible inntekter, 13 –store kommuner, 8 – mellomstore kommuner med lave bundne kostnader og middels frie disponible inntekter

Tabell 4-1 Utgifter kommunal helse- og omsorgstjeneste per innbygger i løpende kroner, 2019. Kilde: SSB, Tabell 12209

Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr) 2019							
Oslo	Landet uten Oslo	Landet	KOSTRA-gruppe 16	KOSTRA-gruppe 6	KOSTRA-gruppe 2	KOSTRA-gruppe 13	KOSTRA-gruppe 8
22 986	28 774	28 026	49 755	52 835	37 041	26 481	29 357

Rapporten SAMDATA kommune<sup>55</sup> beskriver variasjon i utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger, fordelt etter kommunestørrelse, og ser nærmere på hvordan disse har utviklet seg over tid.

De finner at for de største kommunene, med mer enn 100 000 innbyggere, var utgiftene per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester tilnærmet stabile, med en realvekst på 0,5 prosent i perioden fra 2010 til 2015. For de andre gruppene av kommuner økte utgiftene per innbygger med 3-4 prosent i perioden. Se figur 4-3.

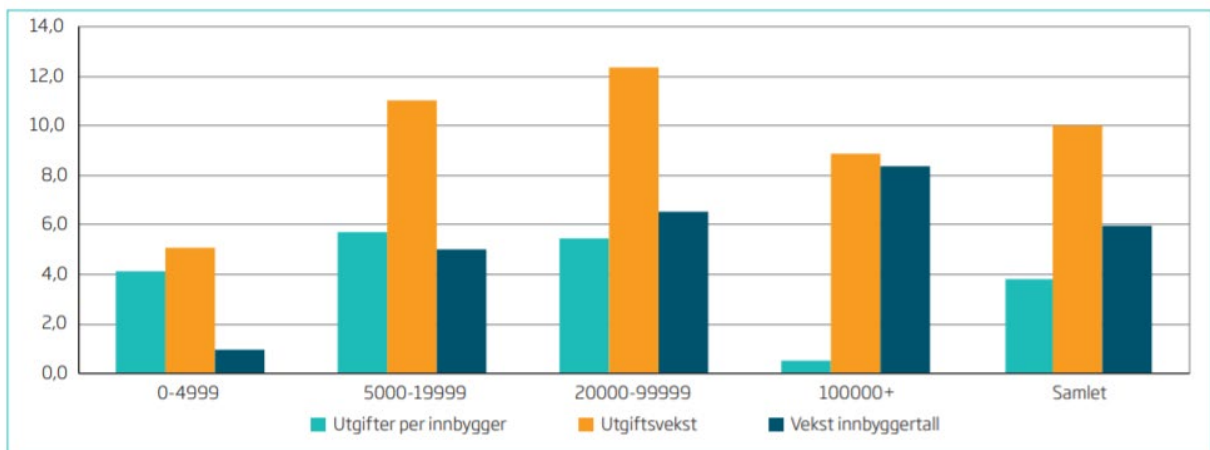


Figur 4-3: Utvikling i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester 2010-2015, fordelt på kommunestørrelse. Faste priser, 2010=100. Kilde: KOSTRA, Helsedirektoratet.<sup>56</sup>

Videre ser de på sammenhengen mellom utgiftsveksten til helse- og omsorgstjenester per innbygger og befolkningsveksten. De største kommunene har hatt en utgiftsvekst i tråd med befolkningsutviklingen. Øvrige kommuner har hatt en sterkere vekst i utgiftene enn befolkningsveksten tilsier. Se figur 4-4.

<sup>55</sup> Helsedirektoratet. (2017). SAMDATA kommune. Rapport IS-2575

<sup>56</sup> Helsedirektoratet. (2017). SAMDATA kommune. Rapport IS-2575.



Figur 4-4: Prosentvis vekst i utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester, dekomponert i utgiftsvekst og vekst i innbyggertall. Endring fra 2010 til 2015. Utgifter i faste priser. Kilde: KOSTRA, Helsedirektoratet<sup>56</sup>

### 4.3.3 Utgifter til helse- og omsorgstjenester til eldre

Til nå har vi sett på utgiftene til helse- og omsorgstjenester totalt for hele befolkningen. Det er lite tall på disse utgiftene kun for eldre. Noen aktører, som KS, estimerer enkelte kostnadsindikatorer etter alder hvert år. Kostnadsfordelinger etter alder lages også i forbindelse med enkeltanalyser, som f.eks. rapporten SAMDATA kommune fra 2017.<sup>56</sup>

I Helsedirektoratets rapport, SAMDATA kommune fra 2017 er det gjort analyser på utvikling i utgifter til helse- og omsorgstjenester over tid. Tabell 4-2 nedenfor presenterer estimater for utgiftene til eldre i alderen 80 og over for perioden 2010-2015. Disse estimatene viser at utgifter til både institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester holdt seg nokså stabilt i perioden. Nederste rad i tabellen viser en sterk nedadgående trend på 4,4 prosentpoeng i andel av utgiftene som går til personer over 80 år i løpet av en kort periode på 5 år. Dette viser at veksten i utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester i perioden har gått til tjenestemottakere under 80 år. Hvorvidt dette skyldes friskere aldring, økt pårørendeinnsats eller at terskelen for å få hjelp har økt, eller en kombinasjon, er uklart. Men mange studier tilsier at presset på pårørende er stort, noe vi diskuterer i kap. 7.1.4.

Tabell 4-2 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (KOSTRA) 2010 - 2015 målt i mill. kr for eldre over 80 år, målt i faste priser. Kilde: Helsedirektoratet<sup>57 58</sup>

	Totalt, mill. kr					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Alle aldre</b>						
Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner i alt: Sum f253+f261+f254+f234+f256 <sup>59</sup>	93 507	95 803	99 966	101 450	104 450	102 286
<b>80 år og over:</b>						
Institusjonsbasert (f253+f261))	35 021	35 325	36 824	36 424	36 926	35 632
Hjemmebasert (f254)	11 338	11 474	11 551	11 344	11 337	10 604
Aktivisering/service (f.234)	1 315	1 300	1 278	1 249	1 246	1 173
Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner 80+: Sum f253+f261+f254+f234	47 673	48 099	49 653	49 016	49 509	47 409
Andel av utgiftene til eldre over 80 år i utgifter til Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjoner i alt	51,0	50,2	49,7	48,4	47,6	46,6

En annen kilde til estimerte utgifter til eldre finner vi på ass.no. Tabellen under viser at netto driftsutgifter for hjemmetjenester per innbygger i aldersgruppen 67 år og over, beregnet for kommunene i ASSS-nettverket<sup>60</sup>, ligger stabilt på om lag 18 000 kroner de tre siste årene. Dette nettverket er bestående av de ti største kommunene i landet, og er dermed ikke representative for landet som helhet.

Tabell 4-3 Pleie- og omsorg (PLO): netto driftsutgifter, hjemmetjenester per innbygger 67 år og over, for de ti største kommunene. Kilde: KS<sup>61</sup>

	2018	2019	2020
<b>Netto driftsutgifter, hjemmetjenester per innbygger 67+ (løpende priser, kroner)<sup>62</sup></b>	17 688	18 137	18 124

<sup>57</sup> Helsedirektoratet. (2017). SAMDATA kommune. Rapport IS-2575.

<sup>58</sup> Note fra rapporten: Data fra KOSTRA (SSB), se avsnitt 1.1 for definisjon av KOSTRA-funksjonene 232, f232, f234, f241, f253, f254, f256 og f261. Utgifter til eldre over 80 år estimeres ved hjelp av gjennomsnittlig antall timetall kombinert med antall brukere fra IPLOS-registeret.

<sup>59</sup> F256 – Døgnbasert øyeblikkelig hjelp.

<sup>60</sup> Nettverk drevet i regi av KS for de 10 største kommunene: Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Tromsø, Trondheim.

<sup>61</sup> KS/ASSS. (2021). ASSS samlet: Pleie og omsorg. Hentet fra: <https://www.ks.no/asss-hjem/asss-2021/artikler/tabeller-og-figurer/asss-samlet/asss-samlet-pleie-og-omsorg/>

<sup>62</sup> Antakelig er dette utgifter ført på funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

## 4.4 Kostnadsdrivere

I de forrige kapitlene har vi sett på kostnadsbildet i dag og tilbake i tid. Nå vil vi se nærmere på hva som kan påvirke disse kostnadene framover.

I St.meld.nr 25 (2005-2006) «*Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*» (Omsorgsplan 2015) gis det en oversikt over de framtidige hovedutfordringene innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omsorgsutfordringene beskrevet i meldingen, var knyttet til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg.<sup>63</sup>

Mange av disse faktorene påvirker kostnader i helse- og omsorgstjenesten. Dette kapitlet gir informasjon om et utvalgt av kostnadsdrivere: behov for tjenester i eldre befolkning, mengde tjeneste og typer tjeneste det er behov for, samt boligsituasjon som kostnadsdriver. Demografisk utvikling er beskrevet under utfordringsbildet i kapittel 2. Faktorene beskrevet i boksen under er ikke tatt med i denne kartleggingsrapporten, men kan spille en betydelig rolle i utviklingen av kostnadsnivået framover.

- Etter innføringen av Samhandlingsreformen fra 2012 har antall registrerte utskrivningsklare **pasienter** økt, flere oppgaver har blitt overført til kommunene og liggetiden på sykehus har blitt redusert.<sup>64</sup>
- **Pårørendes innsats** er en svært viktig faktor som påvirker behovet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ulønnet innsats fra pårørende er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk. Dette er nesten like mange årsverk som de kommunale omsorgstjenestene, som utgjør om lag 142 000 årsverk.<sup>65</sup>
- **Helsepersonell** er en sentral kostnadskomponent i kommunal helse- og omsorgstjeneste, faktorene som lønnsutvikling, kompetansesammensetting, og rekrutteringsutfordringer er viktige kostnadselementer for kostnader i helse- og omsorgstjeneste.
- **Forventningene** til helse- og omsorgstjenestene øker samtidig som ressursene er under stort press.<sup>66</sup> Blankholm-utvalget peker på at det er økende forventninger, både til hva samfunnet skal dekke og til hvilke muligheter den teknologiske utviklingen gir.<sup>67</sup>
- I en ny forekomstundersøkelse ble antall personer med **demens** i Norge i år 2020 beregnet til 101 000 personer (Gjøra 2020 og 2021). Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer enn dobles fra 2020 til 2050 i Norge, og firedobles mot år 2100 (Gjøra, 2020). I overkant av 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom. Over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens.
- Stortingsmeldinger og offentlige utredninger rommer forventninger om at **frivillige organisasjoner** og ubetalt arbeidskraft bør bidra mer for å nå offentlige velferds mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; Kultur- og kirke departementet, 2007; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; NOU, 2011:11). Omsorgsfeltet peker seg ut som et særlig viktig område. Her kan flere frivillige bidra til en

<sup>63</sup> Helsedirektoratet. (2017). *Samlet rapport for Omsorgsplan 2015. Oppsummering og vurdering av resultater for hele planperioden 2007-2015*. IS-2605

<sup>64</sup> Helsedirektoratet. (2019). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelses for utskrivningsklare pasienter 2011-2018*. IS-2813

<sup>65</sup> Departementene. (2020). Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.

<sup>66</sup> FHI. (2021). *Fremtidens helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelseinstituttets-strategi/satsningsomrader/fremtidens-helse-og-omsorgstjenester/?term=&h=1>

<sup>67</sup> Magnussen, J. (2020). Omsorg, omsorgstjenester og omsorgstjenesteforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 01/2020 (Volum 6).

kvalitativt bedre omsorg, og ubetalt arbeidskraft kan minske kostnadspresset i omsorgssektoren.

- Det er også verdt å nevne kostnadsdempende faktorer som heller ikke tar stor plass i denne kartleggingsrapporten: for eksempel trygghetsfremmende tiltak, fysisk aktivitet, god ernæring, rehabilitering og habilitering.

#### 4.4.1 Hvor mange eldre mottar helse- og omsorgstjenester?

Økningen i antall innbyggere i alderen 67 år og over, forbindes ofte med økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid ikke et en-til-en-forhold mellom økningen i eldre og økte helse- og omsorgsutgifter. Dette kapittelet sammenstiller informasjon om andelen av eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er ikke alle eldre som har behov for helse- og omsorgstjenester, særlig ikke fra det året de fyller 67 år. I 2020 var det 26 prosent av befolkningen over 67 år som mottok helse- og omsorgstjenester. Denne andelen har også vært synkende over tid. I 2009 mottok 34 prosent av befolkningen over 67 år kommunale helse- og omsorgstjenester.

Antall innbyggere 67 år og over har økt med 34 prosent fra 2009 til 2020. Antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i denne aldersgruppen har kun økt med 4 prosent i samme periode. Vi har ikke grunnlag for å konkludere på hva som er årsaken til dette. Noen av årsakene kan være effekter av bruk av velferdsteknologiske løsninger, rehabilitering som kan føre til redusert behov for tjenester, at eldre i disse generasjonene har noe bedre helse, at pårørendeinnsatsen har økt eller at kommunene har endret tildelingspraksis (høyere terskel).

Når vi deler opp gruppen eldre i flere, mindre aldersintervaller, ser vi tydelige skiller. En langt større andel i gruppen 80-89 år mottar helse- og omsorgstjenester enn personer mellom 67-79 år. Ser vi på gruppen 90 år og over stiger andelen ytterligere.

Et nærmere blikk på bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt etter aldersintervaller presenteres i tabell 4-4. En lavere andel av befolkningen i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og over mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2019 enn i 2014. Andelen av befolkningen som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i aldersgruppen 67-79 år er uendret mellom 2014 og 2019. Befolkningsøkningen fra 2020 til 2040 blir spesielt sterk blant de som er 80 år og eldre, dvs. blant de som er mellom 67-79 år i dag.

Tabell 4-4 Mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom året, andel av befolkning i aldersgruppen Kilde: SSB, Helsedirektoratet<sup>68 69</sup>

Aldersgruppe	Andel av befolkning i aldersgruppen, prosent, 2014	Andel av befolkning i aldersgruppen, prosent, 2019
67-79 år	12,6	12,6
80-89 år	51,6	47,8
90 år og over	90,5	88,1

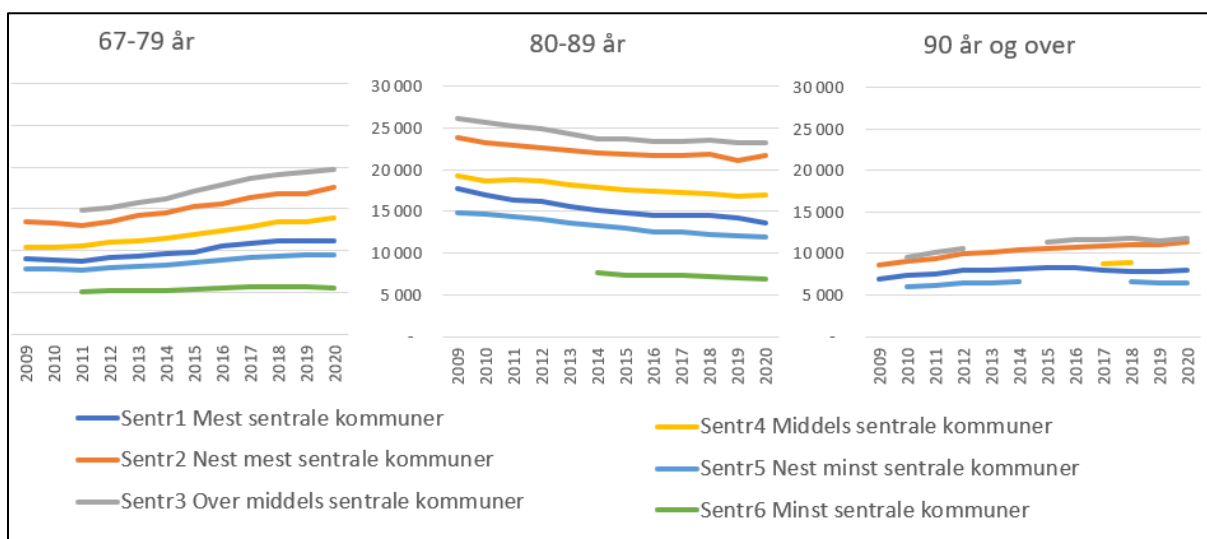
Som tidligere nevnt er det mye som tyder på at økte utgifter til helse- og omsorgstjenester til eldre vil være en særlig utfordring i distriktene. Ved å se på kommuner med ulik sentralitet (SSBs

<sup>68</sup> Mørk, E., (2014). *Kommunale helse- og omsorgstjenester. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. SSB 2015/42.

<sup>69</sup> Helsedirektoratet. (2019). *Kommunale helse- og omsorgstjenester. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS)*.

sentralitetsindeks), fremgår det at det har vært økning i antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i *de fleste* kommunegrupper delt etter sentralitetsnivå i aldersgruppen 67-79 år siden 2011. Vekstraten har vært varierende mellom kommunene med ulik sentralitetsindeks.

Som vist i tabell 4-4, har *andelen* mottakere i aldersgruppen 67-79 år holdt seg stabil de siste årene. Økningen kan altså skyldes økningen i antall personer i denne aldersgruppen. Men det kan også være andre medvirkende faktorer som strengere kriterier for å motta tjenester, belegg/dekningsgrad mm. For en mer utfyllende diskusjon rundt belegg og dekningsgrad henvises leseren til Vedlegg D.



Figur 4-5 Unike brukere av omsorgstjenester i løpet av året, inndelt i aldersgrupper, per kommune sortert etter sentralitetsindeksen. Kilde: SSB, Tabell 11642.

Ser vi på tilsvarende informasjon for aldersgruppen 80-89 år, har antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester gått ned for *alle* sentralitetsnivå. Vi så tidligere at også andelen personer mellom 80-89 år som mottar helse- og omsorgstjenester har falt.

I aldersgruppen 90 år og over har antall mottakere økt for nest mest sentrale kommuner og har vært økende for de mest sentrale kommuner fram til 2016, og med noe stabilt nivå siden 2017. Det er mye informasjon for deler av perioden 2009-2020 som ikke vises på grunn av hensyn til anonymiteten til registrerte brukere/pasienter for over middels sentrale, middels sentrale og nest minst sentrale kommuner. Vi så imidlertid at *andelen* av brukere i denne gruppen har falt. Her har altså også veksten sammenheng med at det er flere personer i denne aldersgruppen, ikke nødvendigvis et økt behov

#### 4.4.2 Bistandsbehov og tjenestetyper

Det er stor variasjon i hvor stort behov eldre har for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det totale antall mottakere av helse- og omsorgstjenester gir oss derfor ikke hele bildet. Helse- og omsorgstjenester favner svært bredt. Noen brukere kan ha langtidsopphold på institusjon, mens andre får praktisk hjelp til daglige gjøremål. For å si noe mer om utviklingen i kostnader og



utfordringsbildet, vil vi derfor bryte ned antall mottakere av tjenester og se nærmere på ulike bistandsbehov<sup>70</sup> og hvilke ulike tjenester som leveres.

Tabellen under viser at bistandsbehovet øker med alder. I 2019 var for eksempel andelen med omfattende bistandsbehov i gruppen 90 år og over henholdsvis 11 og 10 prosentpoeng høyere enn i gruppene 67-79 år og 80-89 år. Andelen med omfattende bistandsbehov er videre høyere for alle aldersgrupper i 2019 enn i 2007, noe som også gjelder andelen middels til stort bistandsbehov. På den andre siden ser vi en reduksjon i andelen personer med noe/- avgrenset bistandsbehov og uoppgitt bistandsbehov.<sup>71</sup>

Tabell 4-5 Tjenestemottakere per 31.12 etter alder og bistandsbehov i 2007 og 2019. Kilde: SSB 2007<sup>72,73</sup> og Helsedirektoratet<sup>74</sup>

Prosentvis fordeling av mottakere av helse- og omsorgstjenester per 31.12 etter bistandsbehov					
	I alt	Noe/- avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
2007					
67-79 år	100%	43%	24%	16%	17%
80-89 år	100%	42%	24%	18%	15%
90 år og eldre	100%	31%	30%	28%	10%
2019					
67-79 år	100%	36 %	33 %	24 %	7 %
80-89 år	100%	37 %	33 %	25 %	5 %
90 år og eldre	100%	27 %	36 %	35 %	2 %

Figur 4-6 nedenfor viser antall tjenestemottakere gruppert i tjenestegrupper, brukt av Statistisk sentralbyrå, og utviklingen fra 2009 til 2020. Her ser vi en tydelig økning for mottakere av «bare hjemmesykepleie», og en tydelig nedgang i mottakere av «bare praktisk hjelp». I tillegg er det nedgang i antallet mottakere av "både praktisk hjelp og hjemmesykepleie". Figuren viser også en liten nedgang i antall brukere av langtidsopphold i institusjon.

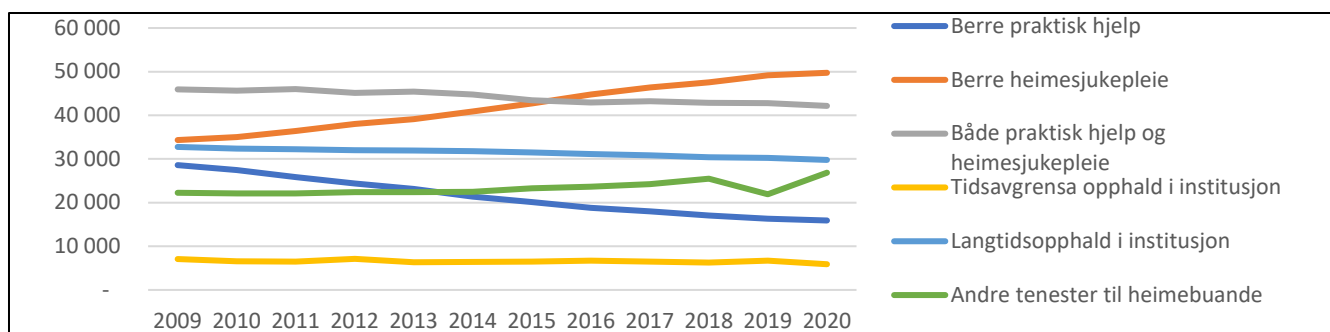
<sup>70</sup> Bistandsbehov – en kategorisering av tjenestemottakere i 3 grupper: noe/avgrenset bistandsbehov, middels til stort bistandsbehov, omfattende bistandsbehov. Fordelingen baseres på kartlegginger av tjenestemottakers ressurser og/eller behov for bistand i daglig livet

<sup>71</sup> NB! Legg merke til at statistikker med status per 31.des. i årgangen, viser et øyeblikksbilde, og dermed ikke reflekterer tjenestetilbudene gitt, og bistandsbehovene kartlagt, i løpet av hele året.

<sup>72</sup> Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS) for 2007, 2008/42

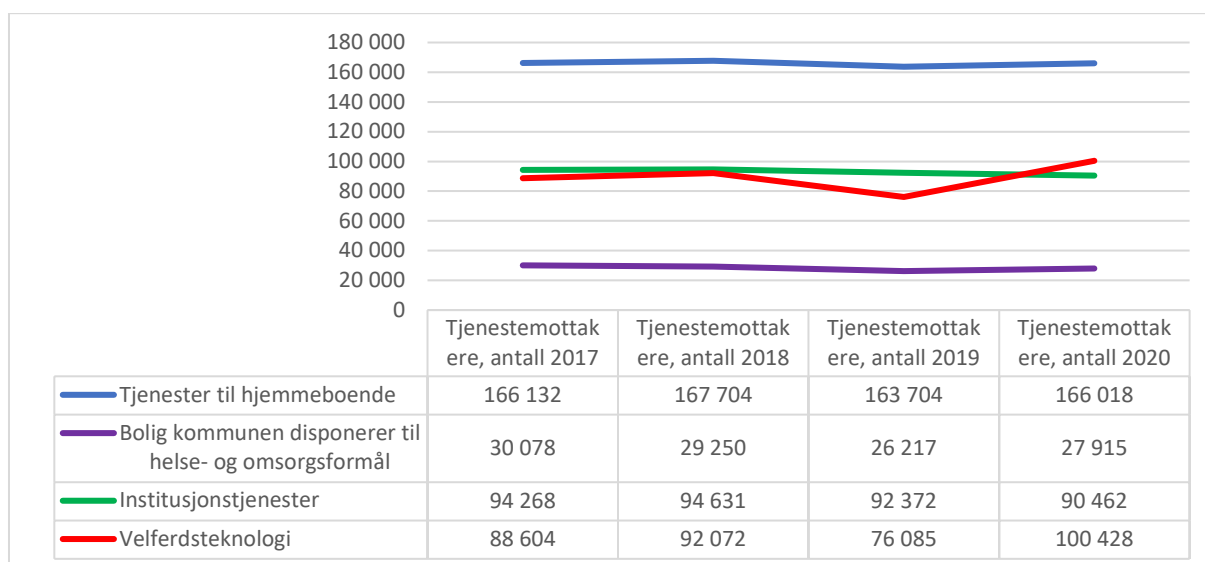
<sup>73</sup> Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016, 2017/26

<sup>74</sup> Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019, Helsedirektoratet



Figur 4-6 Brukere av kommunale helse- og omsorgstjeneste per 31.12., etter statistikkvariabel, region, 67 år og over, tjenestetype og år. Kilde: SSB, Tabell 06969 <sup>75</sup>

Helsedirektoratet grupperer helse- og omsorgstjenester til eldre på en annen måte enn SSB. Tallene deres fanger blant annet opp brukere av velferdsteknologi og brukere av kommunalt disponerte boliger til helse- og omsorgsformål. Figur 4-7 nedenfor viser utviklingen i denne grupperingen fra 2017 til 2020.



Figur 4-7 Tjenestemottakere 67 år og over gruppert etter type tjeneste, gjennom året, 2017-2020. Kilde: Helsedirektoratet (2020)

Tallene viser en økning i antall mottakere av *Velferdsteknologi* i perioden 2017-2020 for aldersgruppen 67 år og over (det var en teknisk feil med innrapportering som gjorde at tallene for 2019 var lave). <sup>76</sup> Tallene for *Institusjonstjenester* og *Bolig kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål* har vært svakt fallende.

<sup>75</sup> Nedgang i tallene for "andre tjenester til hjemmeboende" i 2019 skyldes i hovedsak underreportering av velferdsteknologiske løsninger (f.eks. trygghetsalarm), som ikke ble rapportert fra noen av kommuner på grunn av en teknisk feil.

<sup>76</sup> Mange av statistikkene publisert i statistikkbanken på [ssb.no](http://ssb.no), bruker datagrunnlaget fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Helsedirektoratet bruker også data KPR ved publisering av visninger på [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no). Mange indikatorer på [ssb.no](http://ssb.no) og [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no) teller det samme. Det kan forekomme noen forskjeller i tallene, som skyldes forskjellene mellom databehandling og metodene for telling i byråets og direktoratets systemer.

#### 4.4.2.1 Ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre

Tjenestegruppene som ble presentert i forrige delkapittel, kan brytes ytterligere på enkelttjenester og i mindre aldersgrupper.

En større oversikt over tjenestemottakere 67 år og over etter type tjeneste er presentert i Vedlegg E. Kilde til tallene i vedlegg E og avsnittene under om enkelttjenester er tabell 11642 i statistikkbanken på ssb.no.

**Enkelttjenester som gis til innbyggere i aldersgruppen 67-79 år:** Antall mottakere i denne aldersgruppen har økt med 26 prosent fra om lag 60 000 personer i 2009 til om lag 76 000 personer i 2020. Det var flest mottakere av *Helsetjenester i hjemmet* (herunder Hjemmesykepleie), *Praktisk bistand – daglige gjøremål* (for eksempel renhold) og *Trygghetsalarm* i hele perioden. Disse tjenestene hadde i 2020 brukerandeler på henholdsvis om lag 32, 14 og 14 prosent av totale brukere av helse- og omsorgstjenester. Antall mottakere av *Bolig kommunen disponerer til helse og omsorgsformål* (tidligere «omsorgsbolig» og «annen bolig»), har økt med 1 900 personer i perioden 2009-2020.<sup>77</sup> Antall mottakere av *Langtidsopphold i institusjon* (herunder sykehjem), har økt med om lag 1 400 personer i perioden 2009-2020.

**Enkelttjenester som gis til innbyggere i aldersgruppen 80-89 år:** Antall mottakere i denne aldersgruppen har gått ned med 15 prosent, fra om lag 110 000 i 2009 til om lag 93 000 i 2020. Det var også flest mottakere av *Helsetjenester i hjemmet* (herunder Hjemmesykepleie), *Praktisk bistand – daglige gjøremål* (f.eks. renhold) og *Trygghetsalarm* i 2009-2020. Disse tjenestene hadde i 2020 brukerandeler på henholdsvis om lag 26, 14 og 20 prosent av totale brukere av helse- og omsorgstjenester. Antall mottakere av *Bolig kommunen disponerer til helse og omsorgsformål* (tidligere «omsorgsbolig» og «annen bolig»), har gått ned med om lag 3 000 tjenestemottakere i perioden 2009-2020. Antall mottakere av *Langtidsopphold i institusjon* (herunder sykehjem), har gått ned med avrundet 5 000 personer i perioden 2009-2020, men ligger høyere enn tallene for aldersgruppen 67-79 år.

**Enkelttjenester som gis til innbyggere i aldersgruppen 90 år og over:** Antall mottakere i denne aldersgruppen har økt med rundt 23 prosent, fra om lag 40 000 i 2009 til om lag 49 000 i 2020. Det var flest mottakere av *Helsetjenester i hjemmet* (herunder Hjemmesykepleie), *Praktisk bistand – daglige gjøremål* (f.eks. renhold), *Langtidsopphold i institusjon* og *Trygghetsalarm* i 2009-2020. Disse tjenestene hadde i 2020 brukerandeler på henholdsvis om lag 22, 15, 12 og 19 prosent av totale brukere av helse- og omsorgstjenester. Antall mottakere av *Bolig kommunen disponerer til helse og omsorgsformål* (tidligere «omsorgsbolig» og «annen bolig»), har økt med avrundet 2 000 tjenestemottakere fra 2009 til 2020. Antall mottakere av *Langtidsopphold i institusjon* (herunder sykehjem), har økt med omtrent 1 000 personer fra 2009 til 2020.

---

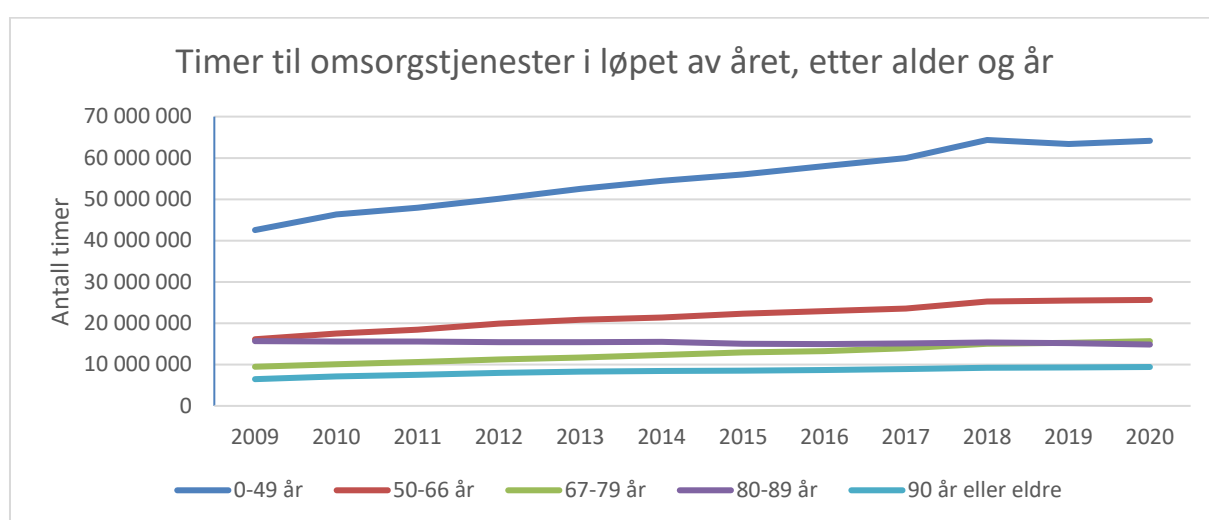
<sup>77</sup> Når personen mottar denne tjenesten, skal det i tillegg foreligge vedtak om tjenestetilbud som gis i denne boligen, eksempelvis Helsetjeneste i hjemmet, Dagaktivitetstilbud og/eller Støttekontakt. Det er behovene til den enkelte som påvirker hvilke tjenester innvilges i tillegg til Bolig kommunen disponerer til helse og omsorgsformål. For noen av mottakere av denne tjenesten vi den totale pakken med tjenestetilbud utgjøre heldøgns tjenestetilbud.

#### 4.4.2.2 Hvor mye tid brukes på tjenester til ulike aldersgrupper?

Et annet mål på omfanget av helse- og omsorgstjenester til eldre, og hvor stort bistandsbehov de har, er hvor mange timer og døgn som brukes av kommunene til dette formålet. Vi ser først på de totale tallene for hele landet, før vi ser nærmere på variasjoner i kommunegrupper.

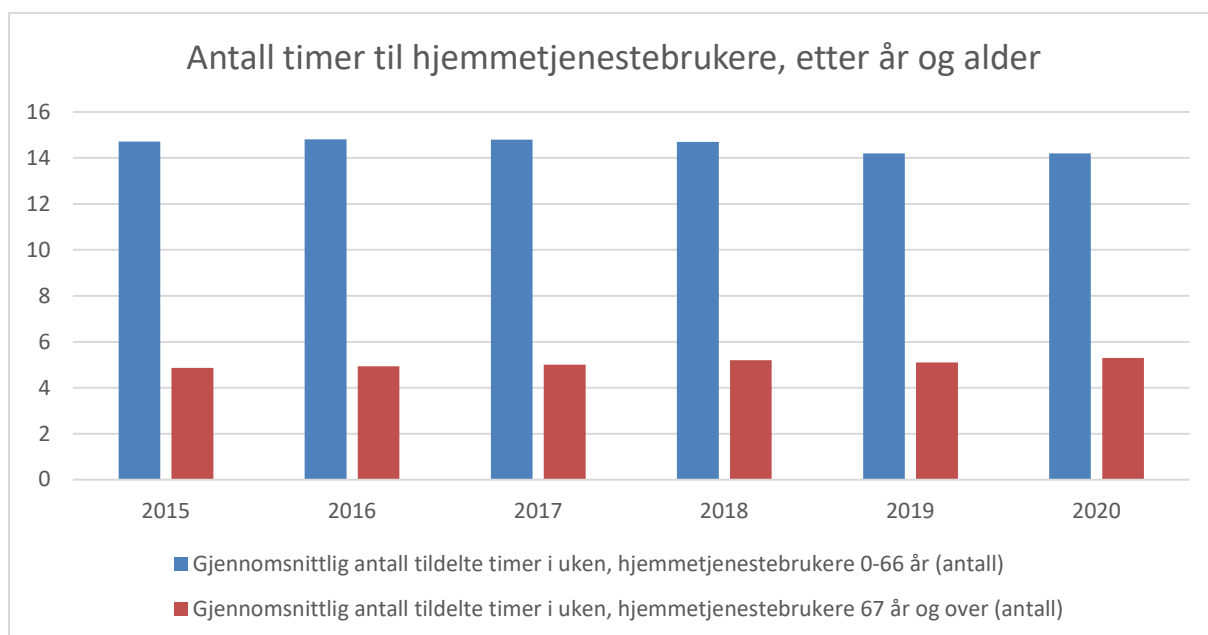
Figur 4-8 viser det totale antallet timer brukt til omsorgstjenester for ulike aldersgrupper. Eksempel på kommunale helse- og omsorgstjenester med timeregistrering: helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, dagaktivitetstilbud og støttekontakt.

Det totale antallet timer har økt i alle aldersgruppene, med unntak av aldersgruppen 80-89 år hvor antall timer har vært relativt stabilt. Det er også verdt å legge merke til at antall timer til omsorgstjenester til eldre er relativt lavt sammenliknet med tjenester til den yngre delen av befolkningen, særlig 0-49 år.



Figur 4-8: Timer til omsorgstjenester i løpet av året, etter alder og år. Hele landet, timer. Kilde: SSB, Tabell 11643

Yngre aldersgrupper stod for den største timebruken av omsorgstjenester, men det er også interessant å se på antall timer per bruker. Tallene vi ser i Figur 4-9 viser et gjennomsnittlig antall tildelte timer for et utvalg av tjenester til hjemmeboende.

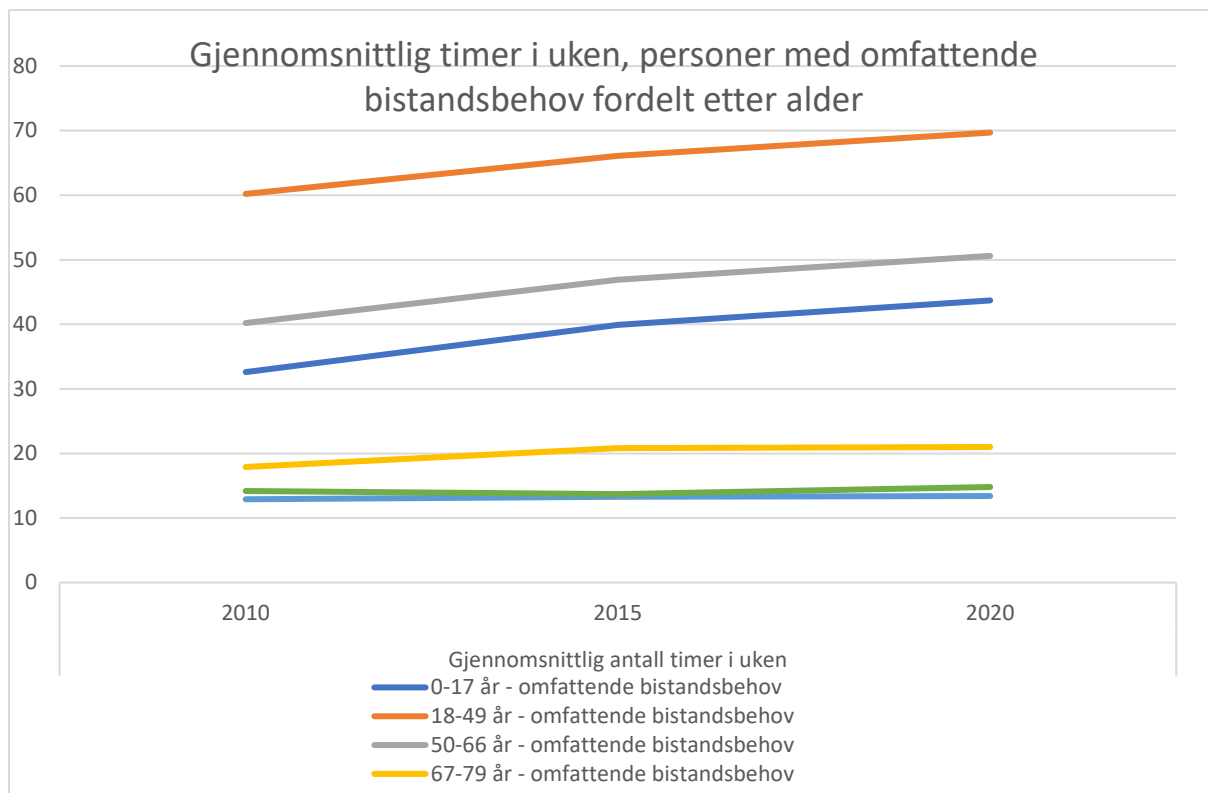


Figur 4-9 Kommunale helse og omsorgstjenester – gjennomsnittlig antall timer i uken, et utvalg av tjenester til hjemmeboende, etter alder. Kilde: SSB, tabell 12292 <sup>78</sup>

Figuren viser en betydelig forskjell mellom antall gjennomsnittlige timer mellom aldersgruppene 0-66 år og 67 år og over: gjennomsnittlig antall timer i aldersgruppen 0-66 år har vært på rundt 14 timer i uken, mens tilsvarende for 67 år og over var på 4-5 timer i uken. Denne timebruken har vært stabil gjennom de siste årene.

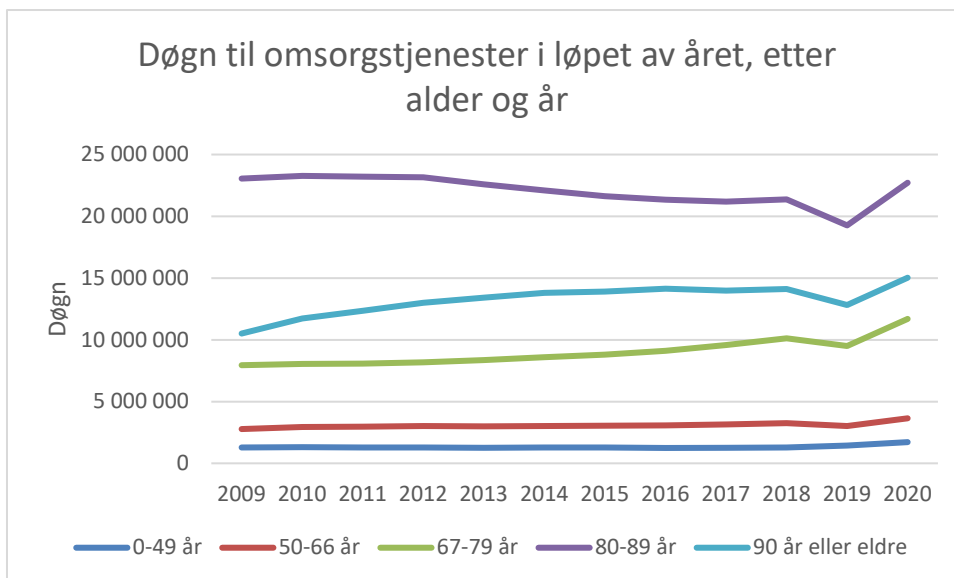
Som vist i kap 4.3.3 viser andelen av utgiftene til eldre over 80 år en sterk nedadgående trend. Tall fra SSB viser videre at eldre brukere med omfattende bistandsbehov mottar langt færre tjenestetimer enn yngre brukere med samme bistandsbehov. Figur 4-10 viser at en person mellom 80-89 år med omfattende bistandsbehov mottar i snitt 13,4 timer i uken, mens en person mellom 18-49 år i snitt mottar 69,7 timer i uken.

<sup>78</sup> Tallene vi ser i figuren viser (etter definisjonen fra ssb.no) et gjennomsnittlig antall tildelte timer praktisk bistand pr 31.12.; inkl. 1 Praktisk bistand - daglige gjøremål, 2 Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål, 3 Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistanse BPA, 7 Avlastning - utenfor institusjon, 11 Omsorgsstønad, 15 Helsetjenester i hjemmet.



Figur 4-10 Gjennomsnittlig timer i uken, personer med omfattende bistandsbehov fordelt etter alder.  
Kilde: SSB, tabell 09933

Det er ikke alle helse- og omsorgstjenester som registreres med antall timer. For å få et helhetlig bilde over tjenestetilbudet i kommunen, bør det også sees på tjenester som ikke registreres med timer. Eksempler på tjeneste uten registrering av timer er: tidsbegrenset eller langtidsopphold i institusjon, trygghetsalarm og lokaliseringsteknologi. For å vise kommunens tjenesteinnsats på disse tjenestene, ser man på antall døgn det er gitt til tjenestemottakerne. Figur 4-11 viser utvikling i døgn til helse- og omsorgstjenester *uten timeregistrering*, fra 2009 til 2020. Figuren viser at flest døgn går til aldersgruppen 80-89 år, mens den yngste aldersgruppen 0-49 år bruker minst. Antall døgn har vært relativt stabilt for de yngre aldersgruppene 0-49 år og 50-66 år. Aldersgruppene 67-79 og 90 år og over har økt noe i perioden, mens 80-89 er redusert. (nedgang i tallene i 2019 skyldes feil med rapportering av velferdsteknologi).



Figur 4-11: Døgn til omsorgstjenester i løpet av året, etter alder og år. Hele landet, døgn.  
Kilde: SSB, Tabell 11644

### Regionale forskjeller i tjenesteomfang

Vi kan også se nærmere på forskjeller i tjenesteomfang mellom kommuner. Tabell 4-6 nedenfor viser antall timer brukt på kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene, gruppert etter sentraliseringsindeks. Denne gangen ser vi på hele aldersgruppen 67 år og over.

Tabell 4-6 Totalt antall timer av kommunale helse- og omsorgstjenester som krever timeregistrering, 67 år og over, gruppert etter kommunesentralitet 2009-2020 (i 1 000 timer). Kilde: SSB, Tabell 11643

	Antall timer i 1000 timer, 2020	Endring fra 2009 i prosent
<b>Sentr1 Mest sentrale kommuner</b>	4 761	+ 3 %
<b>Sentr2 Nest mest sentrale kommuner</b>	8 294	+ 24 %
<b>Sentr3 Over middels sentrale kommuner</b>	9 701	+ 35 %
<b>Sentr4 Middels sentrale kommuner</b>	8 467	+ 35 %
<b>Sentr5 Nest minst sentrale kommuner</b>	5 950	+ 24 %
<b>Sentr6 Minst sentrale kommuner</b>	2 756	+ 35 %

Tabellen viser et høyere totalt timeantall for de over middels sentrale kommunene. Timeantall gitt til personer 67 år og over har også økt for alle kommunegrupper. Veksten har vært tydelig høyere i de over middels sentrale, middels sentrale og minst sentrale kommunegruppene. I de mest sentrale kommunene har veksten vært relativt lav. Eventuelle årsaker til dette har vi ikke sett nærmere på, men kan være interessant i en videre studie.

Tabell 4-7 viser tallene for døgnopphold for aldersgruppen 67 år og over i kommuner fordelt etter sentralitetsindeks.

Tabell 4-7: Døgn i kommunale helse- og omsorgstjenester, uten krav om timeregistrering, 67 år og over, gruppert etter kommunesentralitet 2009-2020 (1000 døgn). Kilde: SSB, Tabell 11644

	Antall døgn i 1000 døgn, 2020	Endring fra 2009 i prosent
<b>Sentr1 Mest sentrale kommuner</b>	8 332	+ 20 %
<b>Sentr2 Nest mest sentrale kommuner</b>	10 781	+ 22 %
<b>Sentr3 Over middels sentrale kommuner</b>	12 018	+ 26 %
<b>Sentr4 Middels sentrale kommuner</b>	8 705	+ 25 %
<b>Sentr5 Nest minst sentrale kommuner</b>	6 264	+ 5 %
<b>Sentr6 Minst sentrale kommuner</b>	3 334	+ 3 %

Det har vært økende antall døgnopphold gitt til personer 67 år og over i alle kommunegruppene i perioden 2009 til 2020. Minst sentrale og nest minst sentrale kommuner hadde svakere vekstrate enn resten av kommunegrupper. Flere faktorer kunne har ført til denne økningen – økning i antall eldre, eller f.eks. utvidelse av bruken av velferdsteknologiske løsninger.

### 4.4.3 Boligsituasjon som kostnadsdriver

Boligsituasjonen, herunder boligens egnethet og geografisk beliggenhet, påvirker utgiftene til helse- og omsorgstjenester for eldre. For eksempel vil det bli dyrere for kommunen å tilby helse- og omsorgstjenester dersom den eldres bolig er lite tilrettelagt og ligger langt unna hjemmetjenesten.<sup>79,80</sup> Samtidig ser vi en samfunnsutvikling med økende grad av sentralisering, i form av aldrende distrikter og en ung befolkning i byene. Videre skjer det en sentralisering av offentlige tjenester også i distriktskommuner, gjennom sentral plassering av omsorgsbygg, omsorgsbaser eller tilpassede boliger og lignende. Flere lettstelte boliger, sentralisering og økt bruk av velferdsteknologi, vil kunne bidra til å dempe offentlige utgifter til helse- og omsorgstjenester.

#### 4.4.3.1 Boligens tilgjengelighet

Hvorvidt en bolig er egnet for beboeren eller ikke er av betydning for kostnadene til helse- og omsorgstjenester, og spesielt viktig er det hvor godt boligen er egnet for personer med nedsatt funksjonsevne som vil trenge helse- og omsorgstjenester. En egnet bolig gjør det mulig for eldre å bo lenger hjemme og å unngå kostbare institusjonsopphold. Dessuten kan bedre egnede boliger bidra til økt effektivitet i helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, som i denne rapporten omtales som "hjemmetjeneste". I kapittel 5 om boligmarkedet ser vi nærmere på tilgjengeligheten av dagens boliger for eldre og den forventede utviklingen framover.

Vista Analyse har gjort eksempelberegninger på hvorvidt baderomsrelaterte tiltak i hjemmet til eldre, fører til gevinster (kostnadsreduksjoner) knyttet til redusert behov for hjemmetjenester og redusert behov for institusjonsplass. Analysen viser at kostnaden ved tiltakene er små sammenliknet med de

<sup>79</sup> Jardar Sørvoll mfl.: Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer. *NOVA-rapport 5/20*. 2020

<sup>80</sup> Bjerkmann, I. L., Holden, M. B. og Kristiansen, A. (2019). Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem. Vista Analyse. Rapport 2019/01



mulige gevinstene og at tiltak som fører til redusert behov for hjemmetjenester og institusjonsplass er samfunnsøkonomisk lønnsomme.<sup>80</sup>

Tabell 4-8 nedenfor viser en beregning fra Vista Analyses rapport. Beregningen forutsetter behov for bistand fra hjemmetjenesten og institusjonsplass i et referansealternativ (boligeier gjør ingen tiltak) og et tiltaksalternativ (boligeier rehabiliterer badet) og anslår tilhørende kostnader. Differansen i netto nåverdi (NNV) mellom referanse- og tiltaksalternativ representerer gevinsten ved tiltaket, her om lag 1,3 mill. kroner. Rehabilitering av baderommet til en kostnad på om lag 200 000 kroner kan med andre ord gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster gitt at sammenhengen mellom baderomsrehabiliteringen (tiltaket) og konsekvensene (reduisert bistandsbehov og bortfall av behovet for institusjonsplass) er som forutsatt. Det understrekes i rapporten at det er stor usikkerhet knyttet til sammenhengene mellom tiltak og konsekvenser, samt størrelsen på konsekvensene og når de oppstår, og beregningen er basert på en rekke forutsetninger om disse sammenhengene.

Tabell 4-8: Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ. Kilde: Vista Analyse<sup>81</sup>

År	Referansealternativ			Tiltaksalternativ		
	Hjemmetjeneste, antall timer per uke	Hjemmetjeneste, årlig kostnad	Institusjonsplass el.	Hjemmetjeneste, antall timer per uke	Hjemmetjeneste, årlig kostnad	Kostnad ved tiltak ekskl. mva.
0	1,7	70 000	-	1,7	70 000	200 000
1	16,3	680 000	-	4,8	200 000	-
2	16,3	680 000	-	4,8	200 000	-
3	-	-	1 010 000	16,3	680 000	-
4	-	-	1 010 000	16,3	680 000	-
NNV		1 350 000	1 760 000		1 630 000	200 000
Sum NNV	<b>3 110 000</b>			<b>1 630 000</b>		

I Vistas rapport *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*<sup>82</sup> slås det fast at "endringer i boligene kan redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester". For eksempel vises det til at omtrent 35 prosent av boligene som ansatte i helse- og omsorgstjeneste besøkere, har fysiske hindre som gir utslag i ressursbruk. For 90 prosent av disse boligene finnes det tiltak for utbedring slik at ressursbruken reduseres. Med andre ord vil det være mulig å effektivisere ressursbruken i hjemmebaserte tjenester i 30 prosent av boligene. De fysiske hindrene er som regel knyttet til bad og trapper, og tiltakene inkluderer alt fra hjelpemidler til store ombygginger.

#### 4.4.3.2 Boligens beliggenhet

*Boligens geografiske beliggenhet* påvirker blant annet indirekte brukertid for tjenester som utføres i brukers opprinnelige bolig, hvor reisetid er en av kostnadsdriverne. I «Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester» utgitt av Helsedirektoratet, deles kommunene inn i 4 grupper utfra reisetid for helse- og omsorgstjenester.<sup>83</sup> Ved å se på reisetid opp mot lønnsutgifter kan kostnadsbildet knyttet til beliggenhet belyses i større grad. Inndelingen er gjengitt i tabell 4-9. Tallene fra forsøket med

<sup>81</sup> Bjerkmann, I. L., Holden, M. B. og Kristiansen, A. (2019). Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem. Vista Analyse. Rapport 2019/01

<sup>82</sup> Ekhaugen, T., Bjerkmann, I., B., Ekeland, E. & Holden, M., B. (2018) Et godt bad forlenger livet (i egen bolig). Vista analyse Rapport 2018/24.

<sup>83</sup> Helsedirektoratet. (2018). *Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester*

statlig finansiering bør sees på med forbehold, så lenge forsøket har egne forutsetninger for beregning av nasjonale priser og kostnadsdrivere, som kan avvike fra de faktiske utgifter i en enkeltkommune.

Det er en stor overvekt av kommuner som har en reisetid på under 10 min. til kommunesenter. I disse kommunene er det er beregnet at 20 prosent av arbeidstiden benyttes til reisetid. For gruppene som har reisetid på over 10 min. til kommunesenter, benyttes hhv. 27,5 prosent og 35 prosent av arbeidsdagen til reisetid. En liten andel kommuner har reisetid på over 15 min. til kommunesenter. Da er reisetiden beregnet til 40 prosent av arbeidsdagen, og utgjør dobbelt så lang reisetid sammenliknet med kommunene i gruppe 1.

Tabell 4-9: Reisetidsgrupper, andel reisetid for helsetjenester. Kilde: Helsedirektoratet<sup>83</sup>Kilde: Helsedirektoratet<sup>83</sup>

	Andel reisetid	Antall kommuner	Kjennetegn ved kommune
Reisetid gruppe 1	20 %	326	Reisetid under 10 min til k. senter
Reisetid gruppe 2	28 %	58	Reisetid over 10 min til k. senter, under 15 km til sonesenter
Reisetid gruppe 3	35 %	34	Reisetid over 10 min til k. senter, mellom 15 og 25 km til sonesenter
Reisetid gruppe 4	40 %	10	Reisetid over 10 min til k. senter, mellom 25 og 32 km til sonesenter

En sentralt plassert bolig vil ikke bare redusere reisetid, men sannsynligvis også redusere behovet for hjelp med daglige gjøremål som handling, transport og liknende. Når eldre klarer seg selv i større grad vil utgiftene kommunen har til praktisk bistand nødvendigvis synke. En annen mulig fordel med sentrale boliger kan være at eldre føler seg mindre ensomme som følge av bedre tilgang til dagaktivitetstilbud og venner. Lokale møteplasser aktivitetstiltak er to av tiltakene som rettes mot ensomme eldre og som troligvis fungerer bedre der boligene ligger sentralt til. Det er flest ensomme i aldersgruppen 80 år og kapasiteten til å flytte på seg reduseres normalt betraktelig i denne aldersgruppen, noe som underbygger viktigheten av sentrale boliger.<sup>84</sup>

## 4.5 Kostnadsdeling

I denne delen vil vi klargjøre hvilket ansvar henholdsvis staten, kommunene og brukerne har for ulike deler av finansieringen når det gjelder helse- og omsorgstjenester i henholdsvis institusjonstjenester og tjenester til hjemmeboende.

Dette gir innsikt i mulige insentiver som kan ligge bak de valg aktørene gjør med hensyn til om helse- og omsorgsbehovet søkes dekket gjennom hjemmebaserte eller institusjonsbaserte tjenester.

### 4.5.1 Overordnet om kostnadsdelingen

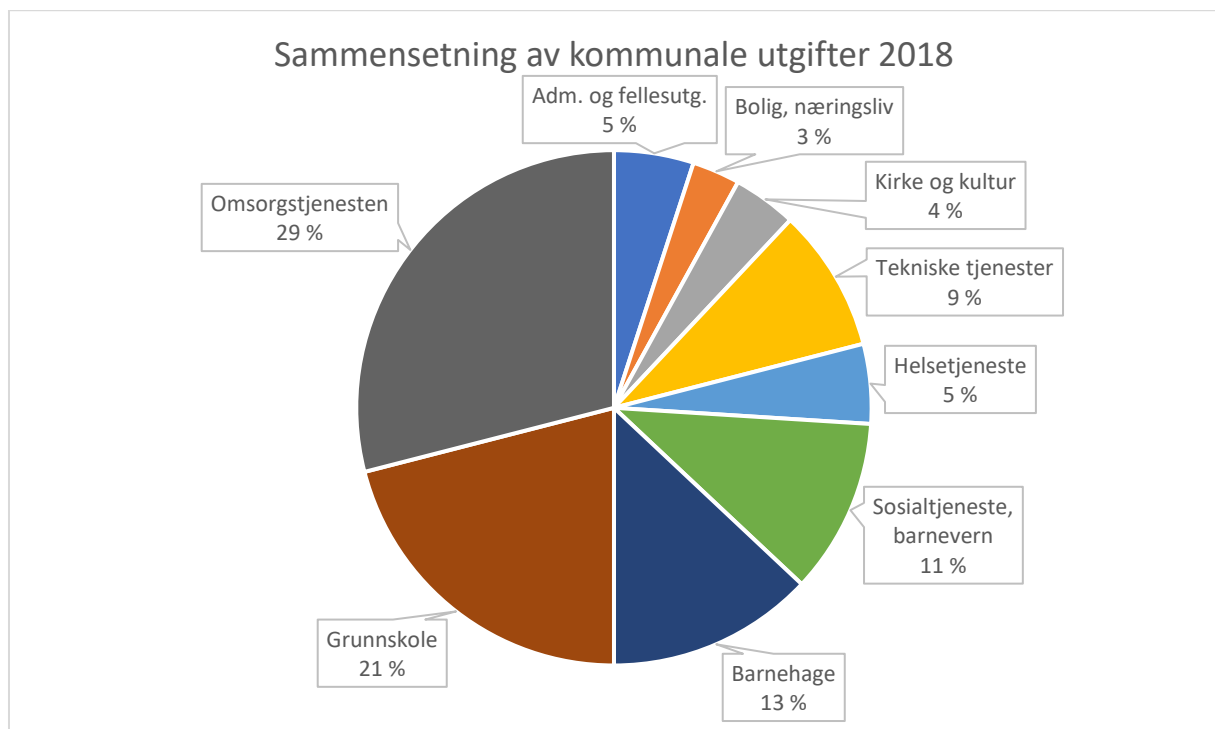
Kommunene har ansvaret for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose - slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i felleskap med andre.

<sup>84</sup> Sæter, W.H., og Karlsen, R.K., (2020). *Vanskelig å forebygge ensomhet*. Hentet fra: [https://www.napha.no/ensomhet\\_strategi](https://www.napha.no/ensomhet_strategi)

De kommunale helse- og omsorgstjenestene består av ulike former for tjenester til hjemmeboende (som for eksempel helsetjenester i hjemmet eller praktisk bistand) og tjenester i institusjon (herunder sykehjem).

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester finansieres i hovedsak av «frie inntekter», dvs. skatteinntekter og statlig rammetilskudd. I tillegg finansieres tjenestene gjennom brukerbetaling og egenandeler, og ved statlige overføringer som trygderefusjoner til blant annet lege- og fysioterapitjenester. I tillegg gis det enkelte øremerkede tilskudd som eksempelvis investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser i omsorgsboliger og sykehjem. Et annet øremerket tilskudd er refusjonsordningen for særlig resurskrevende helse- og omsorgstjenester.<sup>85</sup> Ordningen har flere avgrensinger og gjelder blant annet ikke for eldre over 67 år. Ordningen er derfor ikke omtalt i denne kartleggingen.

I artikkelen *Finansiering av kommunesektoren* på regjeringen.no, omtales helse- og omsorgstjenester vi ser på i denne rapporten som "Omsorgstjenesten". Omsorgstjenesten er den største utgiftsposten i kommunesektoren og utgjør 29 prosent av kommunenes utgifter.



Figur 4-12: Sammensetning av kommunale utgifter 2018. Kilde: KMD (2021)<sup>86</sup>

Tallene viser videre at kommunene med sine frie inntekter finansierer den største andelen til utgifter i helse- og omsorgssektoren. Tall fra nasjonalregnskapet i tabellen under, som tidligere er diskutert i avsnitt 4.3.1 viser at de frie inntektene i 2018 dekket 92 prosent av utgiftene til området HC.3

<sup>85</sup> Kommunene mottar årlig refusjon fra staten for særlig resurskrevende helse- og omsorgstjenester. Ordningen innebærer at deler av kommunenes utgifter knyttet til brukerne med omfattende behov for tjenester dekkes av staten. I 2018 var innslagspunktet for å kunne motta tilskudd 1 270 000 kroner. Kompensasjonsgraden for utgifter utover innslagspunktet var 80 %.

<sup>86</sup> Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Finansiering av kommunesektoren*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/finansiering-av-kommunesektoren/finansiering-av-sektoren-samlet-herunder/id552048/>

*Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie* (96 milliarder kroner i løpende priser). Kommunene har om lag 8 mrd. kroner i inntekt fra egenbetaling. Egenbetalinger kommer i hovedsak fra egenandeler for opphold i institusjon. Egenandeler er nærmere omtalt i kap. 4.5.4. Kommunenes inntekter fra egenbetaling gjelder for alle som mottar helse- og omsorgstjenester tildelt av kommunen.

Tabell 4-10: Helseutgiftene til området "HC.3 Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie", fordelt etter finansieringskilde, 2018, mrd.kr. i løpende priser. Kilde: SSB, Tabell 10811

Finansieringskilde	Mrd. kroner	Andel
Totalt	104,5	100 %
Kommunene	96,3	92,2 %
Husholdningenes egenbetalinger mv.	8,2	7,8 %

## 4.5.2 Nærmere om kostnadsdeling i institusjonstjenesten mot hjemmebaserte tjenester

I dette avsnittet belyser vi kostnadsfordelingen mellom stat, kommune og den enkelte når det gjelder ulike typer helse- og omsorgstjenester.

Overordnet var de kommunale utgiftene i nasjonalregnskapet for *områdene HC.3.1*

*Sykehjemstjenester- heldøgnsopphold* og *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.* 2018 på omtrentlig samme nivå, om lag 48 milliarder kroner. Egenbetalingene var derimot veldig ulike, der egenbetaling for *HC.3.1 Sykehjemstjenester- heldøgnsopphold* var 6 milliarder høyere enn tilsvarende for tjenester på området *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.* Andelen egenbetaling av totale utgifter til *HC.3.1 Sykehjemstjenester- heldøgnsopphold* var dermed betraktelig høyere, 13 prosent mot 2 prosent for *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.* Egenandeler diskuteres nærmere i avsnitt 0.

Tabell 4-11: Kostnadsfordeling mellom kommune og bruker i hjemme- og institusjonstjenesten i 2018 (mrd. Kroner). Kilde: SSB, Tabell 10811

	Kommunale utgifter	Husholdningenes egenbetaling mv.	Totalt
Utgifter på området <i>HC.3.1<sup>87</sup> Sykehjemstjenester- heldøgnsopphold</i>	47 756	7 162	54 918
Andel av <i>HC.3.1 Sykehjemstjenester- heldøgnsopphold</i> i utgiftene fra alle finansieringskildene	87 %	13 %	100 %
Utgifter på området <i>HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.</i>	48 526	1 007	49 533
Andel av <i>HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.</i> i utgiftene fra alle finansieringskildene	98 %	2 %	100 %

Forskjellen i kostnadsfordeling mellom kommune, stat og den enkelte skyldes ulike ansvar for lovpålagte tjenester. I tabellen nedenfor gis det en oversikt over slike lovpålagte tjenester, og

<sup>87</sup> SSB benytter disse definisjonene i sin statistikkbank, uten noen videre forklaring. Etter dialog med SSB har de forklart at det som inngår i HC3.1. er «alle helserelaterte utgifter til beboere på institusjon» og HC3.4 er «alle helsetjenester til hjemmeboende».

hvordan ulike regelverk slår ut når det gjelder kostnadsfordelingen mellom stat, kommune og den enkelte, avhengig av om personen bor på institusjon eller i eget hjem.

Tabell 4-12: Kostnadsfordeling mellom kommune, stat og bruker. Kilde: Hero (2011)<sup>88</sup>

Tjeneste	Kommune	Stat	Bruker
<b>Institusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kost og losji</li> <li>- Legetjenester</li> <li>- Legemidler</li> <li>- Store tekniske hjelpemidler</li> <li>- Sykepleie</li> <li>- Sykepleieartikler</li> <li>- Praktisk hjelp</li> <li>- Egenandeler spesialisthelsetjeneste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forflytningshjelpemidler</li> <li>- Ortopediske hjelpemidler</li> <li>- Kommunikasjonshjelpemidler</li> <li>- Spesialisthelsetjenester</li> <li>- Reiseutgifter til spesialist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inntektsavhengig vederlag som dekker samtlige tjenester</li> </ul>
<b>Hjemmetjenesten</b> (Hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hjemmesykepleie</li> <li>- Hjemmehjelp</li> <li>- Omsorgslønn</li> <li>- Støttekontakt</li> <li>- Hjelpemidler til korttidsbruk</li> <li>- I tillegg enkelte ikke-lovpålagte tjenester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viktige legemidler og sykepleieartikler</li> <li>- Allmennlegetjenester</li> <li>- Fysioterapi</li> <li>- Spesialisthelsetjenester</li> <li>- Reiseutgifter til spesialist</li> <li>- Hjelpemidler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Egenandeler for tjenester dekt av folketrygden</li> <li>- Egenandeler for praktisk bistand</li> <li>- Alle andre utgifter til dagliglivet</li> </ul>

Som det framgår av tabellen, og som også Menon Economics<sup>89</sup> har omtalt i sin evaluering av investeringstilskuddet, vil kommunene ha det fulle og hele finansieringsansvaret for sykehjem, og kan kreve en inntektsavhengig brukerbetaling. Kommunene må i sykehjem dekke utgiftene til alle pleie- og omsorgstjenester i tillegg til legemidler, tekniske hjelpemidler og tannhelsetjenester.<sup>12</sup> Omsorgsbolig er til forskjell fra sykehjem definert som beboernes private hjem. Dette gjør at beboerne er omfattet av det samme regelverket for helsetjenester, pleie- og omsorgstjenester og tilskuddsordninger som andre hjemmeboende.<sup>14</sup> Dette innebærer at staten har finansieringsansvaret for en rekke tjenester som kommunen har ansvar for å finansiere i institusjoner. Kommunen må i tillegg dekke boligkostnader, kost og losji i sykehjem, mens dette er et privat finansieringsansvar i omsorgsbolig.

Som det framgår av tabellen over er det en vesentlig forskjell på hva den enkelte eldre må betale selv og hva som dekkes av det offentlige når en bor hjemme versus på institusjon. Som en illustrasjon på dette forsøker vi under å gi en beskrivelse av hva som skjer i praksis fra den ene dagen og til neste når en person flytter fra eget hjem til institusjon den andre.

<sup>88</sup> Hero. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. HELSEØKONOMISK FORSKNINGSPROGRAM (Skriftserie 2011: 5).*

<sup>89</sup> Westberg m fl. (2019). *Evaluering av investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. MENON-PUBLIKASJON NR. 43/2019*

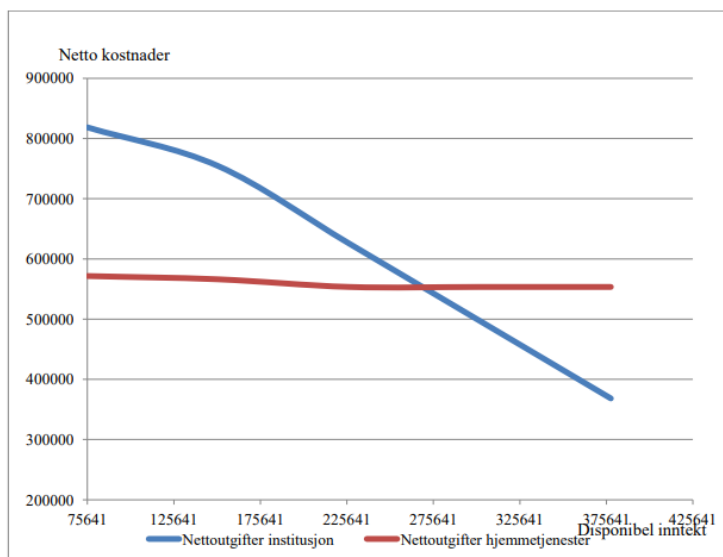
Tabell 4-13 Bosted i heldøgns omsorgsbolig versus institusjon/sykehjem. Kilde: DFØ.

<b>31.12.2020</b> <b>Bor i omsorgsbolig med heldøgns tjenester</b>	<b>01.01.2021</b> <b>Bor i institusjon/sykehjem</b>
Betaler husleie etter boligens standard/beskaffenhet. Rettigheter er regulert etter husleieloven. Betaler egenandel for de tjenester som inngår i folketrygdens takordninger (tak I og tak II). Betaler ikke for hjemmesykepleie eller praktisk bistand til personlig stell og egenomsorg. Betaler for mat, forbruksvarer og medisiner på hvit resept.	Betaler et samlet beløp beregnet ut fra inntekt både for å bo (inkl. mat), lege, fysioterapi, medisiner/medisinsk forbruksmateriell og for andre helse- og omsorgstjenester/praktisk bistand. Har ingen rettigheter knyttet til botilbudet utover hva som eventuelt følger av forsvarlighetskravet.
Får spesifisert enkeltvedtak vurdert ut fra behov. Dette kan være tjenester som dagaktivitetstilbud, fysioterapi, hjemmesykepleie og praktisk bistand.	Får vedtak om plass. Får i praksis de tjenester som er tilgjengelig på sykehjemmet.
Individuell rett til fastlege. Omfattende regulering av innholdet i tjenesten.	Tilsynslegeordning. Noe krav til hva legen skal utføre av oppgaver.
Individuell rett til medisiner på blå resept som fastlegen forskriver.	Får de legemidler tilsynslegen ved sykehjemmet foreskriver.
Individuell rett til individuelt tilpassede hjelpemidler dekket av folketrygden.	Får de hjelpemidler som er tilgjengelig på sykehjemmet. Folketrygden har ansvar for individuelt tilpassede hjelpemidler for permanent behov.

I ovennevnte rapport fra HERO 2011 *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986 – 2010* er det gjort ulike analyser for å belyse i hvilke situasjoner det vil være mer lønnsomt for kommunen å tilby hjemmebaserte tjenester framfor institusjonsomsorg. Rapporten er over 10 år gammel, og bygger slik sett på tall og premisser som kan være endret til i dag. Vi synes likevel rapporten gir et interessant innblikk i elementer som har betydning for premisset om at det vil være samfunnsøkonomiske mer lønnsomt at eldre blir boende i eget hjem framfor plass i sykehjem. Vi har ikke funnet tilsvarende analyser eller vurderinger av nyere dato.

Basert på nærmere definerte antakelser og beregninger, viser HEROs rapport hvordan kommunenes netto driftsutgifter ved å tilby hjemmetjenester og institusjonstjeneste til en eldre person med omfattende bistandsbehov varierer med inntekt. Rapporten konkluderer med at nettoutgiftene i hjemmetjenesten faller svakt fram til en disponibel inntekt på 4G, hvor maksimum brukerbetaling vil slå inn og utgiftene holder seg stabilt.<sup>90</sup> Nettoutgiften i institusjon vil falle raskere med disponibel inntekt grunnet progressiv egenbetaling. Dette gjør at nettoutgiftene til institusjon vil krysse nettoutgiftene til hjemmetjenesten ved en disponibel inntekt på omtrent 5G. Med andre ord vil det være rimeligere for kommunen å tilby institusjon for brukere som har en inntekt høyere enn 5G fordi egenbetalingene dekker merkostnaden av å tilby omsorgstjenester i institusjon. Dette er illustrert i figuren under (figuren er et utklippsbilde fra rapporten, hvor x-aksen viser inntekt etter skatt for brukeren).

<sup>90</sup> G er folketrygdens grunnbeløp og utgjør 106 400 kroner per 1. mai 2021.



Figur 4-13: Kommunenes nettoutgifter (kr) for en pleietrengende eldre i institusjon og i hjemmetjenesten. Kilde: HERO (2011).

I rapporten understrekes det at figuren først og fremst er en illustrasjon av de økonomiske insentivene som skapes av finansieringssystemet for kommunene i valg av tjenestesammensetning. Hovedkonklusjonen er imidlertid at finansieringssystemet gir økonomiske insentiver for kommunen til å satse på heldøgns bemannede omsorgsboliger for pleietrengende eldre (eldre med omfattende bistandsbehov) hvis den inntektsavhengige brukerbetalingen dekker mindre enn ekstraavgiftene kommunene har i institusjon. Videre sies det i rapporten, at dette tilsier at kostnadsforskjellene mellom tjenestene hovedsakelig vil avhenge av at kommunene dekker en større del av regningen i institusjon, og lønnsomheten mellom alternativene vil avhenge av inntekten til brukerne. Hvis omsorgsboliger med heldøgnsbemanning blir regnet som et alternativ til sykehjem er det sannsynlig at kommunene kan gjøre lønnsomhetsvurderinger i valg av tjeneste. Rapporten konkluderer med en klar anbefaling om at finansieringssystemet for heldøgnsomsorg bør harmoniseres slik at kommunene vil evaluere behov opp mot faktiske kostnader i valg av tjenester.

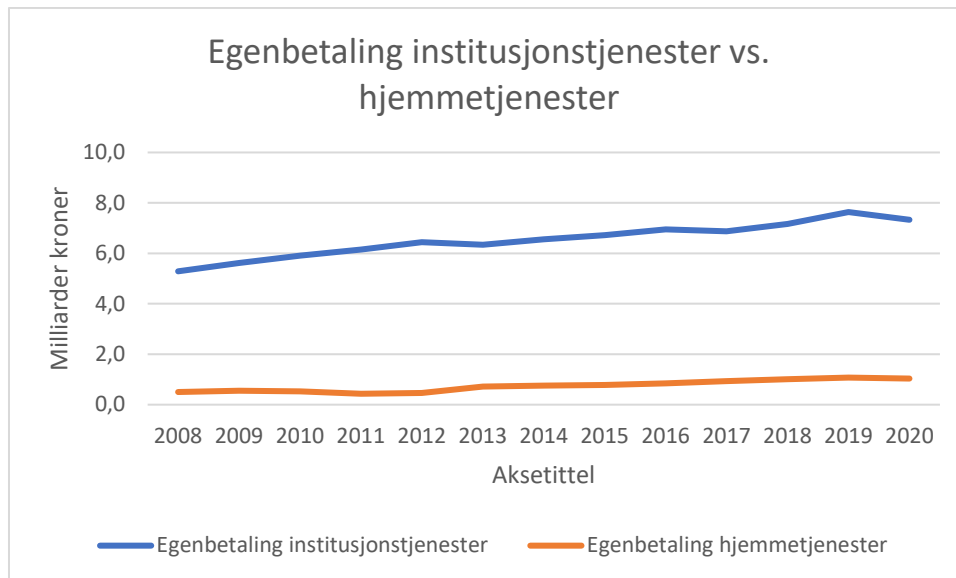
### 4.5.3 Nærmere om størrelse, utvikling og variasjon i egenbetaling

Det er ulike regler for kommunens adgang til å ta betaling for tjenester i og utenfor institusjon. I eget hjem kan kommunen kreve betaling for praktisk bistand. Dette kan være typiske hjemmehjelpstjenester, som for eksempel rengjøring, klesvask og matlaging, samt annen praktisk bistand i forbindelse med husholdningen. Kommunen kan i utgangspunktet selv bestemme nivået på egenandelene for praktisk bistand. Øvre tak er imidlertid det tjenesten koster å produsere (selvkost). Egenandelene skal sees i sammenheng med brukerens inntekter, slik at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. Der husholdningen har en samlet skattbar inntekt under 2G, kan ikke kommunen ta mer enn et maksimalbeløp per måned fastsatt i forskrift. Helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand som tjenester til personlig stell og omsorg er gratis.

Kommunen kan ta betaling for langtidsopphold i institusjon, herunder sykehjem. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp, kan det kreves betalt 75 prosent årlig. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelingen av fribeløpet. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent. Det skal gjøres fradrag i beregningen av vederlaget, dersom beboeren har forsørgeransvar

eller på grunn av hensynet til hjemmeboende ektefelle. For korttidsopphold i institusjon kan kommunen kreve egenandel som fastsatt i forskrift.

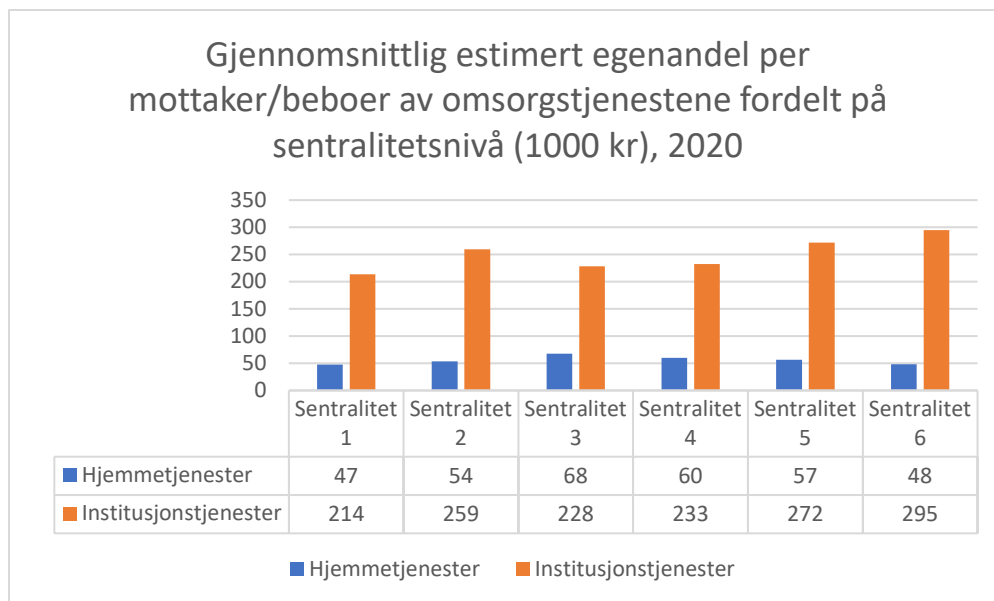
Som diskutert i avsnitt 4.5.1 er egenandelsbeløpene større på området *HC.3.1 Sykehjemstjenester-heldøgnsopphold* i nasjonalregnskapet, enn på området *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.*, en forskjell på omtrent 6 milliarder kroner i løpende priser i 2020. De siste 12 årene har utviklingen i egenandelsbeløpet for *HC.3.1 Sykehjemstjenester-heldøgnsopphold* vært nominelt større enn for *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.* Prosentvis er derimot økningen størst i egenbetaling betalt for *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.*, som har sett en dobling siden 2008.



Figur 4-14: Husholdningenes egenbetalinger mv. på områdene *HC.3.1 Sykehjemstjenester-heldøgnsopphold* og *HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.* 2008-2020, mrd. kr., i løpende priser. Kilde: SSB, Tabell 10811.

Kommunene har et visst handlingsrom når det kommer til satser for egenbetaling, og vi har tidligere sett at for eksempel aldersfordelingen er ulik på tvers av kommunene. For å undersøke om egenbetaling varierer mellom kommuner, benytter vi igjen sentralitetsindeksen. Vi bruker her KOSTRA-tall og vi antar at egenandel er lik differansen mellom brutto og netto utgifter. Figuren under viser at det er en tendens til at beboere i institusjon i gjennomsnitt betaler mindre i egenandel i sentrale kommuner enn i mindre sentrale kommuner. For tjenester til hjemmeboende er estimert egenandel relativt jevn. Eventuelle årsaker til dette har vi ikke sett nærmere på, men kan være interessant i en videre studie.





Figur 4-15: Egenbetaling per beboer og sentralitet.<sup>91</sup> Kilde: SSB, Tabell 12292 og 12362.

#### 4.5.4 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene – nasjonale enhetskostnader

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene startet opp i 2016. Dette er et forsøk hvor omsorgstjenestene i forsøkskommunene finansieres ved et rundsumtilskudd og gjennom et tilskudd etter aktivitet (vedtak) til fastsatte nasjonale enhetspriser. Forsøket er ikke begrenset til tjenester til eldre. Enhetsprisene er utarbeidet for tjenester som ytes i eget hjem og for institusjonstjenester, i tillegg oppgis det enhetspriser for aktivisering.<sup>92</sup>

Enhetsprisene som er beregnet for bruk i forsøket må brukes med en viss forsiktighet. Evalueringsrapportene fra forsøket viser blant annet at de deltagende kommunene i finansieringsmodell A jevnt over har lavere enhetspriser enn de nasjonale enhetsprisene.

Tabellen under viser at de nasjonale enhetsprisene per time fortjenester som gis i eget hjem, som inkluderer helsetjenester i hjemmet er nærmere dobbelt så høye som for aktiviseringstjenester. Enhetskostnadene for institusjonstjenester måles per døgn og ligger på 2761.

Tabell 4-14: Enhetskostnader som nasjonale gjennomsnitt. Kilde: Helsedirektoratet (Enhetskostnader norske kommuner 2019).

Tjeneste	Millioner timer	Milliarder kroner	Kroner per time	Kroner per døgn
Aktivisering	19,9	5,1	258	-
Hjemmetjenester	96,8	46	475	-
Institusjonstjenester	14,5	40,1	-	2 761

Tabellene under viser eksempler på enhetspriser for helsetjenester i hjemmet og ordinær sykehjemsplass. Timeprisene for helsetjenester i hjemmet varierer avhengig av mobilitetsgraden på

<sup>91</sup> Tallene inkluderer ikke utgifter til institusjonslokaler.

<sup>92</sup> Schanche, P. mlf. (2018). Enhetskostnad norske kommuner. Agenda Kaupang. RAPPORT NR: 9272-07.

tjenesten der ambulerende tjenester ikke overraskende er vesentlig dyrere enn øvrige tjenester. Enhetsprisene på bolig er forholdsvis jevne uavhengig av om tjenesten gis på dag/kveld eller natt. Videre ligger enhetsprisene for sykehjemsplasser som er kommunalt eid, noe under enhetsprisen private plasser. Dette gjelder for alle arbeidsgiveravgift-soner.

Tabell 4-15: Enhetspriser for helsetjenester i hjemmet i kroner. Kilde: Helsedirektoratet<sup>93</sup>

<b>Tjeneste: Helsetjenester i hjemmet</b>			
<b>Tjenestebeskrivelse:</b>	Helsetjenester i hjemmet er planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten, jf. Kriteriedokument punkt 4.1		
<b>Enhetspris:</b> AGA sone 1, Reisetid-gruppe 1.	Ambulerende	Dag/kveld, pr vedtakstime	Kr 764,-
		Natt, pr vedtakstime	Kr 1076,-
	Bolig	Dag/kveld, pr vedtakstime	Kr 566,-
		Natt, pr vedtakstime	Kr 528,-
	Stasjonær	Dag/kveld/natt, pr vedtakstime	Kr 581,-
	Kontor/base	Dag/kveld, pr vedtakstime	Kr 477,-

Tabell 4-16: Enhetspriser for ordinær sykehjemsplass. Kilde: Helsedirektoratet<sup>94</sup>

<b>Tjeneste: Ordinær sykehjemsplass</b>							
<b>Tjenestebeskrivelse:</b>	Langtidsplass i institusjon er et varig botilbud for personer med heldøgns helse- og omsorgsbehov, jf. kriteriedokument punkt 5.3.2.						
<b>Enhetspris</b>	<b>Sone for arbeidsgiveravgift</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>IVa)</b>	<b>V</b>
	Kommunens plass	879	853	823	814	834	776
	Kjøp av plass	367	948	447	730	339	965
		911	885	855	846	866	808
		444	948	446	731	340	966

#### 4.5.5 Investeringskostnader

En siste del av kostnadsbildet vi vil se nærmere på er investeringskostnader til oppretting av plasser i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns tilbud. Husbanken har, gjennom sin forvaltning av Investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem, tall på kostnader til slike investeringer.<sup>95</sup> Med tall fra Husbanken viser tabellen under oppføringskostnaden per sykehjemsplass for 2017-2019, noe vi anser som en indikasjon på investeringskostnaden per sykehjemsplass. Gjennomsnittlig kostnad per plass ligger på om lag 4,2 millioner kroner. Dette er noe høyere enn medianen og tyder på at de fleste plassene koster noe under gjennomsnittet. Det er samtidig stor forskjell på de dyreste og billigste plassene, omtrent 7 millioner per plass.

<sup>93</sup> Helsedirektoratet. (2019). *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester*. Vedlegg til tilskudsregelverk 2011.

<sup>94</sup> Helsedirektoratet. (2019). *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester*. Vedlegg til tilskudsregelverk 2011.

<sup>95</sup> Les mer om investeringstilskuddet i kapittel 6

Tabell 4-17: Kostnad per sykehjemsplass. 2017-2019. Kilde: Husbanken (mottatt per e-post)

	Kostnad per plass (mill. kroner)
Gjennomsnitt	4,2
Median	3,7
Standardavvik	1,6
Min	1,4
Max	8,2
Antall saker	52
Antall sykehjemsplasser	2 001

## 4.6 Framskrivninger av tjenesteomfang og kostnader

Kostnadsbildet for helse- og omsorgsutgifter tenkes å endres over tid, i takt med utviklingen for kostnadsdriverne tidligere diskutert i rapporten. Derfor er det nødvendig å undersøke hvordan driverne antas å endre seg for å kunne si noe om fremtidig utvikling på kostnadene. I det følgende legger vi frem anslag gjort av SSB som belyser demografiske utviklingstrekk og konsekvenser av disse frem mot 2060. Spesielt fire rapporter danner grunnlaget for vår framskrivning av kostnadsbildet:

- Meld. St. 15 (2017-2018); Leve hele livet: framskrivning av antall mottakere av omsorgstjenester
- SSB-rapport 2019/12; Behovet for arbeidskraft i helse og omsorg mot 2060: framskrivning av behovet for årsverk i omsorgstjenestene
- SSB-rapport 2020/42; Skatteregningen for helse- og omsorgsutgifter mot 2060: framskrivning av kostnader til omsorgstjenestene
- SSB-rapport 2020/43; Etterspørsel etter omsorgsplasser med heldøgns bemanning mot 2060: framskrivning av behovet for institusjonsplasser og omsorgsboliger

Framskrivningene viser ulike scenarier som bygger på en rekke forutsetninger knyttet til drivkrefter for etterspørsel etter omsorgstjenester og kombinasjoner av disse:

- Demografi
- Sykelighet (helsetilstand)
- Omfang av familieomsorg<sup>96</sup>
- Standard på tjenestene
- Produktivitet

SSB skriver at det er betydelig usikkerhet knyttet til de tallmessige framskrivningene. Hensikten med dem er primært å vise hvordan utviklingen kan bli betinget på plausible antakelser om det som ansees som viktige forhold. Framskrivningene tar ikke hensyn til virkninger eksplisitte av strategier og tiltak som er utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i framtiden. Beregningene av produktivitetsvekst kan imidlertid tolkes som effekter av ressursbesparende tiltak. Effekter av endringer i familieomsorgen kan ha relevans i en vurdering av flytting av eldreomsorg fra

<sup>96</sup> SSB skriver i 2019/12 at usikkerheten rundt forventet familieomsorg gjør at de begrenser seg til to alternativer; 1) konstant familieomsorg tilsvarende 90 000 i alle år i beregningsperioden, og 2) proporsjonal familieomsorg der årsverkene i familieomsorgen antas å vokse prosentvis like raskt som etterspørselen etter årsverk i de formelle omsorgstjenestene.

institusjon til hjemmet, siden pårørendes muligheter for å yte omsorg må antas større når de gamle lever i eget hjem. SSBs framskrivninger representerer likevel, etter vår vurdering, det beste foreliggende grunnlaget som denne kartleggingen kan bygge på.

*De viktigste funnene:*

*Referansebanen viser en vekst i utgifter til omsorgstjenester på 44 prosent fram til 2035. Økningen drives hovedsakelig av store befolkningskull i gruppen 80-89 år på 2020-tallet. Når disse bikker 90 år på 2030-tallet er gruppen på 90 år og over en sterk drivkraft til økningen i utgifter. Framskrivning av dagens situasjon tilsier at behovet for langtids institusjonstjenester øker kraftig siden bruken av slike tjenester intensiveres med alderen og det forventes sterk vekst i de eldste aldersgruppene. Utgifter til tjenester til hjemmeboende framskrives også til å øke, men i mindre grad.*

*Framskrivningene viser at forhold som bedre helse, familieomsorg og standardheving har mye å si for kostnadsutviklingen framover.*

*Antall mottakere av omsorgstjenester øker med 25 prosent til 2035.*

*Behovet for årsverk i omsorgstjenestene øker med 43 prosent til 2035. Langtids institusjonspleie stiger mer enn hjemmetjenester jo lenger frem i tid det framskrives. Skulle familieomsorgen utvikle seg proporsjonalt vil økningen være svakere, siden familieomsorgen fungerer som et substitutt for formelle tjenester.*

*Veksten i antall heldøgns omsorgsplasser drives først og fremst av langtidsplasser i institusjon som tiltar rundt 2030. Dette skyldes trolig at det blir mange flere i de eldste aldersgruppene på denne tiden.*

#### **4.6.1 Framskrivning av kostnader**

Befolkningsutviklingen fremover vil preges av at vi blir flere eldre og at andelen eldre i befolkningen vil øke. Det er ventet at denne utviklingen vil medføre en økning i omfanget av helse- og omsorgstjenester til eldre. En slik økning vil kunne medføre høyere offentlige utgifter, men utviklingen avhenger av flere faktorer. Dette avsnittet ser nærmere på hvordan utgifter til omsorgstjenester kan forventes å utvikle seg i årene fremover. Vi definerer omsorgstjenester som tjenester til hjemmeboende, korttids og langtids institusjonstjenester, og dagaktivisering.

I framskrivningene ser vi på forvaltningens rolle som finansieringskilde og det lovpålagte sørge-for-ansvaret som det offentlige har for å tilby omsorgstjenester. Dette omfatter all statlig og kommunal egenproduksjon av slike tjenester, samt privat produksjon som mottar finansiering fra det offentlige, eller tilbyr tjenester på vegne av det offentlige, for eksempel ideelle organisasjoner da slik tjenesteproduksjon i stor grad inngår i det offentlige sørge-for-ansvaret.

##### *Forutsetninger og forbehold om framskrivningene*

Framskrivningene estimeres på bakgrunn av framskrivninger gjort i SSB-rapport 2020/42. SSB har bistått i arbeidet og levert årsverkstall fordelt på aldersgrupper og ulike omsorgstjenester i tillegg til framskrivninger av kostnadsbildet. Aldersgruppene er som tidligere definert i rapporten, mens omsorgstjenester er definert i forrige avsnitt. SSB har framskrevet kostnadene ved å bruke

framskrevet behov for årsverk i omsorgstjenestene og multiplisere disse med en årsverkskostnad for å finne totale utgifter. Modellen beregner utgifter i 2017 som første år og framskriver senere år basert på samme beregningsmåte. Årsverkstall er hentet fra nasjonalregnskapet.

Årsverkskostnaden reflekterer det offentlige finansieringsbehovet for et årsverk i omsorgstjenestene. Et årsverk er basert på 1500 timeverk som sysselsettingsenhet, noe som ligger nært timeverk per årsverk i omsorgstjenestene (1486). Det benyttes både brutto og netto som mål på kostnaden per årsverk. Der det brukes nettoutgift hensyntas det at reduserte skatteinntekter kan bidra til økt finansieringsbehov.<sup>97</sup> For utfyllende informasjon rundt beregning av fiskale effekter per ekstra årsverk i omsorgstjenestene henvises det til kapittel 4 i SSB 2020/42.

Alle løpende verdier deflateres med lønnsveksten til 2017 («lønns») kroner. I alle beregninger vokser nominell timelønn med 3 prosent per år, mens alle priser vokser med 2 prosent. SSB forklarer valget av lønn som deflator med at det gir et realistisk bilde av hvilken skattebyrde som skattebetalerne står overfor fremover.

DFØ har gjort mindre beregninger på tallene levert av SSB. Utgifter fordelt på aldersgrupper er beregnet som totale utgifter for alle aldre multiplisert med hver aldersgruppes andel av totale årsverk. På samme måte beregnes utgifter til tjenestetypene som totale utgifter til omsorgstjenestene multiplisert med hver tjenestetypes andel av totale årsverk.

Det er ikke gjort noe aktivt med omfanget av bruken av omsorgsboliger, men årsverkene knyttet til bemannede omsorgsboliger inngår i tjenester til hjemmeboende. Det er heller ikke modellert inn noen endringer av sammensetningen innenfor omsorgstjenestene. Dette gjelder også boligpolitikken og sammensetning i boligmassen. Beregningene forutsetter at den prosentvise fordelingen av årsverkene innenfor hjemmebasert omsorg på de enkelte undertjenestene, herunder bemanning i omsorgsboliger, er den samme som i utgangsåret for framskrivningene (2017).

SSB skriver i 2020/43 at videreføring av dagens politikk er en bevisst valgt forutsetning, selv om den sannsynligvis vil være urealistisk på lang sikt. De framskrevne scenariene fanger for eksempel ikke opp overgang fra institusjonsomsorg til hjemmetjenester, men legger til grunn forutsetninger som i stor grad ikke styres direkte av politikk. Dermed hensyntas det heller ikke direkte andre tiltak som bidrar til at folk klarer seg lengre i eget hjem som for eksempel velferdsteknologi, aktivitetstiltak, forebyggende hjemmebesøk mv. Grovt sett kan en si at framskrivningene er statiske fremstillinger.

Investeringsutgifter ligger inne i beregningene. Disse er typisk store i de relativt få årene de skjer og litt forenklet har SSB glattet ut investeringsutgiftene over en 5-års periode. Den eneste kapitalkostnaden det er tatt høyde for er kapitalslit, i tråd med slik det gjøres i nasjonalregnskapet.

Felles for scenariene vi beregner er at de bygger på *Hovedalternativet* for befolkningsframskrivning mens utvikling i helsetilstand, standard og arbeidsproduktivitet, og familieomsorg varierer som vist i tabellen under:

---

<sup>97</sup> «Det ekstra årsverket i omsorgstjenestene tas fra markedsrettet produksjon. Etter færre enn 5 år er det privat forbruk som i all hovedsak fortrenses, og det betyr reduserte grunnlag for mva. og andre indirekte skatter. Fortrengningen av markedsrettet produksjon reduserer også skattepliktig overskudd, slik at provenyet fra direkte selskapsbeskatning faller.» SSB 2020/42.

Tabell 4-18: Oversikt over scenarier i framskrivningen av kostnadsbildet for omsorgstjenestene

	Befolkning	Helsetilstand	Standard og arbeidsproduktivitet	Familieomsorg
<b>SR, referansebane</b>	MMMM-18	Konstant lik 2017	Konstant lik 2017	Proporsjonal
<b>S1, minimumsscenario</b>	MMMM-18	Bedre helse (reduerte brukerandeler for alder over 55 år)	Konstant lik 2017	Proporsjonal
<b>S2, maksimumsscenario</b>	MMMM-18	Konstant lik 2017	Bedre standard (1 prosentvekst i årsverk per bruker for alle år)	Konstant lik 2017
<b>S3, bedre helse og bedre standard</b>	MMMM-18	Bedre helse (reduerte brukerandeler for alder over 55 år)	Bedre standard (1 prosentvekst i årsverk per bruker for alle år)	Konstant lik 2017

### Resultater

Tabellen under presenterer framskrevne utgiftstall for omsorgstjenestene i 2035 og 2060. Vi ser at de beregnede tallene for netto utgifter ligger høyere enn brutto utgifter for alle scenarier. Dette er forventet siden netto utgifter hensyntar skattevridningseffekten omtalt på forrige side. Kostnadene er estimert til å øke i alle scenarier frem til 2060. I resten av kapitlet setter vi søkelyset på brutto utgifter og alle tall omhandler brutto utgifter dersom det ikke er spesifisert noe annet.

De beregnede utgiftene til omsorgstjenestene i 2017 ligger om lag 15 milliarder over 2017-tallene fra nasjonalregnskapet henvist til tidligere i kapittel 4. Dette kan delvis forklares ved at tallene fra nasjonalregnskapet er oppgitt i faste 2015-priser. I løpende priser for 2017 ligger dette beløpet på omtrent 97 milliarder. Videre defineres omsorgstjenestene i framskrivningene noe videre enn de tallene vi har brukt tidligere som for eksempel ikke inkluderer praktisk bistand.

Tabell 4-19: Framskrevet utgifter til omsorgstjenester i mrd 2017-kroner etter deflatering med 3 prosent lønnsvekst.

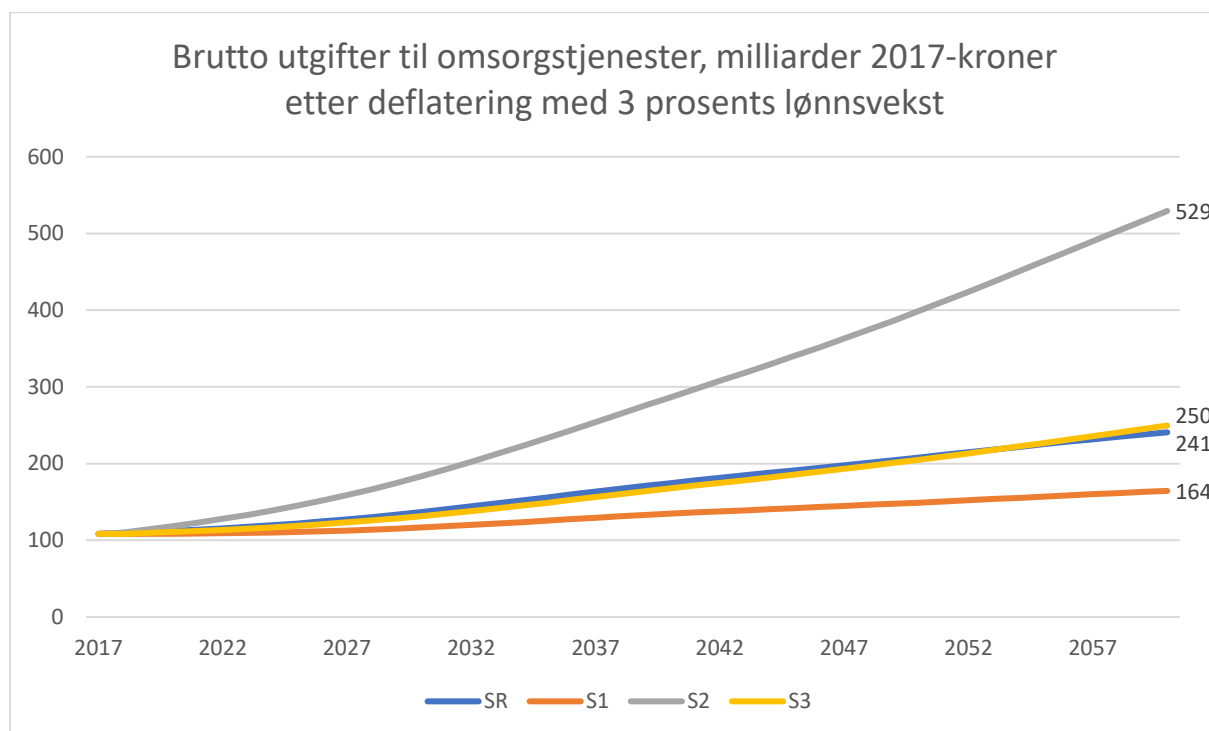
		2017	SR	S1	S2	S3
		<b>2035</b>				
<b>Årsverkskostnad x antall årsverk</b>	Brutto utgifter	108	156	126	233	149
	Netto utgifter	136	196	158	292	187
		<b>2060</b>				
<b>Årsverkskostnad x antall årsverk</b>	Brutto utgifter	108	241	164	529	250
	Netto utgifter	136	302	206	665	314

For referansebanen er utgiftene til omsorgstjenestene i 2035 framskrevet til 156 milliarder, mens de forventes å øke ytterligere til 241 milliarder i 2060. Dette er økninger på henholdsvis 44 og 123

prosent fra 2017. Dersom helsen forbedres, slik vist i scenario S1, vil utgiftene i 2035 være på 126 milliarder, hvilket er om lag 17 prosent mer enn i 2017.

Utgiftene til omsorgstjenestene anslås å øke i alle scenarier. Som forventet er økningen størst i maksimumsscenarioet S2 og minst i minimumsscenarioet S1. Forutsetningene om helse, produktivitet og familieomsorg gir dermed store utslag samlet sett.

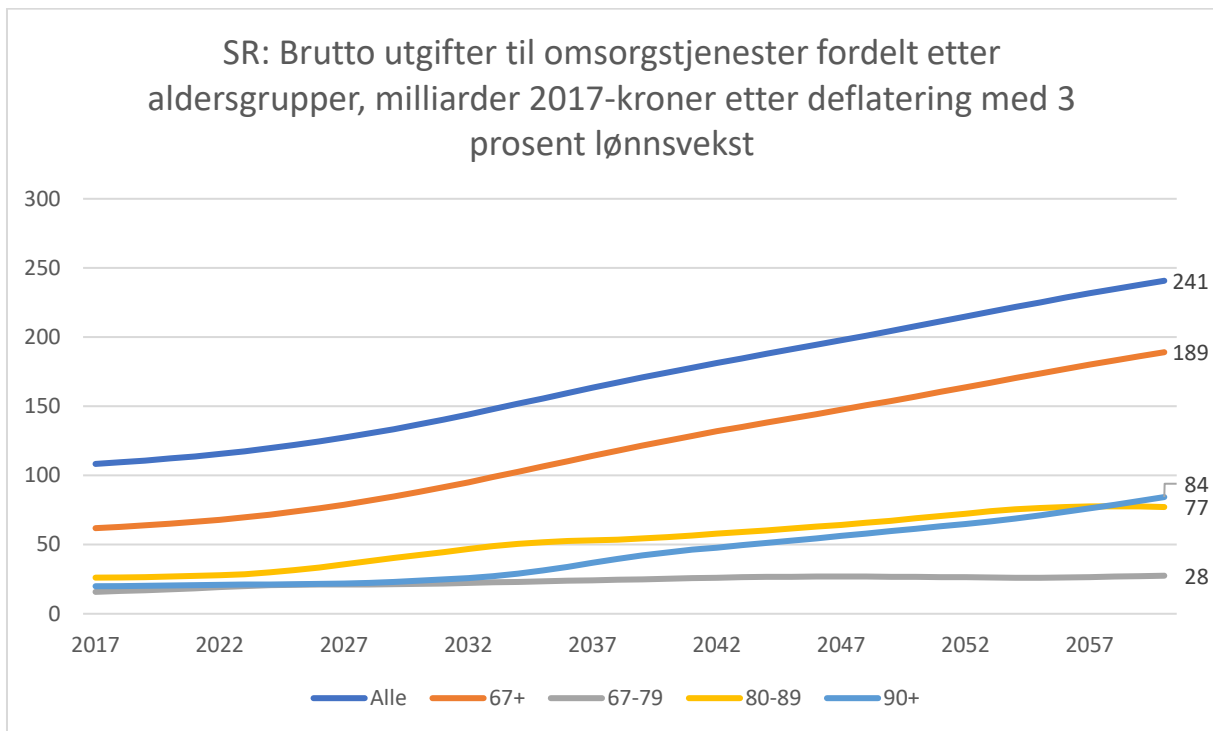
I S3 ser vi betydningen av familieomsorg. I dette scenarioet er familieomsorgen satt konstant lik 2017. Vi får dermed et større press på omsorgstjenestene enn ved proporsjonal familieomsorg. På den andre siden vil bedre helsetilstand trolig redusere utgiftene. Påvirkningen av økt standard på tjenestene tenkes å trekke i retning økte utgifter, men dette er ikke sikkert. Effektene i S3 utlikner hverandre slik at S3 følger referansebanen tett gjennom hele framskrivningsperioden.



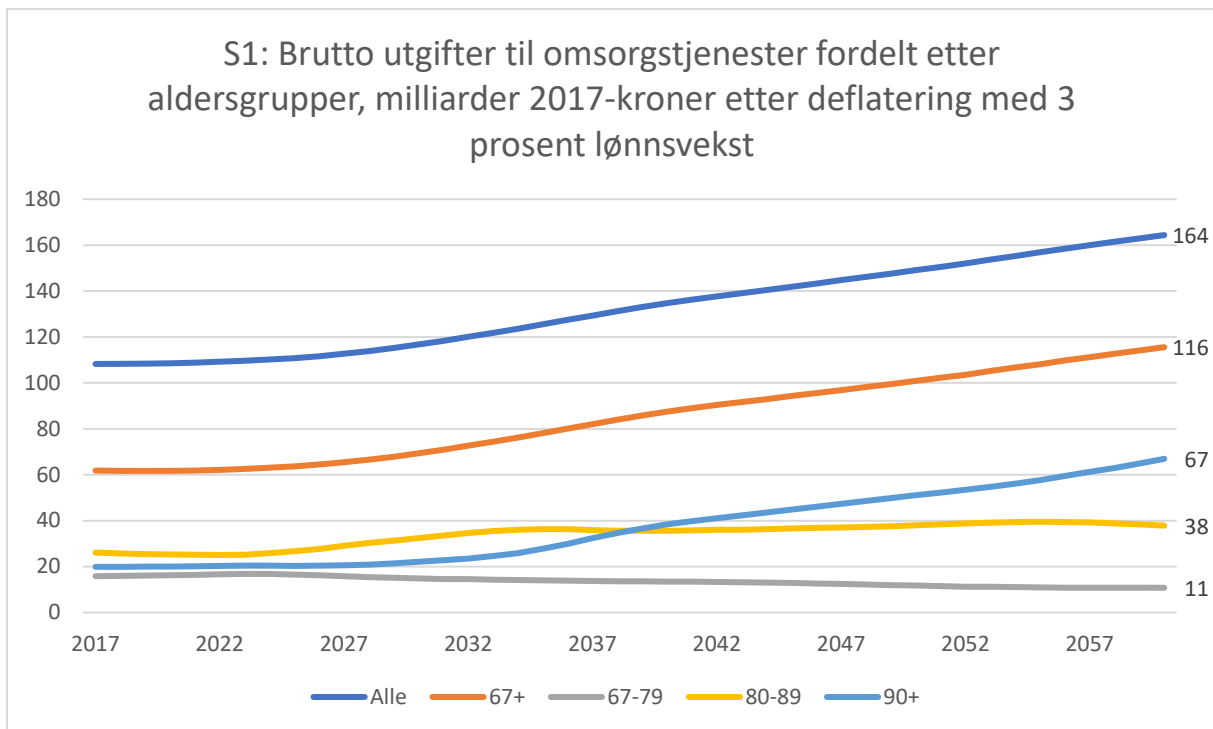
Figur 4-16: Brutto utgifter omsorgstjenestene, mrd. 2017-kroner etter deflatering med 3 prosent lønnsvekst

Ser vi nærmere på utviklingen i utgifter for scenariene i referansebanen og minimumsscenarioet, viser figurene under at gruppen 67 år og over følger utviklingen for den totale befolkning i begge scenarier. Økningen drives hovedsakelig av gruppen på 90 år og over. Veksten i denne gruppen tiltar fra rundt 2035, som er omtrent samme tid som veksten avtar i gruppen 80-89 år, spesielt i minimumsscenarioet. Dette kan forklares med at rundt 2035 er det store befolkningskull som biker 90 år. Utgiftene til aldersgruppen 90+ er ventet å passere utgiftene til aldersgruppen 80-89 år, men det anslås å skje tidligere i minimumsscenarioet enn i referansebanen som følge av forbedret helsetilstand. Utviklingen for utgifter i aldersgruppen 67-79 er stabil i referansebanen, men forventes å reduseres noe i minimumsscenarioet.

SR framskriver utgiftene til omsorgstjenester for aldersgruppen 67 år og over til å stige med 72 prosent fram til 2035. Dette er en relativ økning som er dobbelt så høy som om helsetilstanden skulle forbedres slik tilfellet er i S1. Relativ vekst for øvrige aldersgrupper i 2035 og 2060 er oppgitt i tabell 16 under.



Figur 4-17: Brutto utgifter til omsorgstjenestene fordelt på aldersgrupper, referansebane SR



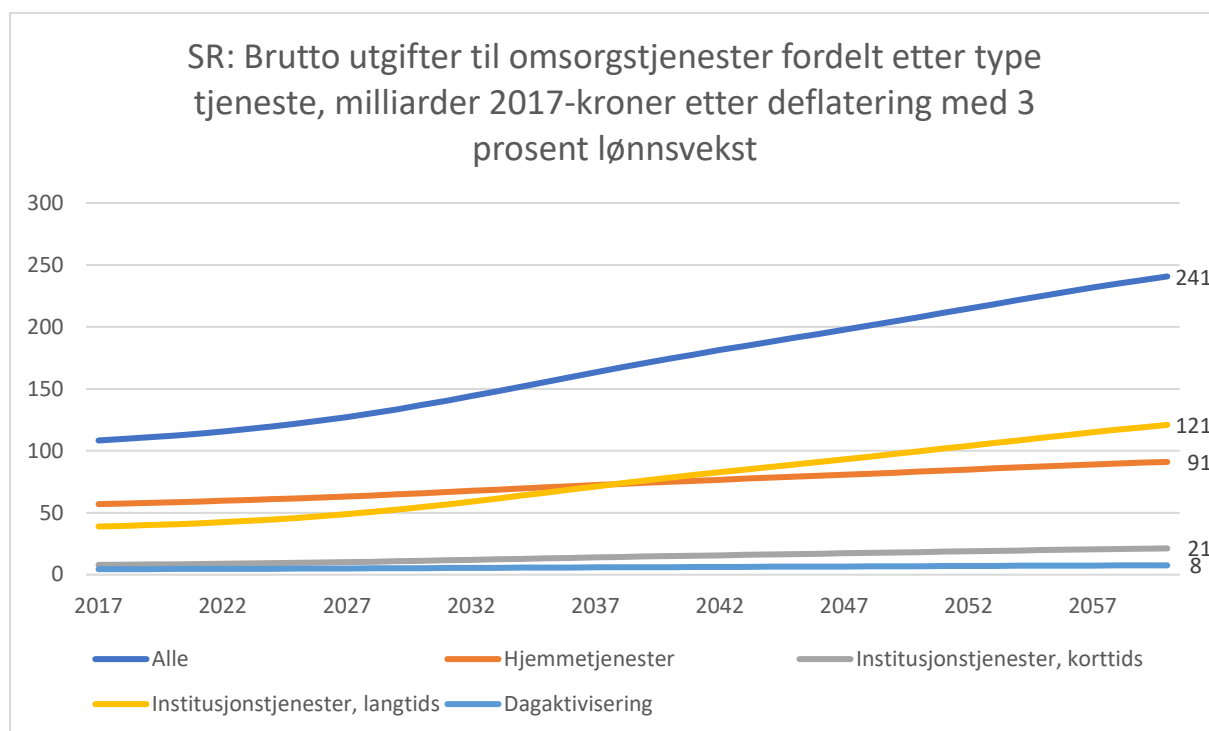
Figur 4-18: Brutto utgifter til omsorgstjenestene fordelt på aldersgrupper, minimumsscenario S1



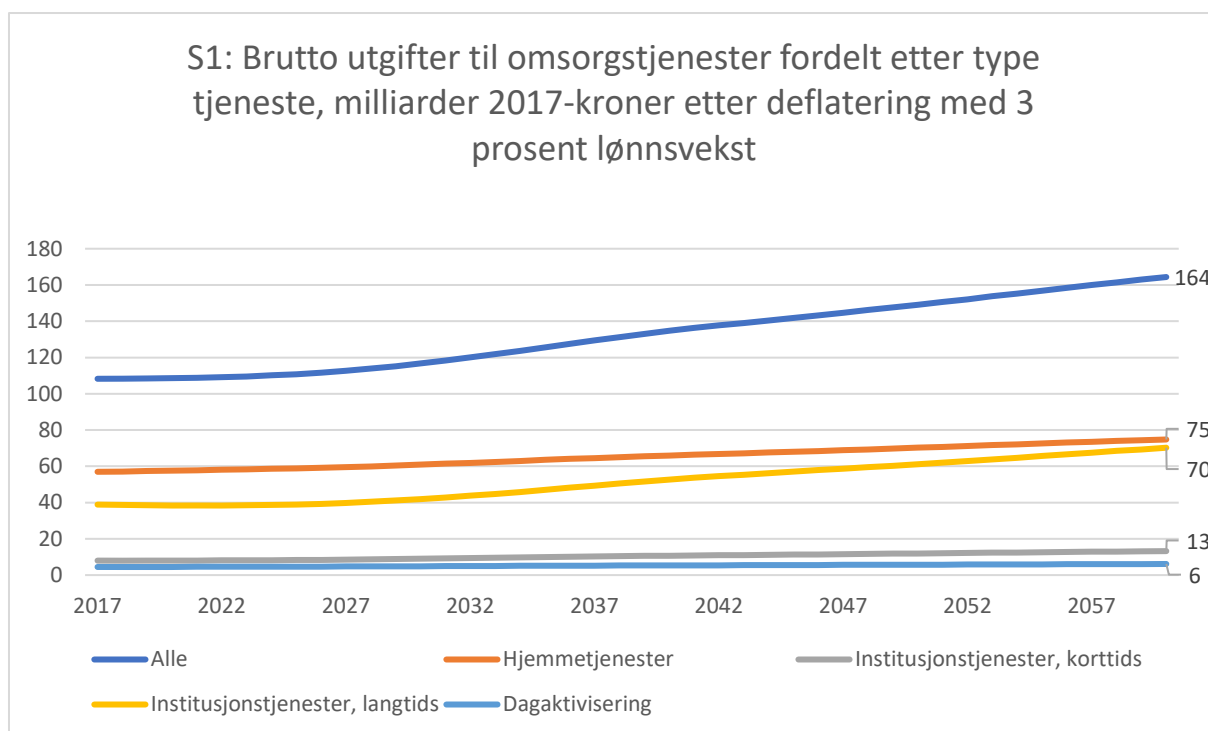
Tabell 4-20: Prosentvis endring i utgifter til omsorgstjenestene fordelt etter aldersgrupper, referansebane SR og minimumscenarior S1, sammenlignet med 2017

	2035		2060	
	SR	S1	SR	S1
67+	72 %	26 %	205 %	87 %
67-79	48 %	-11 %	74 %	-32 %
80-89	98 %	39 %	195 %	45 %
90+	57 %	40 %	323 %	236 %

Vi har sett at samtlige scenarier anslår betydelig økte utgifter til omsorgstjenestene. Nå ser vi nærmere på utviklingen for de ulike tjenestetypene for å belyse eventuelle trender i hvilke tjenester som kan ventes å ha den største kostnadsbyrden framover. Som tidligere diskutert øker utgiftene til omsorgstjenestene i både referansebanen og minimumsscenarioet. Veksten drives i hovedsak av stigende utgifter i tjenester til hjemmeboende og langtids institusjonstjenester. Spesielt langtids institusjonstjenester framskrives til å ha en tung kostnadsbyrde. Utgiftsveksten er såpass sterk at utgifter til langtids institusjonstjenester forventes å være høyere enn utgiftene til tjenester til hjemmeboende fra slutten av 2030-tallet. Referansebanen anslår at utgifter til tjenester til hjemmeboende stiger til 71 milliarder i 2035, en økning på 25 prosent fra 2017, mens utgifter til langtids institusjonstjenester forventes å øke til 66 milliarder, dvs. en økning på 69 prosent. Utgifter for korttids institusjonstjenester og dagaktivisering holder seg stabile gjennom perioden.



Figur 4-19: Brutto utgifter til omsorgstjenester etter type tjeneste, referansebanen SR



Figur 4-20: Brutto utgifter til omsorgstjenestene etter type tjeneste, minimumsscenario

Utgifter til virkemidlene omtalt i kap. 6 er ikke del av framskrivningene. Utgifter til virkemidler vil påvirkes av prioritering i den årlige budsjettprosessen. Hjelpemidler fra folketrygden er en rettighetsbasert ordning og skiller seg slik fra andre virkemidler omtalt i denne rapporten. Utgiftsutviklingen påvirkes særlig av den demografiske utviklingen og regelendringer. NAV publiserer framskrivninger av utgiftsutviklingen i folketrygden. Rapporten *NAV-ytelsene fram mot 2060 – En oppdatering*<sup>98</sup> inneholder en demografisk framskrivning av antall personer som har fått utlån av hjelpemidler. Det er lagt til grunn at utgiftene målt i faste priser vil stige i takt med den framskrivningen. Det gjøres oppmerksom på at tallene i rapporten er for hjelpemidler samlet sett. Bolighjelpemidler er en del av disse utgiftene. NAV påpeker at «ved økt levealder er det hovedsakelig utgiftene til alderspensjon og hjelpemidler som vil øke mye.» Det er ikke undersøkt om NAV kan bistå med framskrivninger kun for de hjelpemidlene som er omfattet av denne områdegjennomgangen. Ved framskrivninger av kostnadsbildet ved endret virkemiddelbruk vil dette være aktuelt.

#### 4.6.2 Framskrivninger av mottakere, årsverk og plasser

Omsorgssektoren er stor og sammensatt. Datagrunnlaget vil inkludere behov og tjenester også for andre aldersgrupper enn de vi i denne kartleggingen definerer som «eldre». Utfra materialet som vi per nå har gjennomgått fra SSB, anser vi det like fullt formålstjenlig å basere kostnadsframskrivningene på nevnte framskrivninger.

I det følgende vil vi først presentere framskrivninger av antall mottakere av omsorgstjenester, behovet for årsverk i omsorgstjenestene, og behovet for heldøgns omsorgsplasser og omsorgsboliger. Til slutt synliggjør vi variasjon i disse variablene mellom utvalgte kommuner.

<sup>98</sup> Dahl, E. S. og Lien, O. C. (2019) [NAV-ytelsene mot 2060](#). En oppdatering. NAV-notat nr. 2/2019. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

#### 4.6.2.1 Framskrivning av antall mottakere av omsorgstjenester

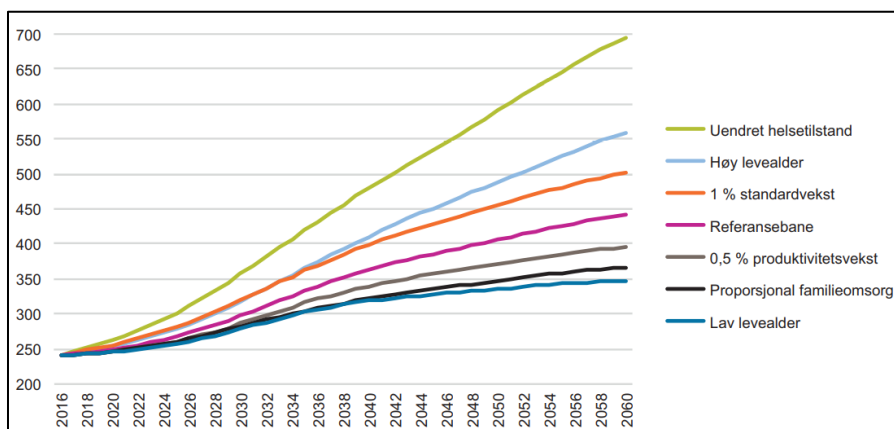
Antall mottakere av omsorgstjenester øker sterkt.<sup>99</sup>

I Leve hele livet (2017-2018) bygger referansebanen på følgende forutsetninger:

- SSBs middelalternativ for befolkningsframskriving (MMMM) fra 2016
- Konstant standard og produktivitet på 2016-nivå
- Utsatt sykkelighet, der sykkelighet reduseres i takt med økende levealder
- Uendret pårørendeomsorg der omfanget holder seg konstant på 2014-nivå

Framskrivningen for referansebanen i figuren under viser at antall mottakere av omsorgstjenester forventes å øke vesentlig fremover:

- År 2030: nærmere 25 prosent økning fra dagens nivå, dvs. en økning på om lag 60 000 mottakere
- År 2060: i overkant av 80 prosent økning fra dagens nivå, dvs. en økning på om lag 200 000 mottakere



Figur 4-21: Framskrivning av mottakere av omsorgstjenester fram til 2060, per 1000 personer. Kilde: Meld. St. 15 (2017-2018).

Økningen kan bli betraktelig høyere dersom andre utviklingstrekk slår til, jf. de ulike kurvene i figuren over.

- Levealderen øker mer enn i referansebanen
- Tjenestestandarden heves fra dagens nivå
- Uendret helsetilstand for gitt alder og kjønn<sup>100</sup>
- Familieomsorgen reduseres

Produktivetsvekst, svakere økning i levealder og proporsjonal familieomsorg tenkes å motvirke økningen i antall mottakere.

<sup>99</sup> Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.*

<sup>100</sup> Tall fra FHI viser at helsetilstanden er i endring. I perioden 2005-2015 økte forventet levealder for både menn og kvinner, der mesteparten av økningen var friske leveår. [Helse hos eldre - FHI](#)

#### 4.6.2.2 Framskrivning av behovet for årsverk i omsorgstjenestene

*Behovet for årsverk i omsorgstjenestene øker kraftig mot 2060, både i institusjonsbasert omsorg og i hjemmetjenester.<sup>101</sup>*

I rapport 2019/12 anslår SSB hvor mye arbeidsinnsats som trengs for å dekke etterspørselen i helse- og omsorgstjenester fram mot 2060. I beregningene legges det særlig opp til å fange opp kjønns- og aldersavhengigheten i bruken av ulike helse- og omsorgstjenester.<sup>102</sup>

Referansebanen kombinerer hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2018 med følgende forutsetninger:

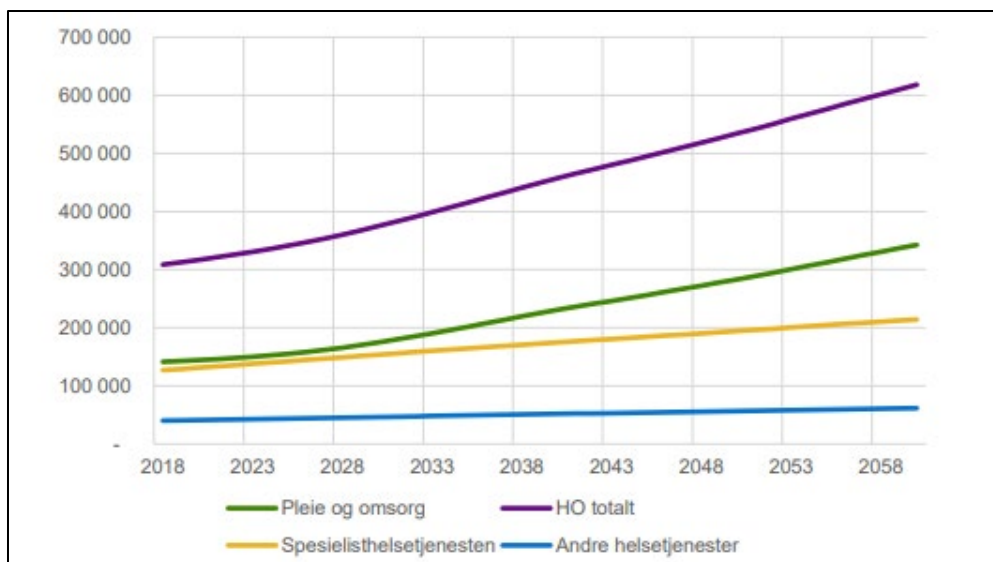
- 1 prosent forbedring av tjenestestandardene
- 0,5 prosent årlig arbeidsbesparende produktivitetsvekst
- Konstant familieomsorg på 90 000 årsverk
- Gradvis fall i brukerfrekvensene for personer eldre enn 55 år som følge av antatt forbedret helsetilstand (tempoet samsvarer med hvor fort dødeligheten faller).
- Kjønn- og aldersspesifikke andeler av hjemmetjenestemottakere som bor i omsorgsboliger holdes uendret på de nivåene SSB har de ferskeste tallene for – etterspørselen etter slike boliger er uavhengig av de produktivets- og standardendringer som er tatt hensyn til i framskrivningene av bemanningsbehovet.

Framskrivningen for referansebanen viser en vekst i antall helse- og omsorgsårsverk på omtrent 34 prosent fra 2017 frem til 2035 og en dobling frem til 2060. Både spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene forventes å øke, men det er først og fremst omsorgstjenestene som driver den totale veksten i behovet for årsverk i helse- og omsorgstjenestene. I 2035 forventes et behov på om lag 200 000 årsverk, noe som antas å stige videre til i overkant av 340 000 i 2060. Dette er henholdsvis 43 og 142 prosent høyere enn dagens nivå.

---

<sup>101</sup> Hjemås, G., Holmøy, E., og Haugstveit, F. (2019) *Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB 2019/12.

<sup>102</sup> Befolkningen fordeles på grupper definert ved kjønn og ettårig alder. For hver helse- og omsorgstjeneste og hver befolkningsgruppe beregnes årsverk som produktet av tre faktorer; 1) årsverk per bruker (standard/produktivitet), 2) brukere per person i gruppen (brukerfrekvens), 3) antall personer i gruppen.

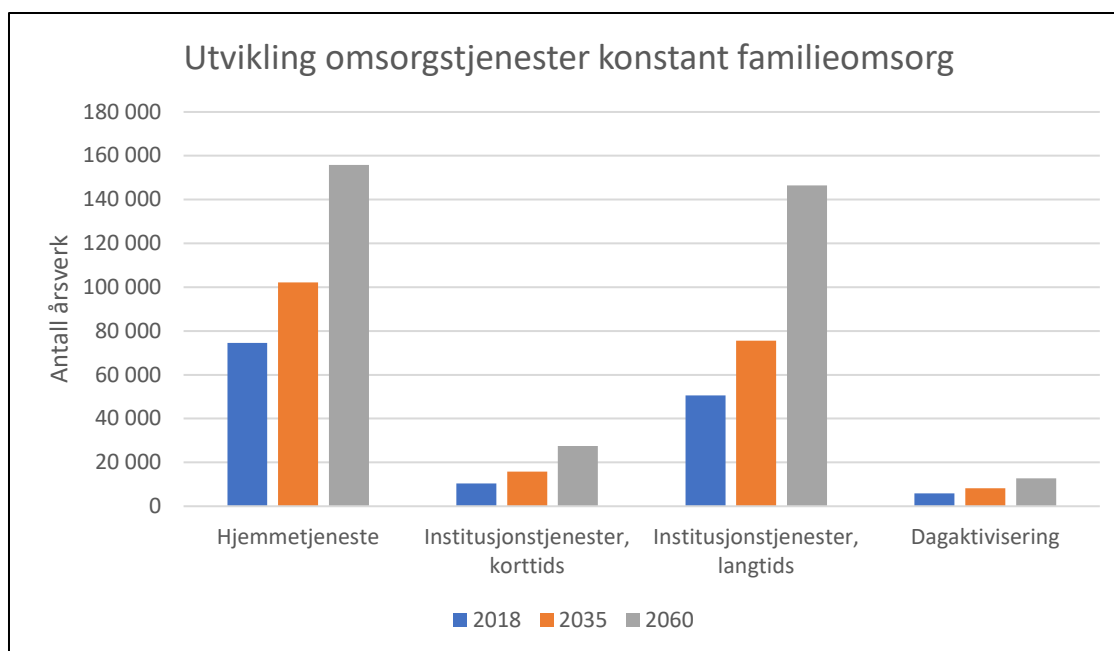


Figur 4-22: Framskrivning av årsverk i helse- og omsorgstjenester fram til 2060. Kilde: SSB 2019/12<sup>103</sup>

Ser vi nærmere på omsorgstjenestene viser figuren under at behovet for årsverk for alle omsorgstjenestene antas å vokse og den største relative veksten forekommer i langtids institusjonspleie. De siste årene har vi sett en dreining fra institusjonstjenester til hjemmetjenester, men i 2060 er det altså forventet at behovet for årsverk i langtids institusjon er nesten like stort som behovet for årsverk i hjemmetjenesten. Det skyldes at de eldste aldersgruppene bruker institusjonstjenester i størst grad og denne gruppen forventes å øke relativt mer enn de yngre i tiden fremover.<sup>104</sup> Spørsmålet er i hvilken grad dette vil vedvare.

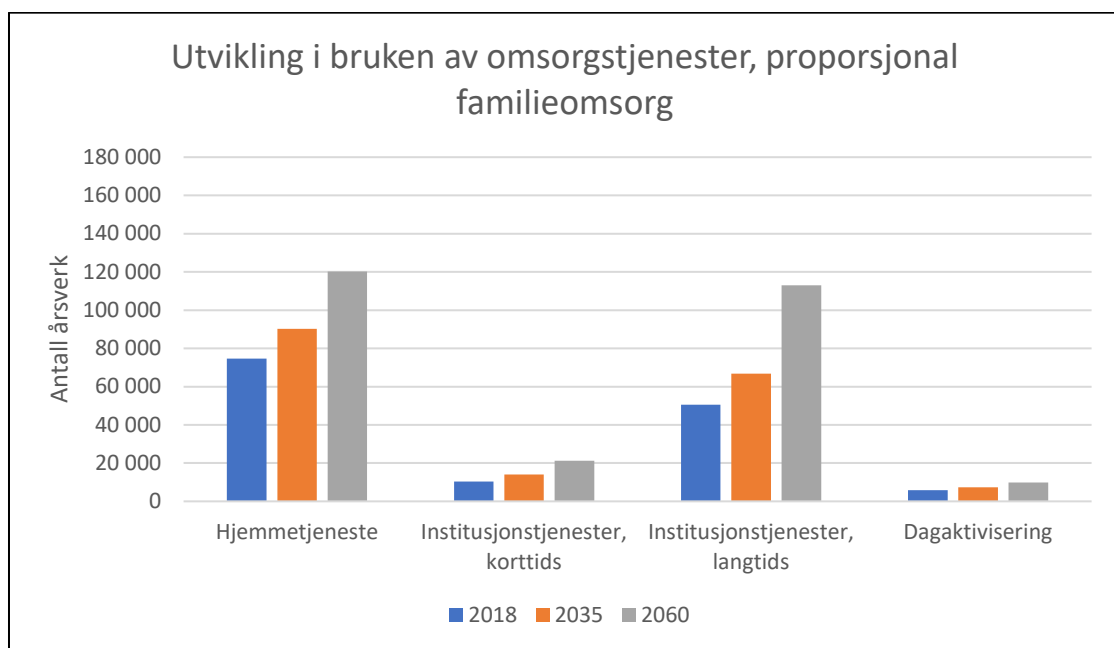
<sup>103</sup> Pleie og omsorg i figuren referer til det vi kaller omsorgstjenester i denne rapporten. Andre helsetjenester inkluderer fastlege, fysioterapi, helsestasjon og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, og annen kommunal helse og omsorg.

<sup>104</sup> SSB i 2019/12 skriver at det er økningen i andelen eldre i befolkningen som driver veksten i behovet for årsverk i tiden fremover.



Figur 4-23: Utvikling i bruken av omsorgstjenester, konstant familieomsorg. Kilde: SSB 2019/12

Bemanningsbehovet kan bli vesentlig høyere enn i referansebanen dersom utviklingen i helsetilstand fremover ikke slår ut i reduserte brukerfrekvenser, hvis forskjellen mellom vekstratene for tjenestestandarder og produktiviteten øker, og/eller veksten i antall eldre blir enda sterkere enn i hovedalternativet. Som nevnt er det mye usikkerhet knyttet til fremtidig familieomsorg. Dersom familieomsorgen skulle utvikle seg proporsjonalt ser vi av figuren under at dette vil bety en lavere vekst i behovet for årsverk i omsorgstjenestene enn dersom familieomsorgen holdes konstant likt 90 000 årsverk.



Figur 4-24: Utvikling i bruken av omsorgstjenester, konstant familieomsorg. Kilde: SSB 2019/12

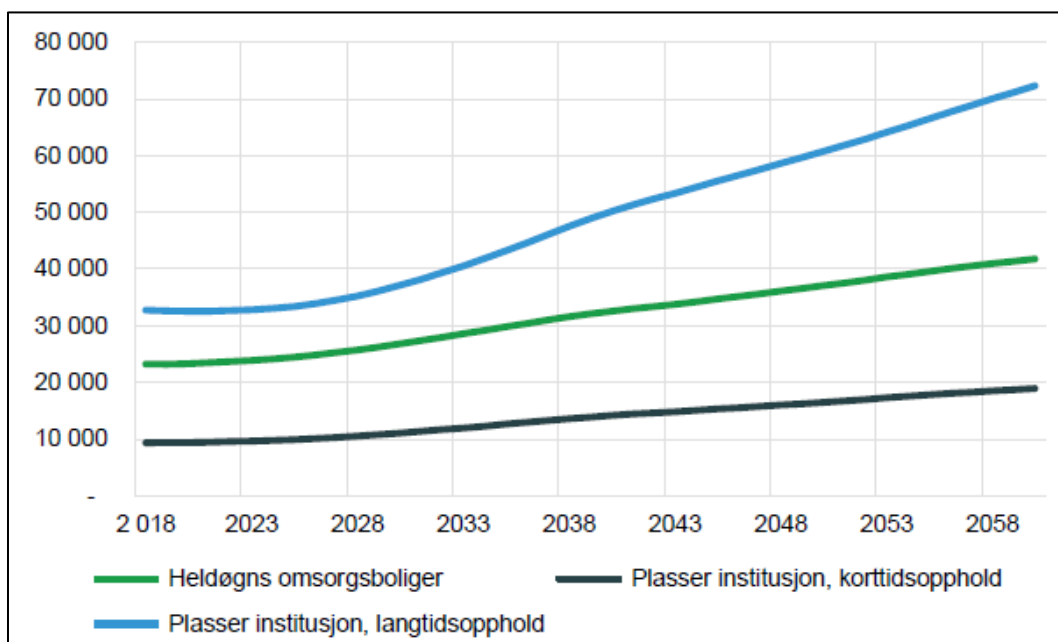
### 4.6.2.3 Framskrivning av behovet for institusjonsplasser og omsorgsboliger

Behovet for heldøgns omsorgsplasser øker betraktelig fremover.<sup>105</sup>

I 2020/43 framskriver SSB heldøgns bemannede omsorgsplasser som en samlebetegnelse for heldøgns omsorgsboliger (beboere), institusjonsplasser langtidsopphold, og institusjonsplasser korttidsopphold. Referansebanen bygger på følgende forutsetninger:

- Hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivninger fra 2018 (MMMM)
- Bedret helsetilstand
- Konstant familieomsorg likt 90 000 årsverk
- Oppholdsdøgn per institusjonsbruker og omsorgsboliger per hjemmetjenestebruker holdes konstante på sine 2017-nivåer
- Framskrivningene av institusjonsplasser baseres på veksten i oppholdsdøgn

Det totale antallet heldøgns omsorgsplasser blir noe mer enn doblet mellom 2017 og 2060, fra om lag 65 000 til rundt 133 000. Figuren under avslører at veksten først og fremst drives av langtidsplasser i institusjon. Disse utgjorde i 2017 omtrent halvparten av alle heldøgns omsorgsplasser og er forventet å øke til 54 prosent i 2060. Som vi tidligere har vært inne på, kan en slik utvikling forklares ved aldringen av befolkningen. Antall personer i de eldste aldersgruppene tiltar fra slutten av 2020-tallet og det er da en anslår at behovet for langtidsplasser i institusjon akselerer. Behovet for heldøgns omsorgsboliger og korttidsplasser i institusjon forventes også å øke over perioden, henholdsvis med en prosentvis økning på 80 og 102 prosent i forhold til dagens nivå.



Figur 4-25: Framskrivning av heldøgns bemannede omsorgsplasser fram til 2060. Kilde: SSB 2020/43.

<sup>105</sup> Holmøy, E., Hjemås, G. og Haugstveit, F. (2020). Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060. SSB 2020/43

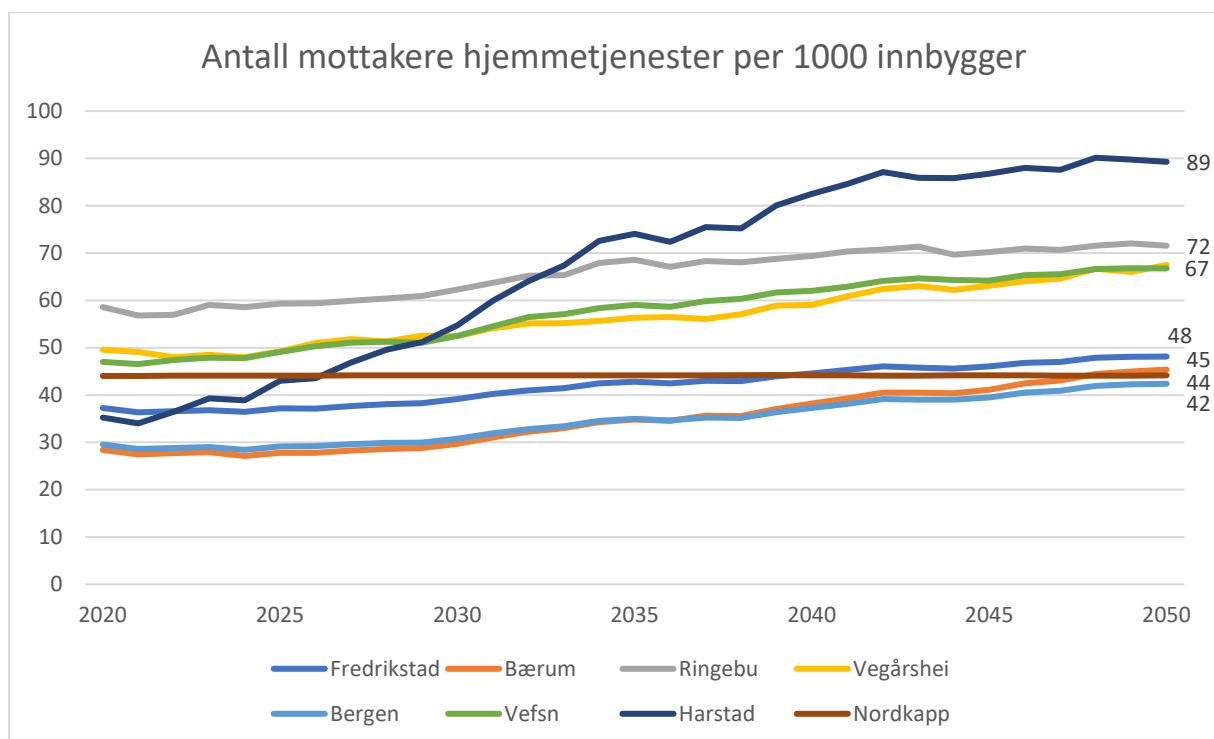
Dersom familieomsorgen viser seg å være proporsjonal vil behovet for heldøgns bemannede omsorgsplasser være mindre enn i referansebanen. På den andre siden vil uendret helsetilstand øke behovet for disse plassene.

### 4.6.3 Framskrivning av eksempelkommuner

Framskrivningene har fram til nå satt søkelys på nasjonale tall, men som vi har sett tidligere er det ofte store variasjoner mellom kommuner når det kommer til demografiske trekk som andel mottakere av ulike tjenester.

På oppdrag for KS har Helseøkonomisk Analyse AS har utviklet et verktøy for planlegging av sykehjem og omsorgsplasser med formål om å gi kommunene bedre innsikt i behov for omsorgstjenester frem til 2050. I dette avsnittet benytter vi dette verktøyet til å se på framskrevne behov i noen eksempelkommuner for å synliggjøre variasjon mellom kommuner av ulik sentralitet. Kommunene det gjelder er Vegårshei, Vefsn, Bærum, Bergen, Ringebu, Nordkapp, Fredrikstad og Harstad. Disse eksempelkommunene vil vi også omtale senere i rapporten.

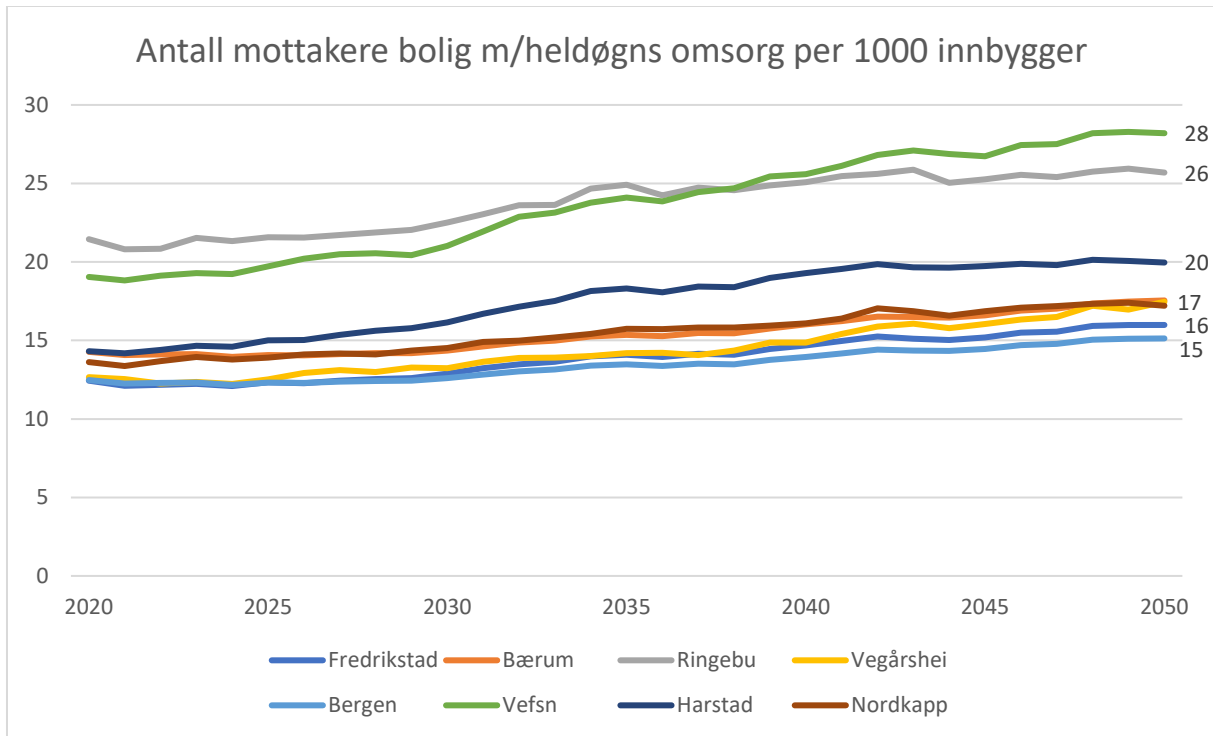
Under har vi framskrevet antall mottakere av hjemmetjenester og antall mottakere av bolig m/heldøgns omsorg, begge per 1000 innbygger. Framskrivningene viser at spesielt Harstad vil oppleve en vekst i antall mottakere av hjemmetjenester. Nordkapp, på den andre siden, er framskrevet til å ha en nærmest konstant utvikling. I de mer urbane kommunene Bergen, Bærum og Fredrikstad er det færre mottakere per 1000 innbygger enn i øvrige kommuner, selv om utviklingen i antall mottakere er nokså lik.



Figur 4-26: Antall mottakere hjemmetjenester per 1000 innbygger utvalgte kommuner mellom 2020 og 2050  
Kilde: KS sitt framskrivningsverktøy lastet ned her: [Verktøy for planlegging av sykehjem og omsorgsplasser - KS](#)



Vefsn og Ringebu skiller seg ut med et høyere antall mottakere av bolig m/heldøgns omsorg per 1000 innbygger. Vefsn forventes også å se den sterkeste veksten i antall mottakere frem til 2050, mens veksten er noenlunde lik for de øvrige kommunene. Igjen ser vi at de mest urbane kommunene typisk ligger relativt lavt i antall mottakere per 1000 innbygger.



Figur 4-27: Antall mottakere bolig m/heldøgns omsorg per 1000 innbygger utvalgte kommuner mellom 2020 og 2050. Kilde: KS sitt framskrivningsverktøy lastet ned her: [Verktøy for planlegging av sykehjem og omsorgsplasser - KS](#)

## 5 Boligmarkedet og eldre mulighet til å bo lengre hjemme

*Med et økende antall eldre, økt behov for helse- og omsorgstjenester og et ønske om at flere skal bli boende hjemme lengre, er det et behov for egnede boliger i boligmarkedet. Egnede boliger for eldre kjennetegnes av blant annet tilgjengelighet og beliggenhet. Mange av de eksisterende boligene i Norge er dårlig tilpasset personer med nedsatt funksjonsevne, og to tredjedeler av befolkningen bor i en bolig med vanskelig tilgjengelighet. Tilgangen på tilgjengelige boliger er dårligere i mindre sentrale kommuner. Nær to tredjedeler av boligene i de minst sentrale kommunene ligger i spredtbygde strøk.*

*For å kunne bli boende lengre hjemme, har eldre som bor i uegnete boliger, i hovedsak to alternativer: utbedre boligen de bor i eller flytte til en mer egnet bolig. Selv om en betydelig andel eldre bor i en bolig som er dårlig tilrettelagt for alderdommen, er det en liten andel som planlegger å gjøre noe med situasjonen. Flytting blant eldre er mest utbredt blant personer mellom 60 og 75 år som bor i sentrum av storbyene, og minst utbredt blant eldre som bor i spredtbygde strøk, hvor det er færre egnede alternativer for eldre på boligmarkedet.*

*Bygging av nye boliger gir flere egnede boliger for eldre, men byggeaktiviteten er lavere i de minst sentrale kommunene. Det bygges flere boligprosjekter tilpasset eldre, med ulike typer fellestjenester, men dette er kostbart. SSB anslår at bygging av nye boliger vil føre til en økning av tilgjengelige boliger på 70 prosent til 2040. Men den forventede effekten av nybygging er likevel ikke tilstrekkelig til å imøtekomme framtidens behov.*

Videre i kapitlet ser vi nærmere på hvordan boligmarkedet fungerer med sikte på at flere eldre kan bo lengre hjemme. For å belyse dette vil vi først se på dagens boligsituasjon for eldre, hva som kjennetegner en egnet bolig for eldre og hva som er eldre egne vurderinger av framtidige boligbehov og boligpreferanser. Deretter går vi inn i hvordan boligtilbudet og boligmarkedet er for eldre, både med hensyn til hvilke boligtyper som er tilrettelagt og tilgjengelige og hvordan tilgangen på ulike boligtyper varierer etter sentralitet og kommunestørrelse. Vi ser også nærmere på potensialet for flere egnede boliger for eldre gjennom nybygging, hvordan dette varierer mellom kommuner av ulike sentralitet og størrelse, og hvilke egenskaper ved boligmarkedet som fremmer eller hemmer eldre muligheter til å bli boende lengre hjemme. Vi vil også belyse noen av utfordringene gjennom eksempler fra utvalgte kommuner.

Vi fokuserer her på det ordinære boligmarkedet og eldre mulighet til å foreta egne tilpasninger ut fra sine behov. Å bo lengre hjemme betyr ikke nødvendigvis å bli boende i den samme boligen man har hatt hele livet. I mange tilfeller vil det kreve tilpasning og flytting til en mer egnet bolig for at eldre skal kunne bo hjemme. Hjemme i denne sammenheng kan både være eid og leid bolig.

Omsorgsboliger kan også defineres som hjemme, men vi holder sykehjem og omsorgsbolig utenfor i dette kapitlet for å fokusere på utfordringene i det ordinære boligmarkedet. Men tilbudet av og behovet for omsorgsboliger er relevant for problemstillingen, og bør vurderes i det videre arbeidet med områdegjennomgangen.

## 5.1 Hva er utfordringsbildet i lys av den demografiske utviklingen framover?

Morgendagens eldre vil ha andre behov og preferanser, og flere vil ønske å bo hjemme så lenge som mulig<sup>106</sup>. Flere rapporter<sup>107</sup> antyder at det er en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst ved at eldre kan bli boende lengre hjemme og få helse og omsorg der framfor å måtte flytte på institusjon. Dette er også lagt til grunn i Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet*. Nevnte rapporter baserer seg på regneeksempler. Vi er ikke kjent med at det er gjort helhetlige samfunnsøkonomiske analyser av lønnsomheten ved at eldre blir boende lenger hjemme.

For at flere eldre skal kunne bli boende hjemme, vil det være behov for at flere tilpasser boligene sine, eventuelt at eldre flytter til mer egnet bolig. Når det blir stadig flere eldre, vil vi være mer avhengige av velfungerende boligmarkeder. Med det menes at markedet har et tilstrekkelig antall boliger og en variasjon av ulike boligtyper, slik at den enkelte kan skaffe seg en god bolig til en passende pris som et alternativ til å tilpasse eksisterende bolig.

Prognosesenteret har beregnet det årlige boligbehovet fram til 2025 til rundt 26 500 boliger og at 75 prosent av dette vil komme som følge av økningen i befolkningen over 65 år.<sup>108</sup> Mange av de eksisterende boligene i Norge er i tillegg dårlig tilpasset personer med nedsatt funksjonsevne. Tilgjengelighet kan måles på flere ulike måter og det er stor variasjon i behovet for tilgjengelighet etter i hvor stor grad man har nedsatt funksjonsevne. Noen vil ha behov for at hele boligen er tilgjengelig for rullestol, mens det for andre er tilstrekkelig med eksempelvis små tilpasninger av badet.

Det er gjennomført flere studier med ulike indikatorer på hvorvidt boliger er tilgjengelige for personer med nedsatt funksjonsevne. SSB-tall fra levekårsundersøkelsen i 2015 viser at to tredjedeler av befolkningen bor i en bolig som har vanskelig tilgjengelighet med trapper og/eller bratt terreng til inngangspartiet og ca. en tredjedel har ikke alle nødvendige boligfunksjoner på inngangsplanet. Bare én prosent av befolkningen bor i bolig fullstendig tilgjengelig for rullestolbruker. Likevel viser tall fra SSB og NOVA at 45 prosent av personer i alderen 65 år synes at nåværende bolig er bra eller svært bra tilrettelagt for framtidige utfordringer.<sup>109</sup>

Aldringen i Norge vil være ulikt geografisk fordelt. De tynneste befolkede delene av landet, og særlig deler av Nord-Norge og Innlandet, vil merke aldringen sterkest de neste tiårene.<sup>110</sup> I spredtbygde områder er det i tillegg en utfordring at tilgangen på egnede boliger for eldre er begrenset. På bakgrunn av dette peker Norman-utvalget på at distriktskommuner har størst grunn til å videreutvikle en boligpolitikk for eldre.<sup>111</sup> Dette begrunnes med at markedsmekanismene i distriktene fungerer dårlig, noe som kan føre til en situasjon som er lite gunstig både for de eldre, kommunene som tjenesteyter og det enkelte lokalsamfunn. Mange distriktskommuner har ensartede, små, usikre eller stagnerende boligmarkeder som er preget av lave boligpriser, svak

---

<sup>106</sup> Tidsskrift for omsorgsforskning, 2/2021

<sup>107</sup> Ekhaugen, T., Bjerkmann, I., B., Ekeland, E. & Holden, M., B. (2018) *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Vista analyse Rapport 2018/24. Brevik, I. & Schmidt, L. (2005), *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. NIBR-rapport 2005:17.

<sup>108</sup> Prognosesenteret. (2021). *Hva skjer med eldreboelgen?* Hentet fra: <https://blogg.prognosesenteret.no/hva-skjer-med-eldreboelgen>

<sup>109</sup> Sjørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. (2016), Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. NOVA-rapport 11/16.

<sup>110</sup> Rogne, A. F., Syse, A. (2017) *Framtidens eldre i by og bygd – Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. SSB-rapport 2017/32

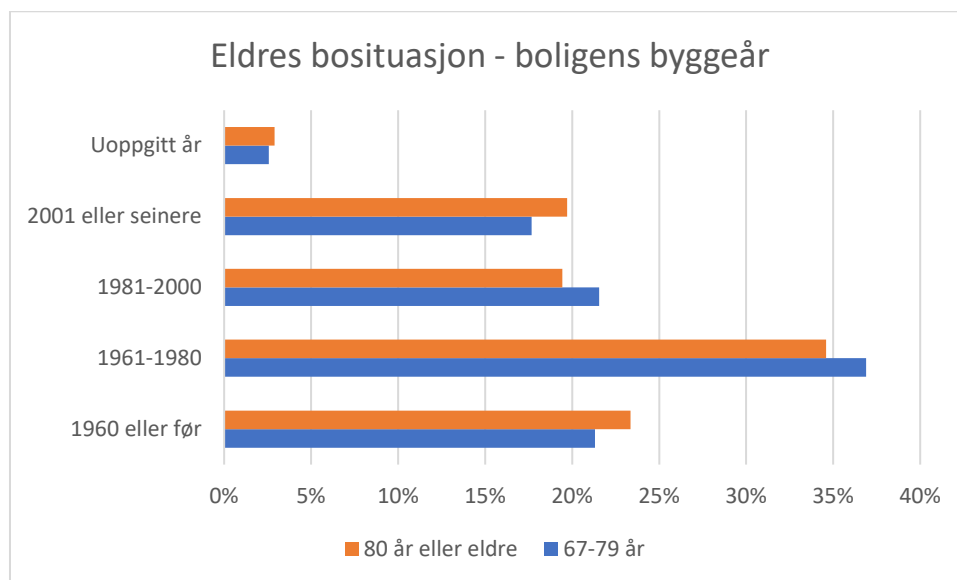
<sup>111</sup> NOU 2020:15 (2020) *Det handler om Norge*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

prisvekst og lite nybygging. Byggekostnadene for nybygg kan være høyere enn boligverdien, noe som gir tapsrisiko og kan føre til at folk ikke ønsker å ta opp eller ikke får lån til boliginvesteringer.

Dårlig tilgang på egnede boliger og begrensede muligheter til å selge eksisterende bolig, fører til at eldre i distriktene i stor grad blir boende i eneboliger som ikke er egnet ved nedsatt funksjonsevne. Norman-utvalget mener at de eldre framover i større grad må ta ansvar for egen alderdom og sørge for at de bor i en bolig hvor de kan klare seg selv uten hjelp fra det offentlige. Kommunene må planlegge for en mer sentralisert bosetting i nærheten av tjenester. Dette kan igjen redusere kommunenes ressursbruk i hjemmetjenestene.

## 5.2 Hvordan bor eldre i dag?

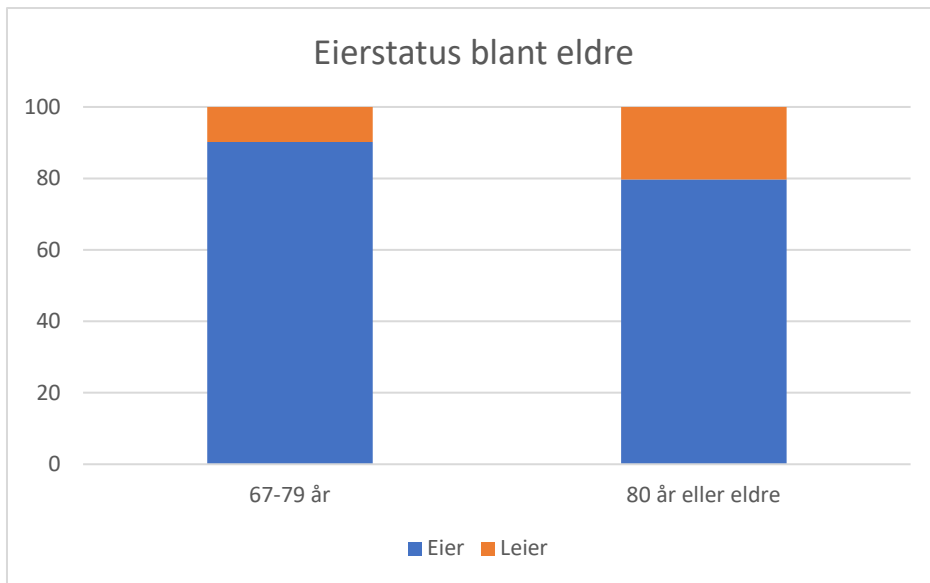
Hva vet vi om hvordan eldre bor i dag? SSB har statistikk på boforhold etter alder. Dermed kan vi se nærmere på boforholdene til eldre i dag. Her kan vi bl.a. se på hvilken type bolig, og hvor gamle boliger eldre bor i.



Figur 5-1 Eldres bosituasjon i 2020. Boligens byggeår for eldre. Målt i prosent. Kilde: SSB.

Figur 5-1 viser at den største andelen, 37 prosent av personer mellom 67-79 år (om lag 217 000 personer), bor i boliger bygget mellom 1961 og 1980. For personer på 80 år eller eldre er det tilsvarende tallet 35 prosent (Om lag 75 000 personer). Om lag 17 prosent av eldre mellom 67-79 år bor i boliger bygget i 2001 eller seinere.

På grunn av byggeteknisk forskrift som stiller krav til kvalitet ved bygging av boliger, vil nye boliger kunne være tilpasset eldre i større grad enn gamle boliger. Eldre boliger kan også ha blitt renoveret, pusset opp eller tilpasset på andre måter. Figur 5-1 viser at eldres boligsituasjon er sammensatt. Mange bor i relativt gamle boliger, men en relativt stor andel bor også i ganske nye boliger.

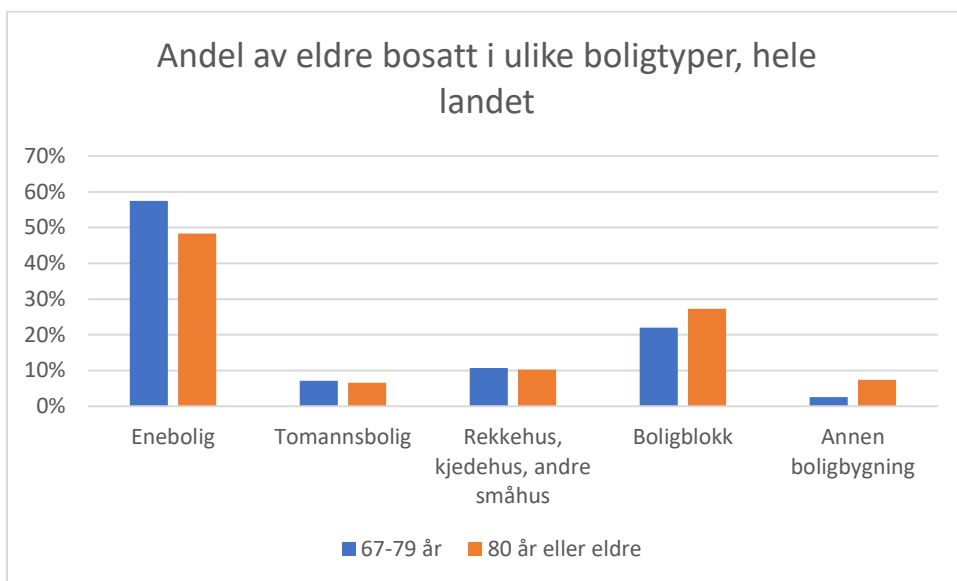


Figur 5-2: Eierstatus blant eldre i Norge i 2020, fordelt i aldersgruppe 67-79 år og 80 år eller eldre, i prosent. Kilde: SSB. tabell 11033.

Som vi kan se av figur 5-2 er eierandelen blant eldre høy. I de to aldersgruppene 67-79 år og 80 år eller eldre er det henholdsvis 90,2 og 79,7 prosent som eier sin egen bolig. Den lavere eierandelen i den eldste aldersgruppen kan tyde på at flere av de eldste går fra å eie enebolig til å leie en mer tilpasset leilighet. Denne forskjellen er tydelig og stabil i tallene tilbake til 2015.

Hvorvidt eldre bor i eid eller leid bolig, kan ha betydning for i hvilken grad det er mulig å gjøre bygningsmessige tilpasninger i eksisterende bolig.

Figur 5-3 viser at blant personer mellom 67 og 79 år bor 57,5 prosent i enebolig og 22 prosent bor i blokk. Andelenes endres noe for de som er enda eldre. Blant dem over 80 år er de tilsvarende tallene 48 og 27 prosent.



Figur 5-3 Andel eldre bosatt i ulike boligtyper. Personer på 67 år eller eldre i 2020. Kilde: SSB.

Hvilke boligtyper eldre er bosatt i, varierer i stor grad mellom ulike deler av landet. I Oslo er det kun 13,8 prosent av eldre mellom 67-79 år som bor i enebolig. I Troms og Finnmark er det 73,7 prosent som gjør det samme.

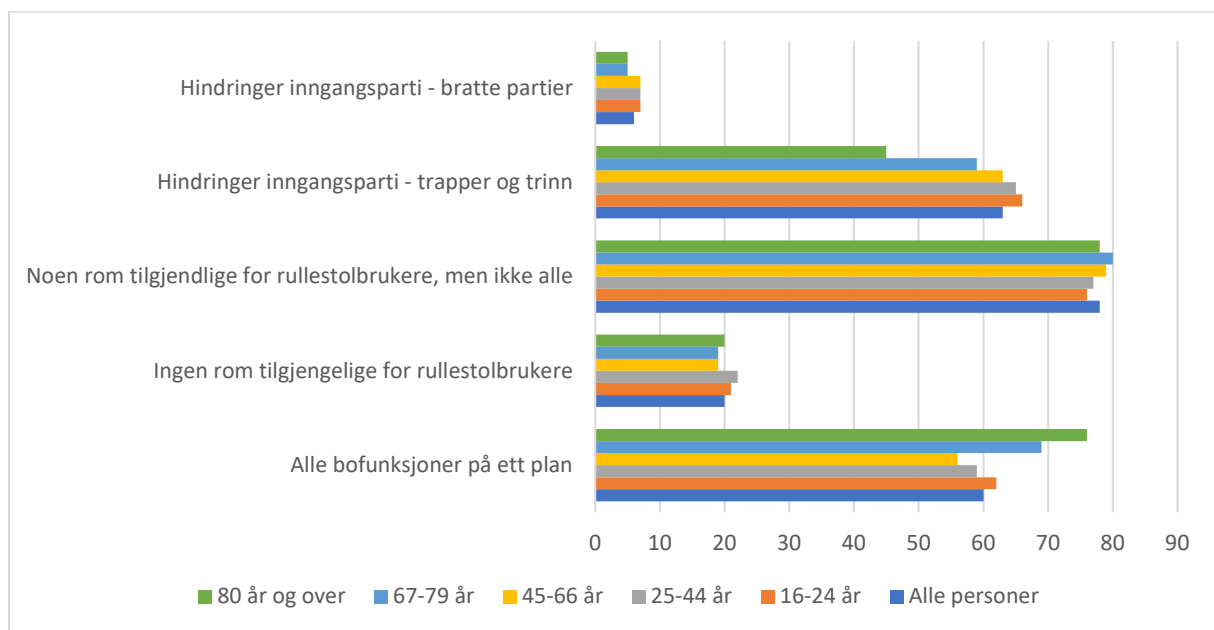
Statistikken viser også at blant eldre over 67 år er andelen som bor trangt, på få rom og kvm kun om lag én prosent, og rett i underkant av en prosent for personer på 80 år eller eldre. Altså bor eldre i gjennomsnitt relativt romslig.

### 5.2.1 Hvor egnet er dagens boliger for alderdommen?

En egnet bolig for eldre kjennetegnes av en kombinasjon av god tilgjengelighet (både til boligen og innendørs), hensiktsmessig beliggenhet (nærhet til sosiale møteplasser, aktiviteter og servicetilbud) og mulighet til å bo hjemme og motta omsorgstjenester der.<sup>112</sup>

Fysiske hindre og mangler i private boliger kan ha betydning for ressursbruken i helse- og omsorgssektoren. Hindrene kan påvirke beboernes selvhjulpenhet og hvor lenge de kan bli boende hjemme, risikoen for fall, behovet for hjemmetjenester og arbeidssituasjonen for de ansatte i hjemmetjenesten<sup>113</sup>

SSB har utvalgsdata fra levekårsundersøkelsen på boforhold som også belyser boligens tilgjengelighet for ulike aldersgrupper. Figur 5-4 viser noen av resultatene fra undersøkelsen fra 2015.



Figur 5-4 Tilgjengelighet etter aldersgruppe for personer, prosent. Kilde SSB, Levekårsundersøkelsen 2015.

At eldre bor i romslige eneboliger over flere plan, betyr ikke nødvendigvis at de bor i boliger som er uegnet. En bolig over flere plan kan være tilgjengelig ved å ha alle bofunksjoner på inngangspartiet.

<sup>112</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/18

<sup>113</sup> Ekhaugen, T., Bjerkmann, I., B., Ekeland, E. & Holden, M., B. (2018) *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Vista analyse Rapport 2018/24. Brevik, I. & Schmidt, L. (2005), *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. NIBR-rapport 2005:17.

Som det framgår av figur 5-4 svarte 69 prosent av personer mellom 67-79 år at dette var tilfelle i 2015. 76 prosent av personer fra 80 år og oppover svarte det samme.

Blant eldre på 80 år og oppover er det en større andel som har alle bofunksjoner på ett plan, og færre som har trapper ved inngangspartiet, enn for befolkningen samlet sett. Det er over 40 prosent av eldre på 80 år og over som har trapper og trinn ved inngangspartiet, og i underkant av 60 prosent av personer mellom 67 og 79 år.

Det er relativt små forskjeller mellom tilgjengelighet i bolig til de eldste aldersgruppene og for resten av befolkningen. Noe som tyder på at aldersgruppene som blir eldre på sikt, omtrent har samme tilgjengelighet i bolig som de som er eldre i dag.

### 5.2.2 Hvilke boligkvaliteter er viktige?

Statistikken fra SSB gir oss noen indikatorer på hvorvidt boligene er egnet for eldre. Vista Analyse har sett nærmere på hvilke fysiske hinder i private boliger som har størst betydning for ressursbruken i helse- og omsorgssektoren<sup>114</sup>. De fant at de viktigste hindrene er på badet, og at sentrale funksjoner i boligen er fordelt over flere plan.

I analysen trekker de særlig fram at dusjkabinett og badekar gjør det vanskelig for mange å vaske seg selv og at for hjemmehjelp/hjemmesykepleier må bruke mer tid til å bistå med vasking. Også problemer med å komme seg inn på badet, trekkes fram som et hinder. Både ved at bad ligger i en annen etasje eller på grunn av høy dørterskel.

Blant andre hindre som kan være viktige, nevnes det å komme seg inn på og forflytte seg på kjøkkenet, høye terskler, smale dører og dører som er tunge å åpne. Det at nødvendige boligfunksjoner er i ulik etasje gjøre det vanskelig for eldre å klare seg hjemme lenger. Bratt adkomst eller trapper frem til boligen reduserer også hvor selvhjulpen eldre med nedsatt funksjonsevne er i hverdagen.

Vi går nærmere inn på hvordan dette kan påvirke ressursbruk og kostnader i helse- og omsorgstjenester i delkapittel 4.2 *Kostnadsdrivere*.

## 5.3 Varierende grad av egnede boliger til eldre

Det er relevant å se på i hvor stor grad boligmassen generelt er tilpasset en eldre befolkning. Både fordi flere vil bli eldre og for å kartlegge muligheter for dagens eldre for å finne en egnet bolig.

I KS sin Håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn<sup>115</sup> anbefales kommunene å få oversikt over hvilke typer boliger som finnes i kommunen, som et skritt i retning av å fremme mer bærekraftige boligløsninger. Kommunene anbefales å se på SSBs oversikt over boliger etter bygningstype og byggeår, for å få en forenklet oversikt over tilgjengeligheten i dagens boligmasse. Mange eneboliger, en gammel boligmasse og lite nybygging kan for eksempel indikere at det er få tilgjengelige boliger i kommunen.<sup>116</sup>

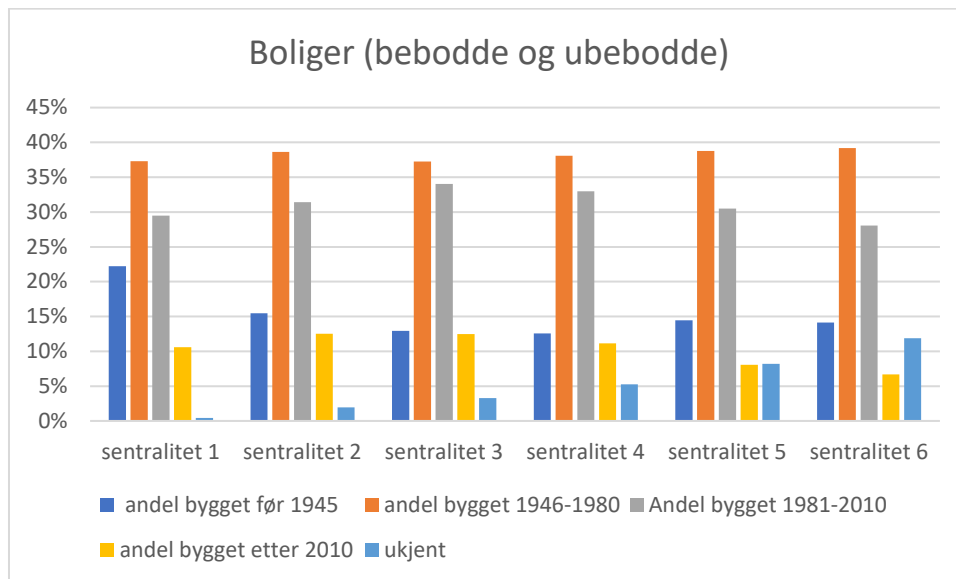
---

<sup>114</sup> Ekhaugen, T., Bjerkmann, I., B., Ekeland, E. & Holden, M., B. (2018) Et godt bad forlenger livet (i egen bolig).

<sup>115</sup> KS (2020), *Håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn*.

<sup>116</sup> På grunn av byggteknisk forskrift. Mer om dette i kapittel 6.4 *regulatoriske virkemidler*

I SSBs statistikkbank på boliger, er det tall på boliger etter bygningstype og byggeår, fordelt ned på kommunenivå. Ut fra dette kan man for eksempel se nærmere på hvor stor andel av boligene som er bygget i eldre eller nyere tid etter sentralitet, slik det framgår av figur 5-4.



Figur 5-5 Boliger etter byggeår, som andel av totalt antall boliger i kommunene i 2021. Alle bygningstyper. Inndelt etter sentralitetsindeks, hvor sentralitet 1 er mest sentralt og sentralitet 6 er minst sentralt<sup>117</sup>. Kilde: SSB.

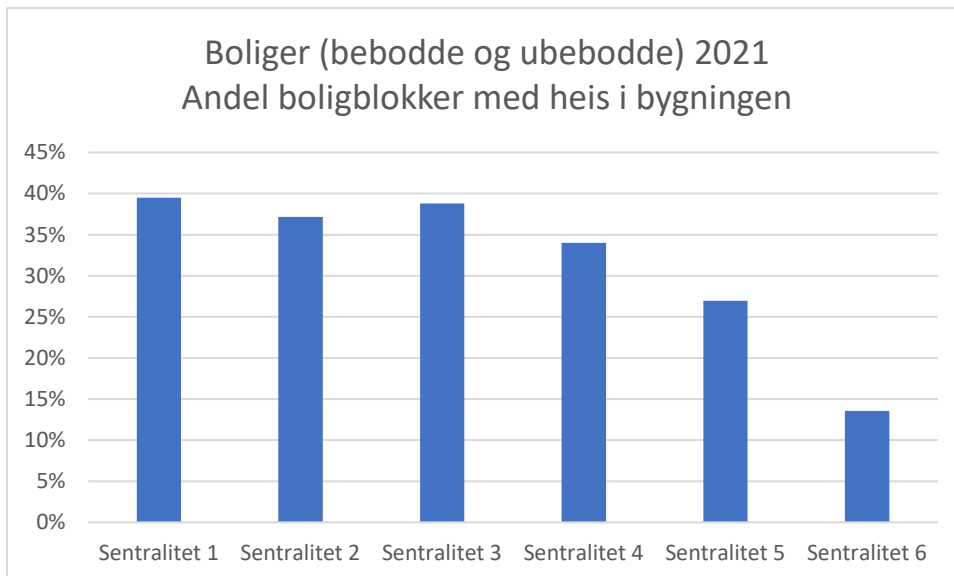
Vista Analyse har sett nærmere på sammenhengen mellom byggeår og tilgjengelighet.<sup>118</sup> De finner at de fleste hindrene er mindre vanlige i de aller nyeste boligene, dvs. de som er bygget de siste fem-ti årene. Forflytning på badet er sjeldnere et problem i nye boliger, men det å komme til og forflytte seg på kjøkken og på soverom er omtrent like vanlig uavhengig av boligtype og byggeår.

I de minst sentrale kommunene (sentralitet 6), er kun 7 prosent av dagens boliger bygget etter 2010 (9 379 boliger). I kommuner med sentralitet 2, er det tilsvarende tallet 13 prosent (81 215 boliger). Det er en klart høyere andel boliger bygget før 1945 i de mest sentrale kommunene. Hele 22 prosent i kommuner med sentralitet 1 (108 188 boliger), mot om lag 15 prosent i de andre kommunene. I mindre sentrale kommuner er det også større andel boliger med ukjent byggeår.

<sup>117</sup> Boliger med uoppgett byggeår er ifølge SSB mest sannsynlig er oppført mellom 1900 og 1983.

<sup>118</sup> Ekhaugen, T., Bjerkmann, I., B., Ekeland, E. & Holden, M., B. (2018) Et godt bad forlenger livet (i egen bolig).





Figur 5-6 Andel boligblokker med heis i bygningen i 2021. På kommunenivå, sortert etter sentralitetsindeks hvor sentralitet 1 er mest sentralt og sentralitet 6 er minst sentralt. Kilde: SSB.

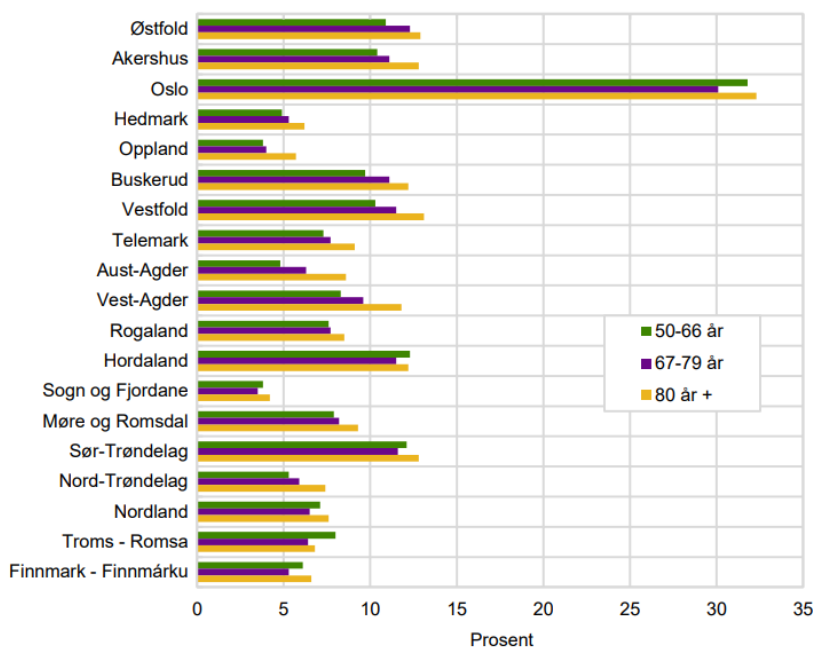
SSB har også statistikk på antall boliger med heis. Dette kan gi en indikator på om boliger er tilgjengelige for eldre, uavhengig av byggeår. Figur 5-6 viser at langt lavere andel av boligblokker i mindre sentrale strøk har heis. I de mest sentrale kommunene er andelen boligblokk med heis om lag 40 prosent, mens kun 14 prosent av boligblokkene i de minst sentrale kommunene har heis.

I Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis, viser Oxford research til en kartlegging av SSB fra 2011 aldersfordelingen av beboere blant boligblokker uten heis. Kartleggingen viste at 69 900 personer i aldersgruppen 67 og eldre bor i andre etasje eller høyere uten heis. Nesten to tredjedeler av disse bor i andre etasje og de fleste er bosatt i Oslo, Bergen, Trondheim, Drammen og Lørenskog.<sup>119</sup>

SSB har gjort analyser basert på levekårsundersøkelsen for å se nærmere på hvor mange eldre som bor i andre etasje eller høyere, uten heis<sup>120</sup>.

<sup>119</sup> Meltevik mlf. (2016). *Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis*. Oxford Research.

<sup>120</sup> Rogne, A. F., Syse, A. (2017) *Framtidens eldre i by og bygd – Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. SSB-rapport 2017/32



Figur 5-7: Andeler som ikke har tilgang til heis etter alder og fylke, blant de med bolig i 2. etasje eller høyere, i 2015. Kilde: SSB, levekårsundersøkelsen. SSB-rapport 2017/32.

Som vist i figur 5-7 er det er relativt små forskjeller etter alder, men store forskjeller mellom fylkene. I flesteparten av fylkene er det under 10 prosent som ikke har tilgang til heis, uavhengig av aldersgrupper. Tilgangen er klart dårligst i Oslo. Der har om lag 30 prosent av eldre med bolig i 2. etasje eller høyere, ikke tilgang til heis.

### 5.3.1 Dårligere tilgang på tilgjengelige boliger i mindre sentrale kommuner

I mindre sentrale kommuner bor eldre i stor grad i eneboliger som ikke er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Mange av disse boligene ligger i spredtbygde områder utenfor større tettsteder og sentrum. Både av hensyn til de eldre selv og for kommunen som skal levere helse- og omsorgstjenester, mener Norman-utvalget det er ønskelig at de eldre flytter til mer lettstelte boliger mer sentralt i kommunen.<sup>121</sup>

Tabell 5-1 Tre indikatorer på boligens egnethet etter urbaniseringsgrad. Kilde: Nova-rapport 5/20, TNS Kantar 2019

	Sentrum storby	Forstad til storby	Småby	Tettsted i landkommune	Spredtbygd
% utilgjengelige boliger	64 %	71 %	70 %	72 %	76 %
% i bolig som er bra for personer med bevegelsehemming	52 %	46 %	46 %	46 %	39 %

<sup>121</sup> NOU 2020:15 (2020) *Det handler om Norge*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet

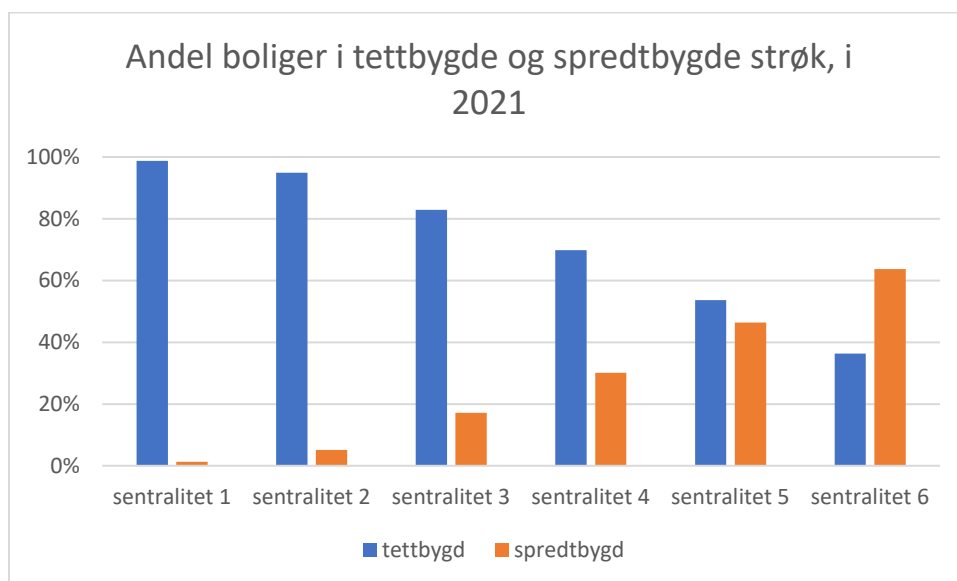
% dårlig egnet for folk med funksjonshemming	48 %	54 %	54 %	54 %	61 %
N	(275)	(716)	(658)	(611)	(502)

Tabell 5-1 viser resultater fra en spørreundersøkelse gjennomført av NOVA<sup>122</sup>, rettet mot personer i alderen 60 til 75 år for å kartlegge om eldre bor i egnete boliger. Målet på tilgjengelighet er her et objektive mål og vurderes etter om den har nødvendige rom på inngangsplanet og det er trappefri adkomst til inngangsparti. De to andre indikatorene er beboernes egne subjektive mål på om boligen er egnet eller ikke. Beboernes egenoppfatning er ikke basert på liknende kriterier, men et svar på spørsmål om hvordan boligen er tilpasset behovene til en person med bevegelsehemming.

Vi ser av tabell 5-1 at det er en relativt stor forskjell på andelen boliger som objektive sett regnes som utilgjengelige og beboernes subjektive mål. Det er gjennomgående at flere av beboerne selv anser boligen sin som tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelse enn det som måles ut fra objektive indikatorer.

### 5.3.2 Mer spredtbygde boliger i mindre sentrale strøk

En annen indikator på om boliger er velegnet for eldre, er boligens beliggenhet. SSB har statistikk på om boliger ligger i tettbygde eller spredtbygde strøk.<sup>123</sup>



Figur 5-8 Prosentandel av alle boliger i 2021 som ligger i tettbygd eller spredtbygd strøk. På kommunenivå, fordelt etter sentralitetsindeksen.

<sup>122</sup> Sørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20.

<sup>123</sup> En hussamling skal registreres som et tettsted dersom det bor minst 200 personer der og avstanden mellom husene skal normalt ikke overstige 50 meter. Tettbygde strøk er de områdene som omfattes av tettsteder, og spredtbygde strøk er alle områder utenfor.

Figur 5-8 viser at i kommuner med sentralitetsindeks 1 ligger 99 prosent av boligene i tettbygde strøk. Mens i kommuner med sentralitetsindeks 6 er det en mindre andel av boligene, 36 prosent, som ligger i tettbygde strøk. Større avstand mellom boliger vil kunne gi lengre avstander for tilbud av helse- og omsorgstjenester og dermed potensielt økte kostnader, mer om dette i *kapittel 4.4 Kostnadsdrivere*. Det vil også kunne gi lang avstand til andre tjenestetilbud. Kommunene vi har snakket med trakk også frem at lange avstander kunne føre til mindre følelse av trygghet. En uhensiktsmessig beliggende bolig kan dermed framskynde en prosess der de eldre får redusert livskvalitet, større avhengighet av omsorgstjenester og tidlig overføring til institusjoner

I kapittelet om kostnader til helse- og omsorgstjenester, så vi på sammenhengen mellom lang reisevei og høyere kostnader. Den høye andelen spredtbygdhet i kommuner med lav sentralitet er med på å underbygge utfordringene i distriktene, med lange reiseavstander og færre boliger egnet for eldre.

## 5.4 Eldres preferanser og oppfatning av egen boligsituasjon

### 5.4.1 Mange eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig

Mange eldre ønsker å bli boende i sin nåværende bolig så lenge som mulig. Andre ønsker å flytte til boliger som er mer tilpasset alderdommen. I den grad boligen ikke lengre er egnet, står de eldre overfor to valg, enten å bli boende i egen bolig og tilpasse boligen til endret livssituasjon eller å flytte til en ny og mer egnet bolig. Hvilke valgmuligheter de eldre har vil i praksis avhenge av egne ressurser, både i form av kapasitet til å gjennomføre en slik prosess og midler, samt hvilke boligtilbud og muligheter som finnes på det lokale boligmarkedet der de eldre bor eller ønsker å flytte til. Denne formen for flytting, der folk flytter for å tilpasse boligsituasjonen til en alderdom med mulig nedsatt funksjonsevne, omtales gjerne som «strategisk flytting». Sørvoll med flere knytter slike flytteprosesser til urbaniseringsgrad.<sup>124</sup> Egenskaper ved lokale boligmarkeder er av stor betydning, og undersøkelsen viser at personer mellom 60 og 75 år flytter mest i sentrum av storbyene, mens det er færre egnede alternativer for eldre på boligmarkedet i distriktene. I NOU 2020:15 er det også pekt på utfordringer knyttet til mobilitet i boligmarkedet i distriktene.

Studier av mobilitet blant eldre på boligmarkedet indikerer at det har blitt mer vanlig å flytte i aldersintervallet 60 til 75 år i løpet av de siste 20 årene.<sup>125</sup> 35 prosent av de spurte i aldersgruppen 60-64 år og 44 prosent i aldersgruppen 65-69 år flyttet inn i nåværende bolig etter fylte 50 år, mot 29 prosent i aldersgruppen 60-69 år i 2007. Flyttingene foregår fortrinnsvis fra enebolig til mer tilgjengelige blokkleiligheter. Videre finner undersøkelsen at de som flytter relativt sent i livet, i større grad velger bolig med tanke på tilpasning til alderdommen enn andre og halvparten av 50- og 60 åringer oppgir at de kunne tenke seg å flytte dersom de får store hjelpebehov. Tabell 2 viser eksempelvis at 34 prosent av de spurte i aldersgruppen 50-59 år valgte nåværende bolig med tanke på alderdom eller funksjonsnedsettelse og at det samme gjaldt 68 prosent av de i aldersgruppen 68-75 år.

---

<sup>124</sup> Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. (2016), *Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring*. NOVA-rapport 11/16.

<sup>125</sup> Sørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20.

Tabell 5-2 Andel som har valgt nåværende bolig med tanke på alderdom eller funksjonsnedsettelse etter alder ved innflytting i nåværende bolig.<sup>126</sup>

Før 50	50–59	60–67	68–75
12 %	34 %	56 %	68 %

### 5.4.2 Eldre ønsker å bo mest mulig uavhengig av andres hjelp

Flere undersøkelser har sett på eldres boligpreferanser og hvilke boligkvaliteter eldre verdsetter. I en undersøkelse NOVA gjennomførte i 2016 av hvilke boligkvaliteter som vurderes som viktigst, ble det at boligen befinner seg på ett plan verdsatt høyest, mens det som er nest viktigst er at boligen er slik at jeg/vi kan leve mest mulig uavhengig av andres hjelp, jf. tabell 5-3. Ut over dette viser svarene at eldre verdsetter en rekke ulike dimensjoner som handler om både tilgjengelighet, attraktivitet og familieforhold.

Tabell 5-3 De 15 høyest prioriterte boligkvalitetene, av 21. 1 er høyest og 20 lavest. Kilde: NOVA 2016.

Prioriterte boligkvaliteter	Prioritering
At boligen er på ett plan	6,1
At boligen er slik at jeg/vi kan leve mest mulig uavhengig av andres hjelp	7,0
At boligen er enkel å vedlikeholde	7,2
At boligen har plass til å ta imot familien	7,2
At jeg/vi eier boligen selv	7,4
At boligen har balkong/terrasse/altan	7,7
At boligen har utsikt	9,5
At boligen er utformet med tanke på funksjonsnedsettelse/skrøpeligheit	9,7
At det eksisterer gode parkeringsmuligheter nær boligen	10,2
At boligen er i nærheten av en eller flere dagligvareforretninger	10,3
At boligen er i nærheten av familie	10,4
At boligen har egen hage	10,9
At boligen er i et område jeg er godt kjent	11,0
At boligen har heis hvis den ligger i 2. etg eller høyere	11,1
At boligen er i nærheten av offentlig kommunikasjon	11,3

Nærhet til offentlig kommunikasjon og områder med høy grad av service- og kulturtilbud scorer relativt lavt i undersøkelsen. Andre undersøkelser peker likevel mot at dette kan være viktig. En rapport om boligpreferanser i distriktene, fant blant annet at unge eldres etterspørsel etter sentrale leiligheter ofte handlet om et ønske om et aktivt og sosialt liv, med nærhet til alle tilbud.<sup>127</sup> I casekommunene som ble undersøkt ser man tegn som kan tyde på at det har skjedd en endring i både boligpreferanser og hva som er sosialt akseptert når det gjelder valg av bolig. Dette innebærer

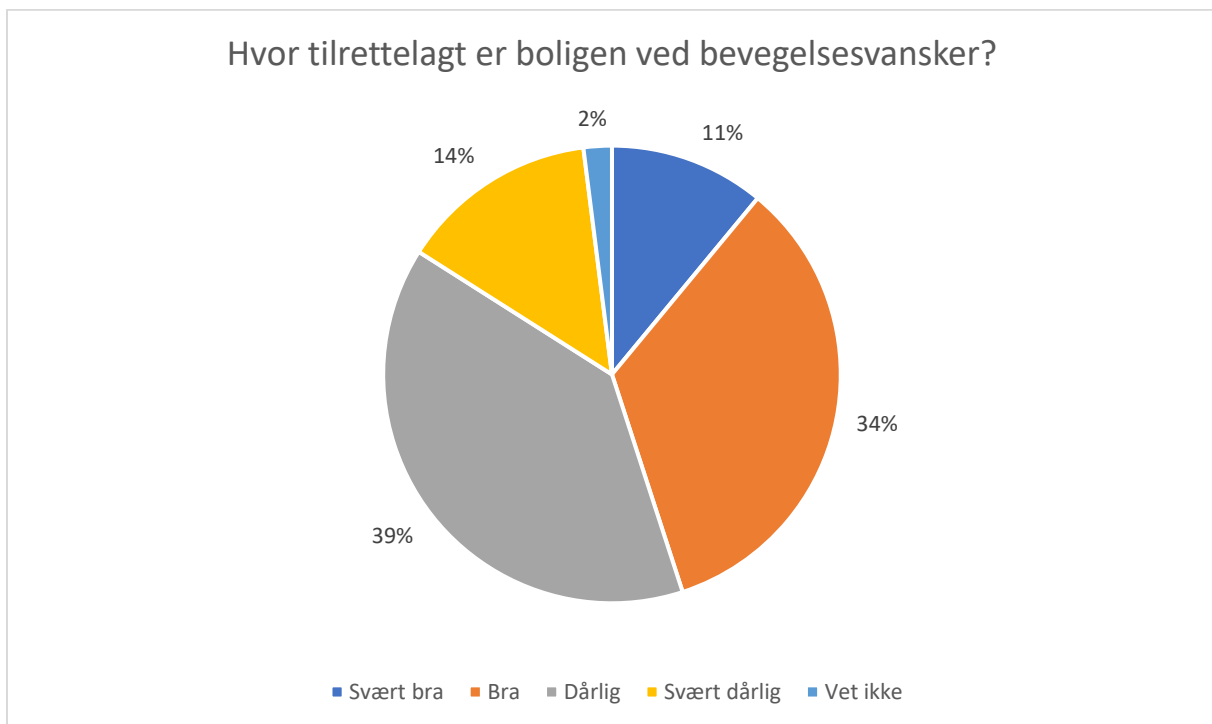
<sup>126</sup> Sjørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20.

<sup>127</sup> Ruud, M. E., Schmidt, L., Sjørlie, K., Skogheim, R. & Vestby, G. M. (2014) *Boligpreferanser i distriktene*. NIBR-rapport 2014:1

at det også i distriktene har blitt mer vanlig i de senere årene å flytte fra en enebolig eller et våningshus til en mer sentralt beliggende leilighet. Det sitter likevel langt inne å flytte fra boligen og nabolaget sitt, og mange baserer framtidsplanene på at de kan fortsette å bo i dagens bolig med hjelp fra kommunens hjemmetjenester når det blir behov for det. Begrensninger i det lokale boligmarkedet gjør i tillegg at flere velger å vente til en mer attraktiv bolig dukker opp.

### 5.4.3 Mange bor i en bolig som er dårlig tilpasset alderdommen, men få tilpasser boligen

Selv om en betydelig andel eldre bruker boligkapitalen sin til å kjøpe ny bolig som er enklere å bo i når alderdommen kommer og helse og funksjonalitet blir redusert, er det likevel slik at mange middelaldrende og eldre bor i boliger som er dårlig tilpasset alderdommen. Med basis i en undersøkelse som NOVA gjorde i 2016, illustrerer figur 5-9 i hvilken grad de spurte opplever nåværende bolig som tilrettelagt for bevegelsesvansker.<sup>128</sup> I aldersgruppen 50-71 år vurderte 53 prosent nåværende bolig som dårlig (39 prosent) eller svært dårlig (14 prosent) for en situasjon med bevegelsesvansker.



Figur 5-9: Hvor tilrettelagt er boligen ved bevegelsesvansker - Egenvurdering av hvor tilrettelagt boligen er for en situasjon med bevegelsesvansker, 50-71 år, 2016 Kilde: NOVA/TNS Gallup 2016.

På tross av at mange opplever boligen som utilgjengelig ved nedsatt funksjonsevne er det få som melder om udekkede behov. Blant husholdninger med personer 67 år eller eldre har tre prosent av husholdningene udekket behov for tilrettelegging.

<sup>128</sup> Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. (2016), *Eldres boligsituasjon. Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring*. NOVA-rapport 11/16.

Blant personer over 80 år med nedsatt funksjonsevne og som ikke bor i en tilrettelagt bolig, er det 17 prosent som melder om et udekket behov for en tilrettelagt bolig. Tilsvarende tall for befolkningen mellom 50-66 år og 67-79 år er henholdsvis 10 og 12 prosent. Tallene er oppsummert i tabell 5-4.

Tabell 5-4 Funksjonsnedsettelse og behov for boligtilrettelegging etter alder (2015) Kilde: LKU 2015/ gjengitt i NOVA (2016).

	50-66 år	67-79 år	80 år eller eldre
Andel husholdninger med behov for spesiell tilrettelegging av boliger blant de som ikke bor i en tilrettelagt bolig i dag	10	12	17

Selv om en betydelig andel eldre bor i en bolig som er dårlig tilrettelagt for alderdommen, ser det ut til at folks vilje til å gjøre noe med situasjonen i form av tilpasning av boligen er begrenset. På spørsmål fra NOVA om gjennomføring eller planer om ombygging eller tilpassing av dagens bolig med tanke på ulike funksjonsnedsettelse, svarer tre av fire at det ikke er aktuelt å gjennomføre slike tilpasninger. Det vanligste er å ha gjennomført enkle tilpasninger, som å sette opp ekstra gelender i trapp eller fjerning av terskler, mens de færreste har montert rullestolrampe eller vurderer å gjøre denne typen tilpasninger. Med ett viktig unntak er det få forskjeller i svarfordelingen mellom bofaste og de som har flyttet de siste fem årene: Det er en markert større andel blant flytterne som oppgir at det ikke vil være aktuelt å gjennomføre tilpasninger enn blant de bofaste. Dette kan være fordi en god del av flytterne har hatt tilpasning til alderdommen i tankene da de flyttet, mens de bofaste til en viss grad ikke utelukker at framtidige boligtilpasninger kan bli nødvendige om livssituasjonen krever det.

Den manglende viljen til å gjøre tilpasninger av egen bolig kan ha sammenheng med at de spurte er i en situasjon der det anses som et for stort tiltak, enten på grunn av kostnader eller helsemessige forhold. Dette kan også ha sammenheng med at personer i de eldre aldersgruppene i stor grad er tilfreds med boligen sin. Levekårsundersøkelsen 2015 viser at personer over 67 år er den gruppen av befolkningen som rapporterer høyest tilfredshet ved boligen sin. 61 prosent er svært fornøyd, og 38 prosent er fornøyd med egen bolig.<sup>129</sup> Senere undersøkelser viser også at ganske mange eldre gjennomfører vedlikehold av egen bolig.<sup>130</sup> For eksempel hadde 35 prosent i aldersgruppen 60 til 75 år gjennomført vedlikehold av kjøkken de siste fem årene i 2019, mot 16 prosent i 2004. Det er imidlertid langt mindre vanlig å gjøre strategiske tilpasninger av boligen for å øke tilgjengeligheten i forbindelse med vedlikeholdsarbeid. Eldre synes primært å gjøre tilpasninger av egen bolig når behovet er veldig konkret, eller når man forventer at behov for tilpasning vil melde seg i nær framtid.

#### 5.4.4 Mange eldre har høy boligformue

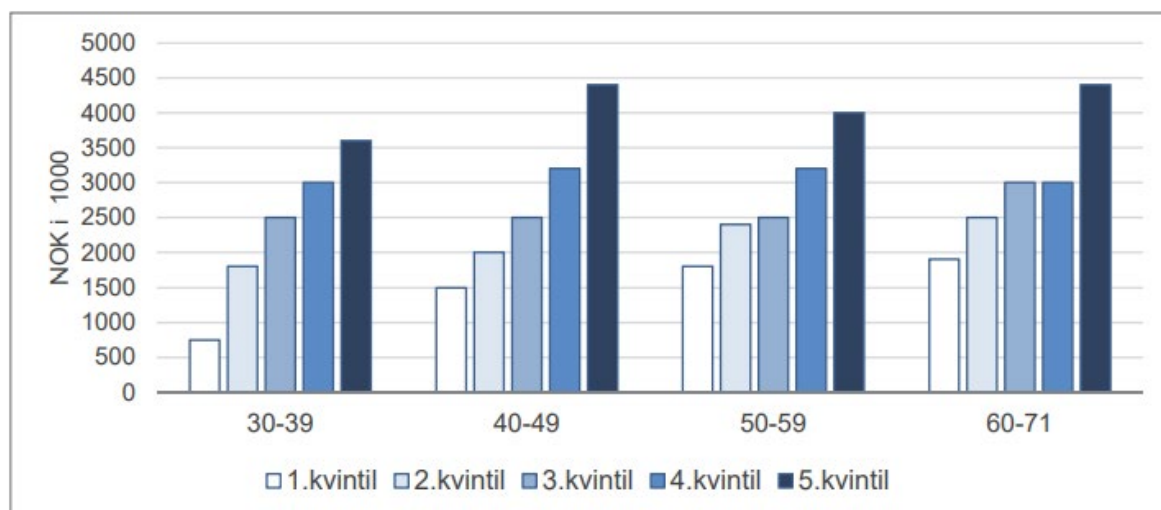
Tilbudet av egnede boliger er viktig for at eldre skal kunne tilpasse seg og bli boende lengre hjemme, men dette avhenger også av individuelle ressurser.

<sup>129</sup> Revold, M. K., Sandvik, L. & M., L., With (2018), *Bolig og boforhold – for befolkningen og utsatte grupper*. SSB-rapport 2018/13.

<sup>130</sup> Sjørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20.

Eldre vil ofte ha lavere inntekt enn yngre aldersgrupper, men de vil samtidig i gjennomsnitt ha en større formue enn befolkningen for øvrig. Siden mange eldre er boligeiere, vil boligkapital være viktig i denne sammenheng. Boligformuen kan bidra til et større økonomisk handlerom for eldre ved at den kan belånes gjennom låneprodukter som rammelån og fleksilån<sup>131</sup>.

Figur 5-10 viser hvordan boligformue er fordelt i ulike aldersgrupper. Den viser at i den eldste aldersgruppen er boligformuen mer jevnt fordelt enn blant de yngre. I aldersgruppen 60-71 år har den laveste kvintilen i fordelingen en relativt høy boligformue, sammenliknet med de lavere aldersgruppene.



Figur 5-10: Fordeling av boligformue etter inntekt og alder. Kilde: Sandlie og Gulbrandsen (2016), NOVA-rapport 11/16

Eldre vil ha høyere boligformue på grunn av nedbetaling av gjeld gjennom livsløpet og boligkarrieren, og i tillegg kan boligen ha økt i verdi. Boligprisveksten har vært høy i enkelte deler av landet de siste tiårene. Dermed vil boligformue også kunne variere geografisk. Dette peker også i retning av at det er større utfordringer på boligmarkedet for eldre i distriktene. Boligmarkeder i områder med langvarig befolkningsnedgang har også ofte lav omsetningsverdi på boliger. Prisfall på boliger kan føre til at husholdningen ikke kan selge boligen og realisere et eventuelt tap.

Videre i NOVA-rapport 11/16 vises det til at mange nordmenn over 50 år har solid økonomi. I en spørreundersøkelse svarte den femtedelen med lavest inntekt av respondentene mellom 60 og 71 år at de hadde en samlet formue på over 2 millioner i snitt.<sup>132</sup>

I Perspektivmeldingen omtales denne rapporten. Det står at «Rapporten tegner videre et bilde av en gruppe eldre som økonomisk sett har mulighet til å planlegge for sin egen alderdom.»<sup>133</sup> I strategi for

<sup>131</sup> Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V & Gulbrandsen, L. (2016) *Eldres bosituasjon – Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring*. NOVA rapport nr. 11/16

<sup>132</sup> Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V & Gulbrandsen, L. (2016) *Eldres bosituasjon – Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring*. NOVA rapport nr. 11/16

<sup>133</sup> Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.



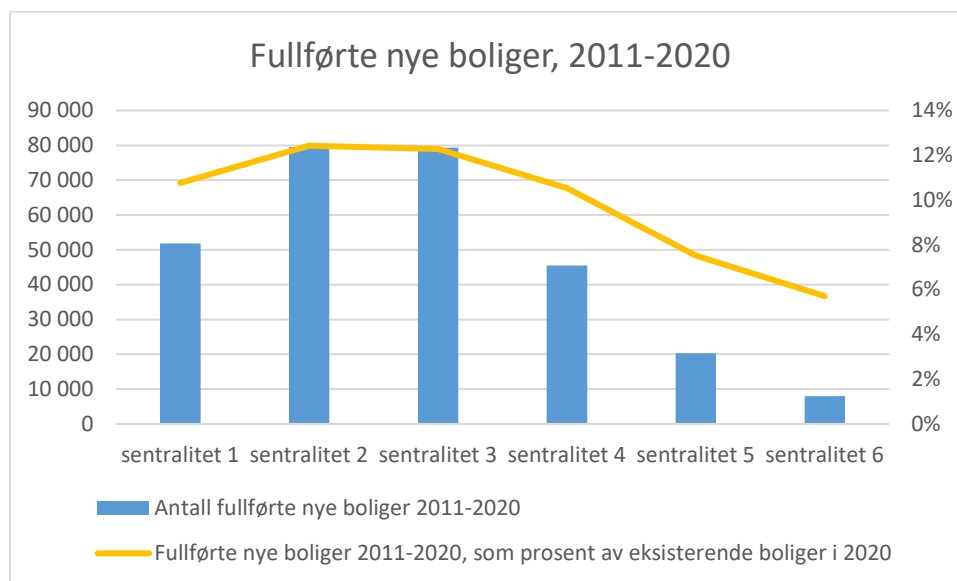
et aldersvennlig samfunn fra 2016 brukes liknende beskrivelse: «Mange eldre har ressurser til å ta ansvar for egen bosituasjon og klare ønsker for hvordan de vil bo.»<sup>134</sup>

I nevnte NOVA-rapport påpekes det samtidig at for en del eldre og seniorer vil begrensede økonomiske ressurser utgjøre en strukturell begrensning for egeninvestering i ny eller gammel bolig. I noen tilfeller er ikke boligformue tilstrekkelig for å skaffe seg en sentralt beliggende leilighet. Selv om de fleste eldre har god økonomi, er det også eldre som har liten eller ingen formue eller betydelig gjeld. Andelen som vil ha negativ netto formue øker også i nye kohorter.<sup>135</sup>

## 5.5 Byggeaktiviteten er lavere i de minst og mest sentrale områdene

Som følge av de byggetekniske kravene til tilgjengelighet i nye boliger, vil boligbygging føre til at andelen egnede boliger til eldre vil øke<sup>136</sup>. SSBs statistikk på byggeareal har blant annet årlige tall på fullførte boliger, inndelt etter boligtype, fordelt på fylker, kommuner eller sentralitet.

Ved å kombinere tallene på fullførte boliger med statistikken på totalt antall boliger, slik det framgår av figur 5-11, kan vi se nærmere på hvor mye som bygges i forhold til mengden som allerede eksisterer.



Figur 5-11 Antall fullførte nye boliger 2011-2020, og i prosent som andel av eksisterende antall boliger i 2020. På kommunenivå, sortert etter sentralitetsindeks. Kilde:SSB

Når vi ser på fullførte nye boliger de siste ti årene, har det både i antall og andel av eksisterende boligmasse, blitt bygget mest i kommuner med sentralitet 2 og 3. Det har blitt bygget mindre i både antall og andel i de minst sentrale kommunene.

<sup>134</sup> Regjeringen (2016). Flere år – flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Departementene

<sup>135</sup> SSB (2017) «Framtidens eldre i by og bygd», SSB Rapport 2017:32

<sup>136</sup> Les mer om byggeteknisk forskrift (TEK17) i kap. 6.3 Regulatoriske virkemidler.

En undersøkelse av nyboligbygging fra SSB viser at 101 kommuner hadde lav andel (5 prosent eller lavere) nybygging i perioden 2008– 2018.<sup>137</sup> Mange av disse er kystkommuner i Nord-Norge, og kommuner i Innlandet. Av kommunene med lavest andel nybygging var det hele 26 kommuner som hadde nedgang i boligmassen i perioden 2008–2018. De samme kommunene har svært lav byggeaktivitet med i snitt litt over fem igangsettingstillatelser i året. 52 kommuner hadde høy andel (20 prosent eller høyere) nybygging i perioden 2008 – 2018. Disse kommunene er nesten utelukkende i Sør-Norge.

### 5.5.1 Byggenæringens bidrag til egnede boliger til eldre

NOVA har sett nærmere på bolig- og byggenæringens bidrag til et boligmarked med velegnede boliger for eldre.<sup>138</sup> Gjennom spørreundersøkelser til boligbyggerlag og bedrifter innen boligproduksjon og rehabilitering kommer det blant annet fram at 67 prosent av respondentene anser eldre som et viktig markedssegment for virksomheten. Det kommer imidlertid også fram at få boligprodusenter retter seg mot eldre med under gjennomsnittlig kjøpekraft.

Lave boligpriser kan også virke som en barriere mot boligbygging. I enkelte kommuner kan byggekostnadene være høyere enn boligverdien. Dette bidrar til at folk ikke ønsker å ta opp lån, eller ikke får lån til boliginvesteringer grunnet høy tapsrisiko<sup>139</sup>. Det utgjør også en større risiko for kommunene å satse på større utbyggingsprosjekter når boligmarkedet er lite og sårbart, og det er relativt få boliger som omsettes årlig.<sup>140</sup> I markeder der det er stor usikkerhet om utbyggere får solgt nye boliger kan det være at de ikke tar risikoen på å bygge ut større prosjekter, eller deler opp i flere byggetrinn.

I en tidligere NOVA-undersøkelse<sup>141</sup>, pekes det også på at i små boligmarkeder i mindre distriktskommuner, vil det være et begrenset antall boliger som vil kunne avsettes årlig som følge av at det er få potensielle kjøpere. Dette vil ikke stimulere utbyggere til å satse på leilighetsproduksjon.

Byggteknisk forskrift (TEK17) stiller visse krav om tilgjengelighet, men det finnes ikke noe krav i TEK17 om at småhus skal ha alle hovedfunksjonene på inngangsplanet. NOVA har også spurt boligprodusentene om i hvilken grad de bygger småhus med alle hovedfunksjonene på inngangsplanet.

---

<sup>137</sup> Bloch, V. V. H. (2018) *Geografisk analyse av nyboligbygging i Norge. Igangsettingstillatelser etter mål for sentralitet og konsentrasjon*. SSB-rapport 2018/32

<sup>138</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/18

<sup>139</sup> NOU 2020:15 (2020) *Det handler om Norge*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet

<sup>140</sup> Ruud, M. E., Schmidt, L., Sørli, K., Skogheim, R. & Vestby, G. M. (2014) *Boligpreferanser i distriktene*. NIBR-rapport 2014:1

<sup>141</sup> Sørvoll, J., Martens, C. & Daatland, S. O. (2014) *Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA-rapport nr. 17/2014.

Tabell 5-5: I hvilken grad bygger virksomheten småhus med alle hovedfunksjonene (stue, kjøkken, toalett, bad, soverom) på inngangspartiet? Kilde: NOVA-rapport 12/2018/ Kantar TNS

	N	Prosent
I stor grad	11	21
I noen grad	15	28
I liten grad	12	23
Aldri – men bygger andre typer småhus	3	6
Aldri – men har konkrete planer om å starte med det	1	2
Aldri – virksomheten bygger ikke småhus	10	19
Vet ikke	1	2
Totalt	(53)	100

Av tabell 5-5 framgår det at om lag halvparten av respondentene i undersøkelsen svarer at de i stor eller noen grad bygger småhus med alle funksjoner på inngangsplanet. I den samme undersøkelsen blir boligbyggerne spurt om i hvor stor grad kommunene stiller krav til at de bygger småhus med alle bofunksjoner på inngangsplanet. Her svarer 11 prosent at det gjøres i stor grad, mens 30 prosent svarer at det gjøres i noen grad.

I rapporten skriver de videre at mye tyder på at det er særskilte utfordringer for boligbedrifter som stort sett gjennomfører sine prosjekter i distriktene. I kommuner hvor det ikke finnes leiligheter med god tilgjengelighet fra før, finnes det heller ingen prissignaler eller manifestert etterspørsel utbyggere kan bruke til å forankre beslutninger om byggestart.

### 5.5.2 Bofellesskap og boliger med fellesfunksjoner for eldre

«Private bofellesskaper» og det beslektede begrepet «boliger med fellesfunksjoner» blir ofte trukket fram som gode boligformer for eldre.<sup>142</sup> I en spørreundersøkelse til boligbyggerne spurte NOVA om deres virksomheter produserer boliger med fellesfunksjoner velegnet for eldre og seniorer. 26 prosent av respondentene svarte at de gjør dette i «noen grad» eller «stor grad». NOVA påpeker imidlertid at man bør være varsom med å trekke konklusjoner fra dette, siden det kan være ulike tolkninger av hva man legger i «fellesfunksjoner». I den nevnte NOVA-rapporten skrives det videre at det er uklart hva som er den forventede gevinsten for den enkelte og samfunnet ved boliger med fellesfunksjoner: «På den ene siden er det rimelig å tenke seg at boliger med fellesfunksjoner kan bidra til å redusere ensomhet, bedre livskvalitet og mer aktive liv. Det er mindre empirisk støtte for at slike løsninger kan fungere som et fellesskap hvor man tar vare på hverandre og dermed reduserer behov for offentlige tjenester.»

Norman-utvalget trekker også fram nye kollektive boløsninger. Mange eldre innbyggere i distriktene ser ut til å ønske seg boligformer som kan legge til rette for mer sosial kontakt og aktivitet enn det som er tilfellet i dag. I praksis kan vi tenke oss mange forskjellige former for boligfellesskap rettet mot seniorer og eldre med varierende grad av fellesfunksjoner og muligheter for å dyrke sosiale nettverk og aktiviteter sammen med andre. Et viktig skille går mellom boligtilbud som er velegnet for

<sup>142</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/18

eldre, men åpen for beboere fra alle aldersgrupper, og boliger som er klausulert for godt voksne personer over for eksempel 40, 50 eller 65 år<sup>143</sup>.

### 5.5.3 Forventet utvikling i andel tilgjengelige boliger

SSB har sett nærmere på hvor stor andel av boligene som var tilgjengelige for bevegelseshemmede i 2018, og hvordan denne andelen vil kunne utvikle seg framover.<sup>144</sup> SSB har her definert en tilgjengelig bolig som en bolig tilrettelagt for rullestolbrukere eller som uten altfor store omkostninger, kan tilpasses. De fant at dette omfattet 21 prosent av alle boliger.

Som følge av de byggetekniske kravene anslår SSB at andelen tilgjengelige boliger vil stige med ca. 70 prosent fram til 2040, fra 21 til 35 prosent av boligmassen. Som følge av lavere andel boligbygging i mindre sentrale kommuner vil imidlertid disse kommunene henge etter i denne veksten. Effekten av nybygging er ikke tilstrekkelig til å imøtekomme framtidens behov.

## 5.6 Hva fremmer og hemmer mulighetene for at flere eldre kan bli boende lengre hjemme?

NOVA peker på at mulighetene for at flere eldre kan bli boende hjemme ikke bare er påvirket av den enkeltes individuelle muligheter og begrensninger, men også de muligheter og begrensninger som ligger i tilbudet av boligløsninger i det lokale boligmarkedet, prisen på dette tilbudet og tilgangen til kommunale tjenester og støtteordninger.<sup>145</sup> Personlig økonomi, helsetilstand og emosjonell stedstilknytning blir trukket fram som eksempler på individuelle faktorer som kan fungere både som drivere og barrierer for boligtilpasning i eldre år. En surveyundersøkelse gjennomført av NOVA indikerer at selv om mange mellom 60 og 75 år opplever få alvorlige selvopplevde begrensninger på boligmarkedet knyttet til økonomi, er det et betydelig mindretall som rapporterer at de ikke har råd eller ikke ønsker å prioritere flytting av økonomiske årsaker. Om lag halvparten av respondentene viser til at markedsprisene på boliger er for høy i egen kommune.

Surveyresultatene viser videre at egenskaper ved lokale boligmarkeder representerer sentrale barrierer og drivere på samfunnsnivå. Personer mellom 60 og 75 år flytter mest i sentrum av storbyene, der tilbudet av tilgjengelige boliger er størst. Samtidig er flyttingen i denne aldersgruppen relativt sett minst utbredt i spredtbygde strøk, hvor tilbudet av tilgjengelige boliger er minst. Her skaper lave boligverdier og prisdifferanser mellom utkant og sentrum barrierer for flytting. På bakgrunn av disse forskjellene i boligmarkedene mellom spredtbygde og mer sentrale strøk, argumenterer NOVA for å prioritere utviklingen av en eldreboligpolitikk i distriktene.<sup>146</sup>

NIBR har sett på hvilket handlingsrom som finnes kommunalt for å påvirke tilbudet av boliger for yngre eldre og hva kommunene faktisk gjør for denne gruppen.<sup>147</sup> De viser til at eldrevennlige områdeplaner, salg av tomter eller eiendommer på eldrevennlige vilkår og vektlegging av eldre og

---

<sup>143</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie, H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/18

<sup>144</sup> SSB- rapport 2019/8 *Scenarioanalyser av tilgjengelighet i den norske boligmassen*.

<sup>145</sup> Sørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20.

<sup>146</sup> Sørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. NOVA-rapport 5/20.

<sup>147</sup> Schmidt, L., Holm, A., Kvinge, T. & Nørve, S. (2013) *BOLIG+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest*. NIBR-rapport 2013:19

deres behov i utarbeidelsen av boligplaner og boligprogrammer kan være aktuelle tiltak i den sammenheng.

Med hjemmel i plan- og bygningsloven (PBL) har kommuner med vekst et større handlingsrom for å legge inn føringer gjennom områderegulering og detaljreguleringer når det gjelder funksjons- og kvalitetskrav.<sup>148</sup> I mindre kommuner, med nedgang i innbyggertall og ingen/lite oppføring av nye boliger, vil reguleringsplaner og nybygging ikke være et like effektive virkemiddel for å få flere tilgjengelige boliger. Her vil det trolig være mer hensiktsmessig å ha tett dialog med bransjen i forbindelse med utbedringer av eksisterende boliger, kjøp/salg av tomter og mulig oppføring av kommunale boliger for å møte etterspørselen.

I en kommune med befolkningsvekst og press på arealer, kan det være enklere for politikerne å planlegge, stille krav og være i forkant. For å sikre god gjennomføring kan kommunen inngå utbyggingsavtaler med private aktører eller selge kommunale tomter med vilkår. I kommuner med nedgang i folketall og antall arbeidsplasser er ofte situasjonen en annen. I KS sin håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn<sup>149</sup> er det videre poengtert at det er vanskelig å si nei til aktører som ønsker å bygge boliger selv om kommunen ser at plasseringen ikke er ideell. Ønske om utvikling og folkevekst blir ofte styrende. Det kan være en god strategi, men samtidig fratrukker det kommunen mulighet til en overordnet planlegging der også tjenestetilbud og infrastruktur blir hensyntatt.

## 5.7 Hvordan fungerer boligmarkedet for eldre i utvalgte eksempelkommuner?

### 5.7.1 Hvordan er eksisterende boligmasse tilrettelagt for at eldre skal kunne bo hjemme?

For å svare på dette spørsmålet har vi sett nærmere på statistikk på seks kommuner fra ulike deler av landet. Noen av kommunene har pekt seg ut i positiv forstand gjennom god tilrettelegging og/eller fullførte boligprosjekter for eldre. Vegårshei og Ringebru blir framhevet som gode eksempler på kommuner med boligsatsinger som tar samfunnets aldring på alvor i en rapport fra NOVA om samfunnsvirkninger av boligpolitikk, og Vefsn er trukket fram på grunn av et boligprosjekt tilpasset eldre i Mosjøen. Vi kommer tilbake til disse eksemplene gjennom kapittelet.

Tabell 5-6 Befolkningstall, andel eldre og sentralitetsindeks på seks utvalgte kommuner. Befolkningstall per 1.1.2021. Kilde: SSB

Kommune	Vegårshei	Vefsn	Ringebru	Fredrikstad	Bærum	Bergen
Befolkningstall	2 100	13 300	4 400	83 200	128 200	285 600
Andel befolkning 67+	15 %	19 %	23 %	17 %	15 %	14 %
Score på sentralitetsindeksen	570 (5)	699 (4)	648 (5)	874 (2)	967 (1)	900 (2)

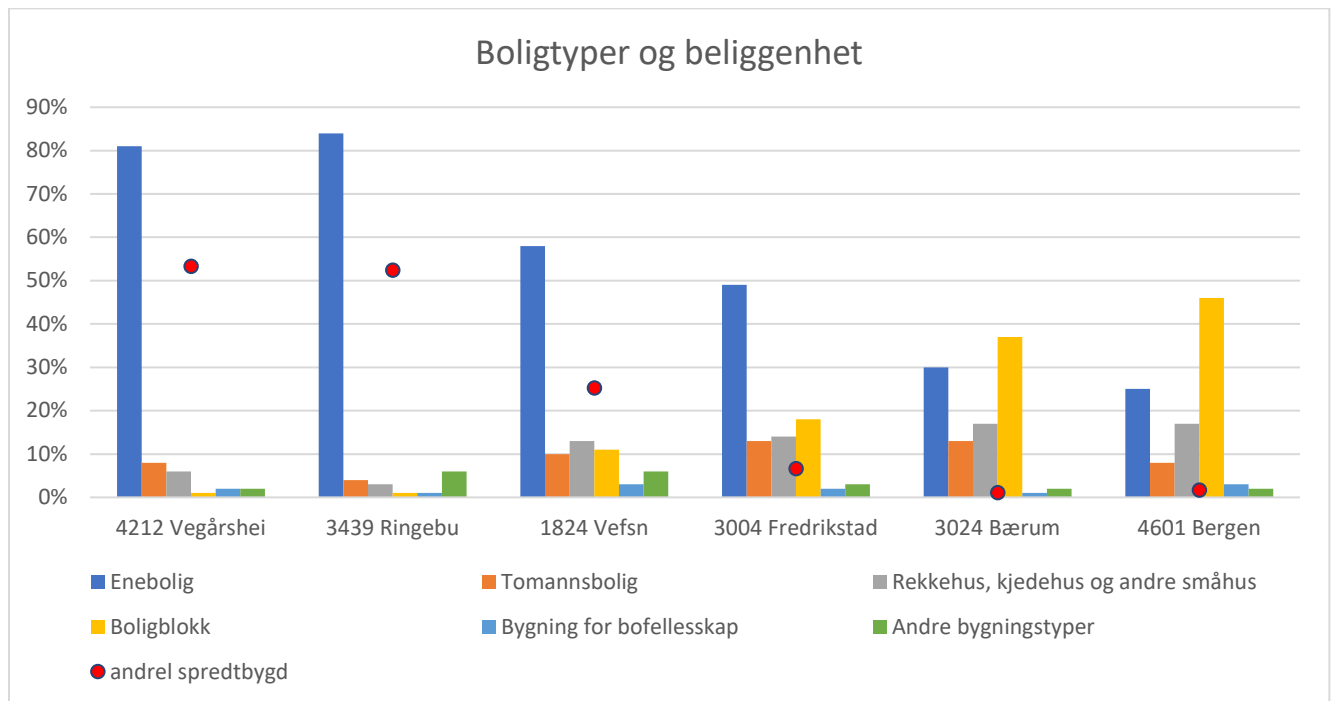
Tabell 5-6 viser størrelse på kommunen gjennom befolkningstall og sentralitetsindeks, samt andelen eldre i befolkningen. Ringebru har den klart høyeste andelen på 67 år eller eldre, med 23 prosent. Til

<sup>148</sup> KS (2020), *Håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn*.

<sup>149</sup> KS (2020), *Håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn*.

sammenlikning er dette tallet for hele landet 16 prosent. Vefsn og Fredrikstad har også en noe høyere andel eldre enn landsgjennomsnittet.

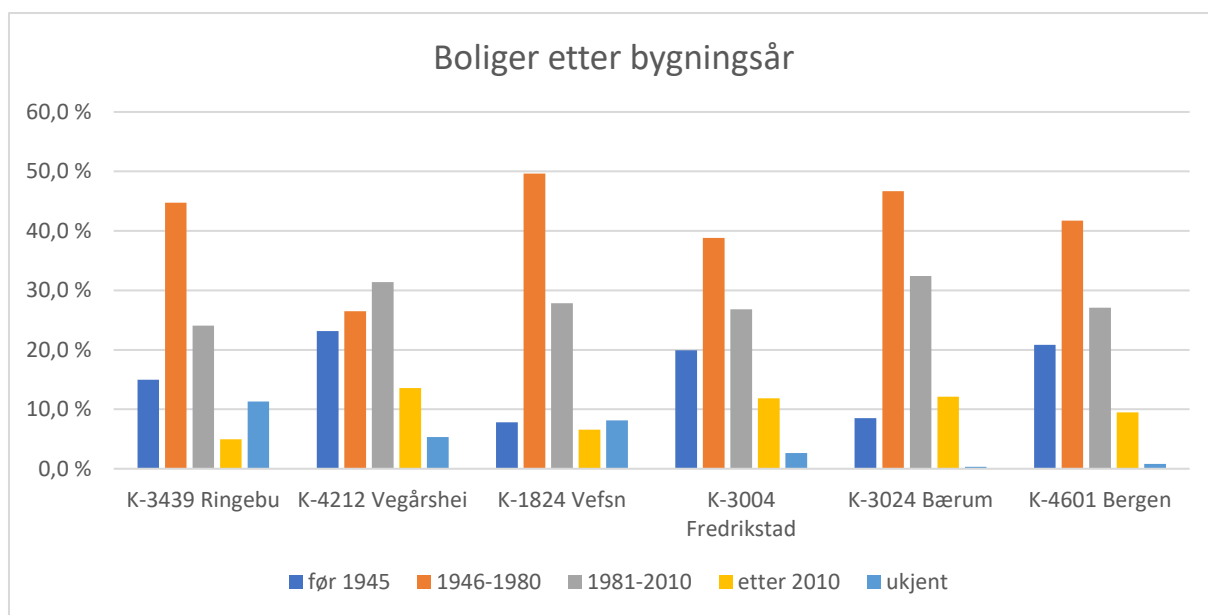
Vi kan se nærmere på hvordan eksisterende boligmasse er tilrettelagt for eldre i disse kommunene i figur 5-12.



Figur 5-12: Stolpene viser boliger fordelt etter boligtype i de seks kommunene. Punktene viser hvor stor andel av boligene som ligger spredtbygd i kommunen. Kilde: SSB.

I de to minste kommunene er det store flertallet av boliger eneboliger. I Vegårshei og Ringebu er andelen eneboliger på henholdsvis 81 prosent og 84 prosent. I Bærum og Bergen er den største andelen av boliger i boligblokker.

Videre ligger over halvparten av boligene i Vegårshei og Ringebu i spredtbygde strøk. I kommunene med høyere befolkning er også flere boliger i tettbygde strøk. I Bærum og Bergen er kun hhv. 1,1 prosent og 1,7 prosent i spredtbygde strøk.



Figur 5-13: Boliger fordelt etter byggeår i tre eksempelkommuner. Kilde: SSB.

Som skrevet tidligere i kapittelet, kan byggeår gi en indikasjon på hvor egnet en bolig er for eldre. Figur 5-13 viser at i Ringebu er kun 5 prosent av boligene bygget etter 2010. I Vegårshei og Vefsn er tilsvarende tall 13,6 prosent og 6,6 prosent.

I alle eksempelkommunene bortsett fra Vegårshei, er den største andelen boliger bygget mellom 1946-1980. I Vefsn gjelder det nesten 50 prosent av boligene.

Vegårshei kommune har den høyeste andelen eldre boliger, bygget før 1945 av de tre kommunene, men de har også den høyeste andelen nyere boliger, bygget etter 2010.

## 5.7.2 Eksempler på boligprosjekter tilpasset eldre fra ulike kommuner

I NOVA-rapport 23/2018 ble det identifisert en håndfull eksempler på boligprosjekter som har det til felles at de har fellesfunksjoner (i større eller mindre grad) og forbeholdes/klausuleres og/eller markedsføres mot godt voksne grupper. Det gjelder for eksempel Doyens boliger i Lørenskog, Nesttunvannet Terrasse i Bergen, Selvaagplusskonseptet flere steder i landet og boligbyggelaget Bori sitt prosjekt på Romerike.

I Sintef-rapporten *Bo hele livet* presenteres også forslag og eksempler på ulike boformer som er tilpasset eldre. Her trekkes det fram eksempler på både flergenerasjonsboliger med institusjoner, bofellesskap med flere generasjoner og seniorbofellesskaper. Kampen Omsorg+ i Oslo, Helgetun i Bergen og Østeråstunet i Bærum er blant eksemplene på seniorbofellesskap<sup>150</sup>.

Bovieran er et boligkompleks med privateide, relativt små leiligheter. Sentralstyrt temperatur, overbygget glasstak, felles hage og diverse fellesfasiliteter. Første kompleks er planlagt i Øygarden

<sup>150</sup> Høyland, K., Denizou, K., Halvorsen, T., Moe, E. (2020) *Bo hele livet, nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung*. SINTEF Fag

utenfor Bergen og vil bestå av 57 leiligheter. Bovieran planlegger også bygg i Skien, Kongsvinger, Hønefoss, Kristiansand og Narvik.<sup>151</sup>

Selvaag Pluss er et boligkonsept fra Selvaag Bolig som er tilpasset, men ikke begrenset til, eldre beboere. Boligkonseptet inkluderer fellesareal og vertskap og finnes flere steder i Oslo, Drammen, Stavanger, Kristiansand, Bergen og Asker. Et prosjekt i Trondheim er under utvikling.<sup>152</sup>

NOVA kjenner til konkrete eksempler hvor boligbyggelag ønsker å oppføre boliger for eldre etter initiativ nedenfra, som for eksempel Bori på Romerike (Romerikes Blad Pluss 07.08.2018). Sett fra utbyggers perspektiv kan initiativ nedenfra fungere som en positiv motvekt til utfordringene knyttet til boliger med fellesfunksjoner.

Boligprosjekter tilpasset eldre finnes ikke bare i store byer. NOVA viser også til at i en liten by som Mosjøen i Nordland (rundt 10 000 innbyggere) har for eksempel en privat aktør lagt ut et prosjekt med 25 leiligheter for salg. Prosjektet har sentral beliggenhet og fellesfunksjoner som lounge, treningsrom og mulighet for å innkvartere besøkende i et gjesterom/hotellrom (Helgelendingen Pluss 28.11.2018)

### 5.7.3 Hvilke barrierer er det i markedet for boligløsninger til eldre?

#### **Høye kostnader**

Boligprosjekter for eldre med fellesarealer vil innebære høyere kostnader enn tilsvarende boligprosjekt uten fellesareal. Siden fellesarealer i slike boligprosjekter ikke er salgbare i seg selv og utbygger dermed må fordele deres kostnader på de andre leilighetene, vil slike leiligheter bli dyrere enn andre. Litt over halvparten av respondentene i en spørreundersøkelse fra NOVA til boligbyggerlag og bedrifter innen bolig-produksjon og rehabilitering<sup>153</sup> sa seg enig i at det er «vanskelig å forsvare bygging av fellesarealene og fellesfunksjonene økonomisk – det er mer lønnsomt å bygge en eller flere ekstra leiligheter».

#### **Manglende etterspørsel**

NOVA trekker fram manglende etterspørsel som et mulig hinder, og viser til et innlegg i Oppland Arbeiderblad hvor den administrerende direktøren i Gjøvik og omegn boligbyggelag (GOBB). Han sier at flere prosjekter for eldre med fellesfunksjoner har blitt stanset i utviklingsfasen på grunn av at for få er villige til å betale for slike fellesfunksjoner.

#### **Utfordringer knyttet til kommunal regulering**

Fire respondenter fra NOVAs undersøkelse peker på konkrete utfordringer knyttet til kommunale leilighetsnormer «som krever et visst antall store familieleiligheter i alle nye prosjekter». Siden 2007 har for eksempel hovedstaden hatt en leilighetsfordelingsnorm i bydelene i indre Oslo by. Denne veiledende normen ble revidert i 2013 og innebærer at minst 40 prosent av nye boliger i disse

---

<sup>151</sup> Kirsebom, K. og AarnesJournalist, H. (2021, 16. sep.) All inclusive alderdom. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/rE853w/all-inclusive-alderdom>

<sup>152</sup> Selvaag Bolig (2021). Prospekt, side 28. [Hentet fra: https://prospekt.selvaagbolig.no/konseppter-2021/selvaag-pluss/?page=28](https://prospekt.selvaagbolig.no/konseppter-2021/selvaag-pluss/?page=28).

<sup>153</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/18



bydelene i regelen skal være over 80 kvm (Plan- og bygningsetaten 2016). Ifølge en av våre informanter kan denne normen skape problemer for utbyggere som vil etablere boligkomplekser med fellesfunksjoner. Informanten argumenterer for at normen ikke er tilpasset slike prosjekter fordi mange funksjoner her legges utenfor boligene, noe som forsvaret et lavere areal i de private leilighetene. Vår informant etterlyser derfor en erkjennelse av at eldreboliger er en særegen type bolig som krever unntak fra leilighetsnormen.

## 5.7.4 Eksempler på hvordan kommunene kan tilrettelegge for boliger for eldre

Kommunen er den viktigste aktøren i boligpolitikken. Ifølge NOVA kan boliger for eldre falle mellom to stoler i kommunene: det er verken en del av helse- og omsorgspolitikken eller den boligsosiale politikken rettet mot vanskeligstilte grupper.<sup>154</sup>

NOVA viser i en rapport om samfunnsvirkninger av boligpolitikk<sup>155</sup> eksempler på hvordan kommuner kan legge til rette for at eldre kan bo lengre hjemme, og samtidig dempe utgiftsveksten forbundet med reising til hjemmetjenestene, institusjonsomsorg og omsorgsbolig, gjennom det ordinære boligmarkedet. Dette kan skje ved å fremme bedre tilgjengelighet i eksisterende bebyggelse eller legge til rette for produksjon av sentrumsnære og universelt utformede leiligheter med sentrale funksjoner på ett plan. Blant ti norske distriktskommuner som er undersøkt blir Vegårshei, Iveland og Ringebu framhevet som gode eksempler på kommuner med boligsatsinger som tar samfunnets aldring på alvor, ved høy bevissthet om sammenhengene mellom boligtilbud, boligpolitikk og eldreomsorg.

### 5.7.4.1 Tromsø kommune

Tromsø kommune har arbeidet for å fremme privat utbygging av seniorboliger. I sin boligsosiale handlingsplan 2015-2018 ble privatfinansierte samlokaliserte seniorboliger definert som en «nøkkeltype» bolig, fordi det er en forebyggende boform<sup>156</sup>. I handlingsplanen skriver de videre at Tromsø kommune, i 2015 – 2018, vil bidra til å realisere privatfinansierte samlokaliserte seniorboliger med innslag av kommunalt disponerte boliger.

### 5.7.4.2 Bergen kommune

Bergen er et annet eksempel på en bykommune hvor privatfinansierte seniorboliger er på dagsordenen. I seniorplan 2019-2024 skriver de at:

*«Boligmarkedet i Bergen er i stor grad styrt av det private markedet og private boligutbyggere. Bergen kommune kan legge føringer for utbygging gjennom reguleringer og arealplaner. Utbygging av alternative, og kollektive boformer for eldre forutsetter et samspill mellom kommunens virkemidler og det private markedet. Bopilot er et forskningsbasert innovasjonsprosjekt der Bergen kommune, sammen med Trondheim kommune, NTNU og Sintef, skal se på hvordan kommunen kan være en*

<sup>154</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/2018.

<sup>155</sup> Sørvoll, J. & Løset, G., K. (2017) *Samfunnsvirkninger av boligpolitikk. Boligsatsinger og samfunnsutvikling i ti norske distriktskommuner*. NOVA-rapport nr. 3/2017.

<sup>156</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/2018.

*pådriver for alternative boligløsninger. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd og skal gå fram til våren 2022. I Bergen kommune skal piloten foregå i Grønnevikken. Bergen kommune håper prosjektet vil gi viktig kunnskap og konkrete eksempler på hvordan kommunen kan påvirke boligutviklingen og bidra til at boliger og boligområder kan være med på å løse sosiale utfordringer. Bergen kommune vil bygge videre på erfaringene fra Bopilot og arbeide for å få på plass alternative og kollektive boløsninger for eldre.»<sup>157</sup>*

#### **5.7.4.3 Stavanger kommune**

For å møte utfordringene innen helse- og omsorgstjenestene har Stavanger kommune utarbeidet en egen plan for omsorgsbygg der de vektlegger at tilbudet i hjemmet skal økes og at behovet for sykehjemsplasser/heldøgnsomsorg skal ned.<sup>158</sup> De viser til at bedre personlig økonomi og tilgang til hjelpemidler gir innbyggerne større muligheter til å kunne tilrettelegge egen bolig og klare seg selv bedre og lengre hjemme. Selv om flere skal bo lengre hjemme, viser de til at det fortsatt vil være behov for å bygge et variert tilbud av boliger og institusjonsplasser i årene som kommer.

*Plan for omsorgsbygg 2019-2034* omfatter utbygging av heldøgnsomsorg i sykehjem, bofelleskap og alternative boformer for eldre med hjelpebehov. I tillegg omtaler den boformer for mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemning, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

NOVA-rapport nr. 3/2017 viser eksempler på boligsatsinger i ti norske distriktskommuner, hvor eksemplene fra følgende tre kommuner er av særlig relevans for utvikling av aldersvennlige samfunn:

#### **5.7.4.4 Ringeby kommune**

Ringeby har, i likhet med distriktskommuner flest, tradisjonelt vært en eneboligkommune. Den pågående boligsatsingen i kommunen forsøker å legge til rette for leilighetsbygging i sentrum som ledd i arbeidet med å gjøre kommunen mer attraktiv for tilflyttere, inkludering av flyktninger og tilpasse boligtilbudet til det aldrende samfunnets behov. I tre år har Ringeby også hatt en ansatt i 100 prosents stilling som har jobbet med bolyst og landsbyutvikling. Som ledd i dette har det de siste årene blitt oppført mange kommunale omsorgsboliger i sentrumsnære områder. For få år siden ble det etablert 24 heldøgnsomsorgsplasser i form av omsorgsboliger for leie. Kommunen har også 35 omsorgsboliger med lavere bemanning. Denne satsingen på omsorgsboliger med ulikt tjenestenivå har gjort det mulig å avvikle hele sykehjemstilbudet i kommunen. En informant fra kommunen framhever at den helhetlige boligsatsingen – inkludert byggingen av omsorgsboliger – har bidratt til et mer levende sentrum og bidratt positivt til næringslivet. Videre har satsingen på omsorgsboliger bidratt til moderate besparelser i eldreomsorgen som følge av sykehjemstilbudets avvikling.

#### **5.7.4.5 Vegårshei kommune**

I Vegårsheis kommuneplan 2014-2025 heter det at: «*Boligpolitikken er første ledd i en kjede av helse- og omsorgstjenester*». Informanten fra kommunen framhever at satsingen på oppføring av private leiligheter i sentrum allerede har bidratt til mindre kjøring og arbeidsbelastning i hjemmetjenestene. I lys av økningen i andelen eldre de neste tiårene har kommunen som målsetting for eldreomsorgen

---

<sup>157</sup> Bergen kommune. (2019). *Et eldrevennlig Bergen Seniorplan for Bergen kommune 2019-2024*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1896193/Et-eldrevennlig-Bergen-Seniorplan-for-Bergen-kommune-2019-2024-Korrigert-versjon-06-06-19>

<sup>158</sup> Stavanger kommune. (2019). *Plan for omsorgsbygg 2019-2034*.

at innbyggerne «skal kunne bo i sitt eget hjem så lenge som mulig». På denne måten kan kommunen forene hensynet til eldre personers livskvalitet og sparing av midler på institusjonsomsorg.

Målet om å legge til rette for helse- og omsorgstjenester i brukernes egne boliger er konkretisert i kommuneplanens samfunnsdel ved blant annet følgende delmålsettinger:

- Legge til rette for et godt og variert boligtilbud med høy grad av universell utforming og trygghet nær sentrumsfunksjoner.
- Universell utforming legges til grunn ved utbygging i alle boligområder.
- Tilby tjenester som bidrar til at folk kan klare seg selvstendig i eget hjem lengst mulig

Ifølge kommunens informant har antall leiligheter med livsløpsstandard i kommunesentrum økt fra 0 til 60 mellom 2007 og 2017. Dette er et direkte og indirekte resultat av kommunens boligsatsing. Før var det bare eneboliger i kommunesentrum. Det antas at boligsatsingens betydning for eldreomsorgen trolig vil bli mer synlig på offentlige budsjetter på sikt. Effektene av boligsatsingen var ikke nøyaktig tallfestet på undersøkelsestidspunktet. Økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester som følge av en aldrende befolkning, hadde ikke utgiftene og bemanningen i helse- og omsorgssektoren gått ned da undersøkelsen ble gjennomført. Informanten fra kommunen opplyste imidlertid om mindre kjøring og mindre arbeidsbelastning i hjemmesykepleien. Tidligere kjørte hjemmesykepleien i større grad ut og utførte omsorgstjenester i eldre boliger med lav tilgjengelighet, med for eksempel eldre bad hvor det var upraktisk å arbeide.

#### **5.7.4.6 Iveland kommune**

I Iveland har etableringen av et nytt sentrum med universelt utformede leiligheter på Åkle i Birketveit vært en viktig del av kommunens boligsatsing. Før dette prosjektet fantes det i realiteten ikke et sentrum i Iveland med møteplasser og mulighet for sosial kontakt. Satsingen på leiligheter i Ivelands kommunesentrum skjedde parallelt med en reduksjon av liggetiden på sjukeheimen i kommunen. Det blir vist til at satsingen har hatt en positiv effekt på eldreomsorgen og livskvaliteten til eldre i kommunen. Som følge av nye universelt utformede leiligheter er det nå mulig å utsette institusjonsinnleggelsen for eldre innbyggere. Tidligere var det vanlige med lange opphold på kommunens sykehjem fordi det ikke var andre alternative tilbud. Ifølge informanten fra kommunen fungerte også sykehjemmet passiviserende for de eldre, som ofte ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Når det nå er mulig å skaffe seg en lettstelt leilighet i sentrum kommer det også eldre til gode i form av et mer aktivt liv og sosial kontakt. I framtiden vil kommunen kunne tilby flere omsorgstjenester i leilighetene på Åkletomta, og på denne måten redusere behovet for egne offentlige subsidierte omsorgsboliger eller institusjoner. Ved å flytte noe av ansvaret for bolig over på husholdningene og aktører i det ordinære boligmarkedet, kan både Vegårshei og Iveland få en mulighet til å konsentrere seg mer om tjenesteproduksjon og mindre om boligforvaltning i årene som kommer.

#### **5.7.4.7 Kommunen som planmyndighet og boligaktør**

NOVA viser til at kommunene gjennom reguleringsplaner og dialog og avtaler med private utbyggere, har en viss mulighet til å påvirke nybyggingen på måter som er forenelige med kommunale mål for eldreomsorgen.<sup>159</sup> Reguleringsplanene kan blant annet legge til rette for fortetting og leilighetsoppføring i de mest folketette delene av en kommune, og på den måten bidra til at tjenester

---

<sup>159</sup> Sørvoll, J., Martens, C. & Daatland, S. O. (2014) *Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA-rapport nr. 17/2014.

kan ytes mer kostnadseffektivt til eldre som bor i egen leilighet. Kommunene kan kreve at alle nødvendige boligfunksjoner er på inngangsplanet,<sup>160</sup> som i neste omgang gjør at kravene til tilgjengelig boenhet i TEK17 må oppfylles. Plan- og bygningsloven gir imidlertid ikke kommunene mulighet til å bestemme at det skal oppføres boliger til bestemte grupper, som for eksempel eldre eller gruppen 55+.<sup>161</sup>

Det er likevel flere eksempler på at kommunene kan selge tomter til utbyggere på vilkår av at de bygger boliger til særskilte grupper: Lindås kommune solgte i 2015 en tomt til taksert verdi til en privat utbygger med betingelse om boligoppføring av 20 enheter.<sup>162</sup> I kravspesifikasjonen sto det at Lindås kommune skulle få peke ut 14 av de 20 kjøperne i prosjektet. Målgruppen for prosjektet var unge i etableringsfasen og andre som har tilsvarende utfordringer med å etablere seg i boligmarkedet. Kjøperne har finansiert boligkjøpene med startlån fra Lindås kommune og Husbanken. I tillegg sikret det gode samarbeidet mellom Lindås kommune, Lindås tomteselskap, Byggmester Markhus og Husbanken grunnlansfinansiering. Som et ledd i Asker kommunes boligpolitiske strategi har kommunestyret bestemt at det skal bygges 350 boliger hvert år i kommuneplanperioden fram til 2026. 50 av disse skal være innen kategorien rimeligere boliger, det vil si boliger med enkel og nøktern standard, som ligger minst 10 prosent under gjennomsnittlig markedspris i området.<sup>163</sup>

### **5.7.5 Kommuner er lite bevisst sammenhengen mellom eldreomsorg og boligpolitikk**

Ved å undersøke et utvalg av 30 kommuneplaner, mener NOVA å se at de aktuelle kommunene i varierende grad er bevisst sammenhengene mellom eldreomsorg og boligpolitikk.<sup>164</sup> De finner at landets ti største kommuner går mest i detalj om eldreperspektivet i bolig- og arealplanleggingen. Med unntak av Kristiansand og Sandnes, anerkjenner planer og andre dokumenter fra de ti største byene, sammenhengen mellom boligpolitikk, boligmarked og eldreomsorg. Videre viser undersøkelsen at de ti mellomstore og ti små kommunene, samlet sett har lite oppmerksomhet rettet mot boligplanlegging for eldre i plandokumentene. Sammenhengen mellom boligpolitiske og/eller velferdsteknologiske virkemidler og eldreomsorgen berøres i langt mindre grad enn i de fleste store kommunenes planer. Verken velferdsteknologi, boligtilpasning eller utbyggingspolitikken i det aldrende samfunnet blir gjenstand for bred omtale.

NOVA viser til at dette kan ha sammenheng med at spesielt de minste, men også en del av de mellomstore kommunene, har svært begrensede administrative ressurser sammenliknet med de største kommunene. En kartlegging av kommunene sin kapasitet til samfunnsplanlegging viser at 80 prosent av kommunene med under 5 000 innbyggere har mindre enn ett årsverk til

---

<sup>160</sup> Plan- og bygningsloven § 12-17

<sup>161</sup> Sørvoll, J., Martens, C. & Daatland, S. O. (2014) *Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA-rapport nr. 17/2014.

<sup>162</sup> Veiviseren.no

<sup>163</sup> Johnsen, G., M., (2015, 7. desember). Asker kommune har tomter til 3.000 boliger. *Budstikka*. <https://www.budstikka.no/nyheter/asker-kommune-har-tomter-til-3-000-boliger/37673!/>

<sup>164</sup> Sørvoll, J., Martens, C. & Daatland, S. O. (2014) *Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene*. NOVA-rapport nr. 17/2014.

samfunnsplanlegging. For de aller minste kommunene, med færre enn 3 000 innbyggere, mangler over 20 prosent ansatte som arbeider med samfunnsplanlegging.<sup>165</sup>

For det andre viser NOVA til at spesielt de minste kommunene har langt høyere samlet dekning av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjemsplasser enn de største kommunene. Det kan bety at behovet for boligtilpasning og eldre perspektiv i utbyggingspolitikken oppleves mindre prekært. For det tredje kan bevisstheten om sammenhengen mellom eldreomsorg og boligpolitikk være begrenset i noen eller flere av de små og mellomstore utvalgskommunene. Etter NOVAs oppfatning reflekterer planenes taushet om boligplanleggingen for eldre, at mange små og mellomstore kommuner i utvalget ikke har noen høyt prioritert satsing på dette området. I kommuner med spredt bosetning kan for det fjerde en satsing på boligtilpasning i områder langt fra kommunesentrum virke lite aktuelt. Her kan det synes mer rasjonelt å bygge omsorgsboliger og legge til rette for privat fortetting i sentrum, for slik legges til rette for mer kostnadseffektive hjemmetjenester (Nygaard, 2013). For det femte er det store forskjeller mellom en kommune som Oslo, med over 600 000 innbyggere, og de minste og mellomste utvalgskommunene med befolkning på tusen eller noen få tusen personer. Ifølge NOVA framstår utfordringene på eldreomsorgens og boligplanleggingens område som mer oversiktlige i de minste kommunene.

NOVA peker på at de eldre ikke er en målgruppe for det boligsosiale arbeidet, og mener det er med på å forklare hvorfor kommuner flest er tilbakeholdne med å ta på seg for mye ansvar for de eldres boligsituasjon. De mener det er mulig at kommunene ser for seg at staten skal ta på seg brorparten av de økonomiske forpliktelsene knyttet til å legge til rette for gode boligløsninger i det aldrende samfunn. Oslos seniormelding er et eksempel på dette, der det stilles tydelige krav til økt bistand på dette området. Planene i flere kommuner, som Oslo, Bergen, Trondheim, Bærum, Tromsø og Bremanger, argumenterer for samarbeid med boligprodusenter om privatfinansierte leiligheter med fellesarealer og god tilgjengelighet for de over 55 eller 60. Dette kan ses som et forsøk på å skape bedre samsvar mellom tilbud og etterspørsel i boligtilbudet til eldre.

Kommunale bestemmelser om at alle småhus skal ha hovedfunksjonene på inngangsplanet kan være av stor betydning for tilgjengeligheten i boligmassen, som følge av at de utløser krav om «tilgjengelig boenhet». Det betyr at inngangsplanet skal være tilgjengelig for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Trondheim har blitt trukket fram som et eksempel på en kommune som har innført krav om at 30 prosent av småhusene skal ha alle hovedfunksjoner på inngangsplanet. I Trondheim kommunes boligprogram for perioden 2011 til 2014 ble innføringen av bestemte småhuskrav knyttet til et ønske om å øke antallet boliger med god tilgjengelighet utover minimumskravene i den byggtekniske forskriften.<sup>166</sup> I de to Sørlandskommunene Vegårshei og Iveland har for eksempel kommunen tatt initiativ og lagt til rette for privat oppføring av sentrumslokaliserte leiligheter velegnet for eldre. Ved på denne måten å se eldreomsorg og boligpolitikk i sammenheng kan det gi rom for å dempe kostnadsøkningen i omsorgssektoren på sikt.<sup>167</sup>

---

<sup>165</sup> Borge, L.E. et al. (2017). *Nullpunktsmåling: Hovedrapport. SØF-rapport nr. 01/17*. Senter for økonomisk forskning.

<sup>166</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/2018.

<sup>167</sup> Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). *Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre*. NOVA rapport nr. 12/2018.

## 5.8 Sammenhenger mellom omsorg og bolig

I dette kapittelet har vi blant annet sett nærmere på boligmarkedet i noen eksempelkommuner. Under denne delen vil vi se på sammenhengen mellom disse tallene og statistikken som er brukt i kapittel 4 om utgifter til helse- og omsorgstjenester. Vi tar ikke sikte på å trekke noen konklusjoner ut fra dette, men ønsker å synliggjøre muligheter som finnes i dagens statistikk og peke på sammenhenger det vil være interessant å se nærmere på i de neste fasene av utredningen.

I tabellen nedenfor har vi plukket ut noen eksempler på statistikk for å kunne sammenlikne kommunene seg imellom. I tillegg kan det sammenliknes med landsgjennomsnittet helt til høyre.

Tabellen gir mulighet til å sammenlikne ulike tall på helse- og omsorgstjenester til eldre mellom ulike kommuner. Vi ser at det er til dels stor variasjon i hvor stor andel av befolkningen i kommunen som er eldre (67 år eller eldre). Dette gjenspeiles også i tallene for disponible sykehjemsplasser.

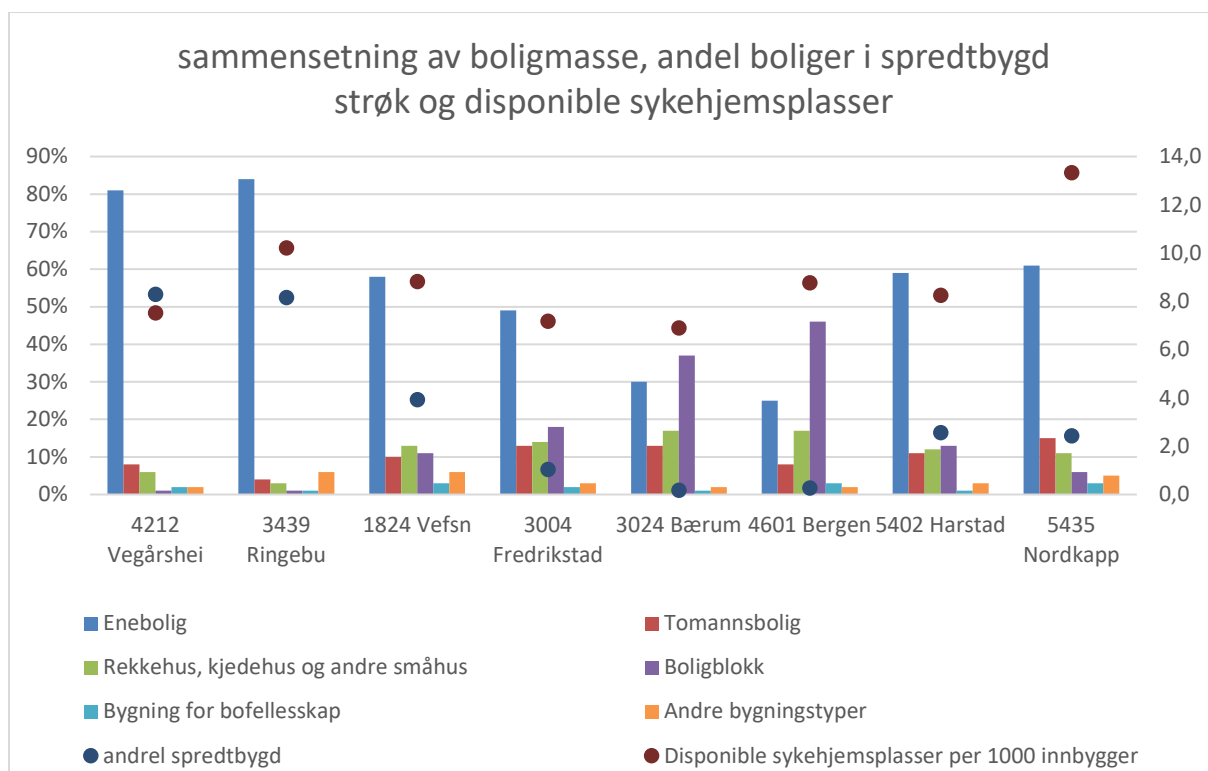
Kommunene med høyest andel eldre er også kommunene med flest disponible sykehjemsplasser per 1 000 innbygger. Vi ser også f.eks. at Bærum kommune scorer relativt lavt på disponible sykehjemsplasser per 1 000 innbygger, men scorer relativt høyere når vi ser på sykehjemsplasser i forhold til antall eldre personer i kommunen.

Det er også interessant å sammenlikne de to nederste radene som viser det relative antallet brukere av hjemmetjenester og institusjonstjenester. Her scorer f.eks. Ringebu høyest på hjemmetjenester og lavest på institusjonstjenester.

Tabell 5-7 Tall på helse- og omsorgstjenester til eldre i ulike kommuner. Kilde: SSB

Kommune	Vegårshei	Vefsn	Ringebu	Fredrikstad	Bærum	Bergen	Harstad	Nordkapp	Hele landet
Befolkningstall	2 100	13 300	4 400	83 200	128 200	285 600	24 700	3 100	5 391 400
Andel befolkning 67+	15 %	19 %	23 %	17 %	15 %	14 %	18 %	22 %	16 %
Andel av befolkning som er 67+ og mottar omsorgstjeneste	4,4 %	5,2 %	7,0 %	4,2 %	3,8 %	3,7 %	5,0 %	5,1 %	4 %
Disponible sykehjemsplasser per 1000 innbygger	7,5	8,8	10,2	7,2	6,9	8,8	8,2	13,3	7,3
Disponible sykehjemsplasser per 100 personer på 67+	5,1	4,5	4,5	4,2	4,6	6,3	4,6	6,1	4,6
Unike brukere (67+) av omsorgstjenester i 2020, andel av totalt antall 67+	29 %	27 %	31 %	25 %	26 %	26 %	28 %	24 %	26 %
Brukere hjemmetjenester per 1000 innb. (67+)	23,5	22,8	47,2	19,6	17,3	16,7	26,3	26,3	-
Brukere institusjonstjenester per 1000 innb. (67+)	.	11,2	5,4	7,2	6,9	7,6	7,6	-	-

I Figur 5-14 ser vi på sammenhengene mellom boligmasse og disponible sykehjemsplasser. De blå og røde punktene i figuren viser hhv. andel spredtbygde boliger og antall disponible sykehjemsplasser per 1000 innbygger. Vi ser en mulig sammenheng mellom kommuner med høy andel eneboliger og høy andel spredtbygde boliger. I Bergen og Bærum, hvor den største andelen boliger er boligblokker, er det en svært liten andel spredtbygde boliger.



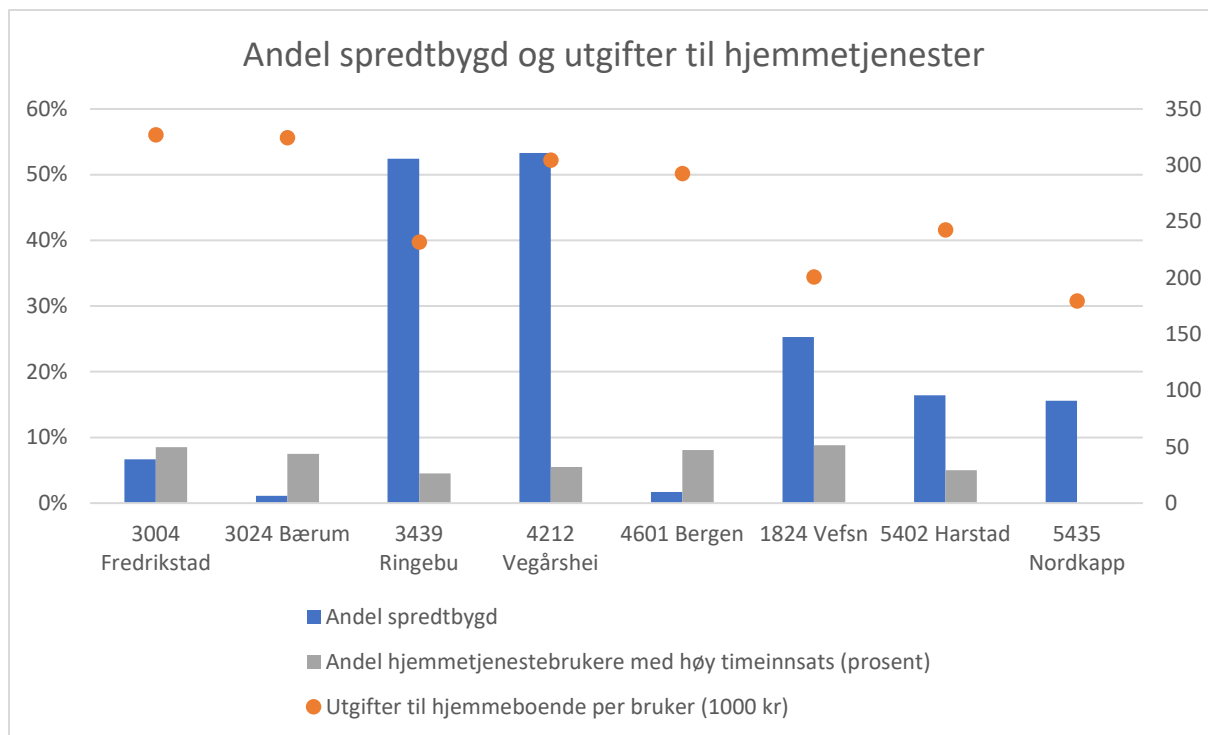
Figur 5-14: Sammensetning av boligmasse, andel av boliger som ligger spredtbygd, og disponible sykehjemsplasser per 1000 innbygger. Disponible sykehjemsplasser på høyre akse. Kilde: SSB, tabell 06830 og tabell 11875.

Videre viser de røde punktene i figuren hvor mange disponible sykehjemsplasser det er per 1 000 innbygger. Det kan tenkes å være sammenheng mellom boliger med usentral beliggenhet og lav tilgjengelighet, og behov for sykehjemsplasser. Figuren viser at kommunene med lavest andel eneboliger og spredtbygdhet også har relativt få disponible sykehjemsplasser.

Dette er ikke nok til å trekke noen slutninger, og det må sees i sammenheng med andre kjennetegn ved kommunen som f.eks. demografisk sammensetning av befolkningen. Men dette viser muligheter for videre studie av flere kommuner. En annen mulig videre analyse vil være å se på utviklingen over tid.

En annen sammenheng som kan være interessant å se nærmere på, er sammenhengen mellom spredtbygdhet og utgifter per bruker av hjemmetjeneste. I kapittel 4.2.3. så vi på boligsituasjon som mulig kostnadsdriver for helse- og omsorgstjenester og viste til en rapport fra Helsedirektoratet som så på sammenhenger mellom reisetid og gjennomsnittlige driftsutgifter per innbygger. I SSBs statistikk finner vi både tall på andelen boliger som ligger spredtbygd og utgifter til hjemmeboende per bruker.

Vi har kombinert data for dette for våre eksempelkommuner i figur 5-15 nedenfor. Det kan være andre variabler som f.eks. hvor stort bistandsbehov de enkelte brukerne har, som spiller inn. Vi har forsøkt å ta høyde for dette ved å også inkludere tall på andel brukere med høy timeinnsats. I vårt utvalg ser vi ikke en tydelig sammenheng mellom høy andel spredtbygdhet og høyere kostnader. Men dette kan være interessant å videre på med et utvidet utvalg kommuner i en videre studie.



Figur 5-15: Andelen boliger i utvalgte kommuner, andelen hjemmetjenestebrukere med høy timeinnsats (v.a.) og utgifter til hjemmeboende per bruker (h.a.). Kilde: SSB, tabell 12362, tabell 12293 og tabell 06830



## 6 Dagens virkemidler

*Eldres mulighet til å bli boende hjemme avhenger i første rekke av individuelle forhold som helsesituasjon, støtte fra pårørende, frivillige eller nærområdet for øvrig, boligens egnethet, boligmarkedet i nærområdet, den eldres økonomiske situasjon, mv. For å kompensere for slike faktorer finnes ulike statlige og kommunale virkemidler som kan påvirke og støtte opp om eldres mulighet til å bo hjemme.*

*Som vi skal se, inneholder dagens virkemiddelpalett et bredt spekter av både økonomiske, regulatoriske og pedagogiske virkemidler. De spenner fra rettighetsbaserte bolig hjelpemidler som ytes gratis over folketrygden, til statlige låne- og tilskuddsordninger som delfinansierer ulike tiltak innenfor angitte formål, til kommunale tilskuddsordninger som kan benyttes i kombinasjon med og som del av kommunens tjenestetilbud.*

*Virkemidlene er innrettet dels mot den enkelte/husstanden, dels mot kommunen som bolig- og tjenesteaktør, og dels mot foretak og virksomheter som boligsameier, boligbyggerlag, utbyggere mv. Videre er virkemidlene dels innrettet mot å kunne brukes forebyggende, dvs. før en funksjonsnedsettelse har inntrådt, og dels som et kompenserende virkemiddel i situasjoner hvor behovet for tilpasning har oppstått.*

*Noen av virkemidlene er innrettet mot å påvirke den enkelte til selv å ta et større ansvar for egen bosituasjon. Andre er innrettet mot å bedre markedstilgangen på egnede boliger ved å påvirke kommunene eller andre boligaktører til å bygge eller tilpasse eksisterende boliger. Eldre inngår gjennomgående som en av flere målgrupper, og er ikke gitt spesiell prioritet.*

I dette kapittelet setter vi søkelyset på innretningen av dagens virkemidler, hvordan virkemidlene brukes i dag, hvilket potensiale de har for å kunne påvirke, og hvilke insentiver de gir både til enkeltpersoner, kommunen og aktører på bolig- og tjenestemarkedet. Vi gir først et oversiktsbilde over økonomiske, pedagogiske og regulatoriske virkemidler som omfattes av denne kartleggingen, og beskriver disse enkeltvis. Deretter gir vi en samlet framstilling av de økonomiske virkemidlene og belyser disse med henblikk på målgruppe og bruk, både beløpsmessig og med henblikk på når de kan komme til anvendelse. Videre introduserer vi omsorgstrappen som modell og viser vår tilpassede versjon. Deretter bearbeider vi omsorgstrappen videre til en bolig- omsorgstrapp hvor de økonomiske og pedagogiske virkemidlene rettet mot den eldres boligsituasjon vises.

### 6.1 Økonomiske virkemidler

Økonomiske virkemidler på området har et relativt stort omfang både når det gjelder antall ordninger og bevilgning. De økonomiske virkemidlene som omtales ytes i form av lån, tilskudd og stønader. Ordningene har ulike målgrupper, og kan være rettet både mot kommuner, bransjeaktører og enkeltpersoner/husstander.

Før beskrivelser av de enkelte ordningene skal det i denne delen gis et oversiktsbilde over økonomiske virkemidler som er omfattet av denne kartleggingen. I beskrivelsen av virkningsmekanismer vil vi benytte resultatkjeder som verktøy og gir derfor innledningsvis en kort omtale av hva resultatkjeden er og hva den forteller.

### 6.1.1 Oversiktsbilde – økonomiske virkemidler

De økonomiske virkemidlene som omtales forvaltes av henholdsvis Husbanken, Helsedirektoratet, NAV v/hjelpemiddelsentralen og kommunene. Selv om ingen av virkemidlene er direkte knyttet til eldre, kan eldre som målgruppe også påvirkes av virkemidlene.

Innenfor Husbanken sin låneramme er startlån og lån til utleieboliger for vanskeligstilte høyest prioritert. Barnefamilier og utviklingshemmede er prioriterte målgrupper innenfor disse låneordningene. Startlån er et aktuelt virkemiddel i den grad eldre kjøper og flytter til en egnet bolig eller tilpasser boligen. Lån til livsløpsbolig og lån til oppgradering (som begge er underkategorier for lån til boligkvalitet) er relevante for eldre som har behov for å tilpasse egen bolig eventuelt skaffe ny og mer egnet bolig. Disse låneordningene har tredjeprioritet innenfor lånerammen (etter startlån og lån til utleieboliger).

Husbanken forvalter også fire tilskuddsordninger som er relevante med tanke på å kunne påvirke de Eldres bo- og tjenestesituasjon: investeringstilskudd, tilskudd til etter-installering av heis, tilskudd til tilstandsvurdering og tilskudd til utleieboliger. Ordningen med investeringstilskudd er rettet mot kommunene og skal stimulere til fornyelse og nettoøkning i kommunens tilbud av sykehjemsplasser og plasser i omsorgsbolig med heldøgns tjeneste, mens de øvrige i større og mindre grad kan påvirke til at eldre kan bo hjemme lenger. Husbanken forvalter også bostøtteordningen som er en rettighetsbasert ordning og som gis til husholdninger basert på visse kriterier.

Blant ordningene forvaltet av NAV ved hjelpemiddelsentralene er denne kartleggingen avgrenset til følgende tre ordninger:

- Stønad ved utlån og installering av midlertidige bolighjelpemidler. Hjelpemidlene som lånes ut er rettighetsbasert og gratis for bruker, og skal leveres tilbake til hjelpemiddelsentralen når de ikke lenger er i bruk.
- [Tilskudd i stedet for rampe eller heisløsning](#). Hjelpemiddelsentralene kan, som et alternativ til utlån av trappeheis, løfteplattform eller rampe, i stedet gi tilskudd til varige tilpasninger av boligen/uteområdet slik at behovet for disse hjelpemidlene ikke lenger er tilstede.
- Øvrige enkle hjelpemidler til dagliglivet

Denne kartleggingen omfatter også tilskuddsordningen som Helsedirektoratet forvalter i tilknytning til Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Teknologier for trygghet og mestring, i tillegg til Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.<sup>168</sup> Ordningene kan påvirke Eldres mulighet til å bo hjemme lenger gjennom blant annet bruk av velferdsteknologi og bedre støtte til pårørende.

Fire tilskuddsordninger som nå er innlemmet i rammetilskuddet og forvaltet av kommunen blir også omtalt.

Figur 6-1 gir en samlet oversikt over økonomiske virkemidler hvor fargene på de ulike boksene illustrerer hvilke ordninger som forvaltes av kommunene og bevilgende departement og forvalter, jf. boksene nedenfor figuren hvor fargekodene er nærmere forklart.

De enkelte virkemidlene i tabellen er beskrevet nærmere i kapittel 6.1.3.1 til 6.1.3.19.

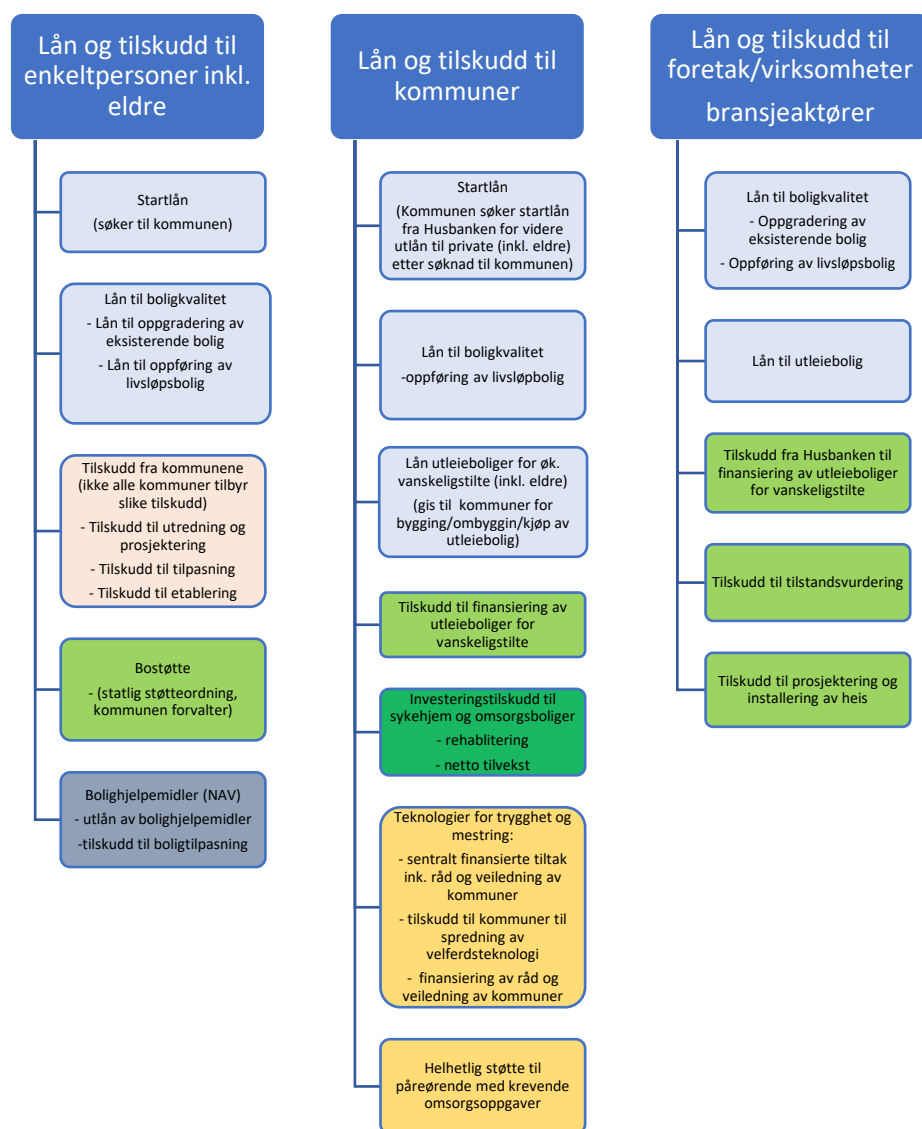
---

<sup>168</sup> Tilskuddsordningen Teknologier for trygghet og mestring – tilskudd til kommuner til spredning av velferdsteknologi har nå opphørt. Statsforvalterne gir imidlertid tilskudd til velferdsteknologi i kommunene. Nasjonalt velferdsteknologiprogram fortsetter i perioden 2022-2024, og vil ha andre tilskuddsordninger – både innen digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.

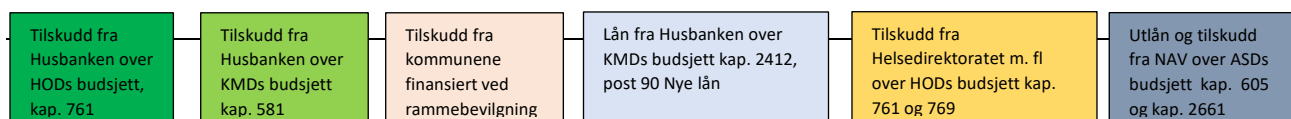
Som det framgår av figuren, kan lån og tilskudd gis til tre ulike hovedmålgrupper:

- Enkeltpersoner
- Kommuner og fylkeskommuner
- Foretak, virksomheter og bransjeaktører, herunder boligsameier, mv.

For noen av ordningene går forvaltningen i flere ledd. Eksempelvis vil kommunen søke startlånmidler fra Husbanken, og det er kommunene som forvalter videre utlån til enkeltpersoner i kommunen. Tilsvarende vil det for flere av ordningene være slik at ordningen i henhold til regelverket åpner for at både kommuner, bransjeaktører, foretak og enkeltpersoner kan være mottakere, men praksis innebærer at mottakergruppene er smalere. Dette framkommer i beskrivelsen av de enkelte ordningene.



Figur 6-1 Oversikt over låne- og tilskuddsordninger omfattet av denne gjennomgangen og som er innrettet for å påvirke eldres boligsituasjon



Selv om alle de økonomiske virkemidlene som blir redegjort for i dette kapittelet kan påvirke eldres boligsituasjon, vil innretning av ordningene gi ulik påvirkningskraft. Investeringsstilskuddet er økonomisk sett det største virkemiddelet, både når det gjelder bevilgning og tilskuddsandel. Ordningen påvirker de eldres bo- og tjenestesituasjon ved å stimulere kommunene til fornyelse og tilvekst av nye sykehjem og omsorgsboliger for eldre med behov for heldøgns omsorgstjenester. Husbanken forvalter også ulike ordninger som skal bidra til flere tilgjengelige boliger for eldre og personer med funksjonsnedsettelse slik at flere får mulighet til å skaffe seg og bli boende i en egnet bolig. Lån til livsløpsboliger og oppgradering av eksisterende boliger, og tilskudd til etterinstallering av heis er ordninger som bidrar til dette. Flere av de resterende virkemidlene prioriterer andre målgrupper enn eldre. De kan likevel påvirke kommende eldres boligsituasjon positivt. NAVs virkemidler i form av utlån av bolig hjelpemidler og tilskudd til varige tilpasninger i stedet for hjelpemidler bidrar til eldres mulighet til å bli boende lenger hjemme. Helsedirektoratets ordninger som omfattes av gjennomgangen er innrettet mot implementering av velferdsteknologi som gir nye muligheter for å tilby tjenester i hjemmet og slik bidrar til at flere eldre kan bli boende hjemme lenger.

I Tabell 6-1 har vi framstilt de samme økonomiske virkemidlene som omtalt i figur 6-1 over. I tabellen framgår referanse til kapittel og post i statsbudsjettet og tilhørende bevilgning, ansvarlig departement og forvalter, samt aktuelle mottakere. Som det framgår av tabellen, jf. også Figur 6-1 over, blir tre av tilskuddsordningene finansiert gjennom rammetilskuddet til kommunene.

Tabell 6-1 Økonomiske virkemidler, beløpsmessige størrelser med referanse til kapittel og post i statsbudsjettet<sup>169</sup>

Virkemiddel	Dept. / forvalter	Kap. og post	Bevilgning/ ramme 2021	Mottaker		
				Enkeltpersoner	Kommuner	Selskap mv
Startlån	KMD/Husbanken/kommune	Kap. 2412 Post 90 Nye lån	Samlet låneramme på 20 mrd.	x		
Lån til oppgradering av eksisterende bolig	KMD/Husbanken			x	x	x
Lån til livsløpsbolig	KMD/Husbanken			x	x	x
Lån til utleieboliger	KMD/Husbanken				x	(x)
Tilskudd til tilpasning av bolig (kommunalt tilskudd – ikke alle kommuner)	Kommunene	Overført i rammetilskuddet	Tall ikke tilgjengelig	x		
Tilskudd til utredning og prosjektering (kommunalt tilskudd – ikke alle kommuner)	Kommunene	Overført i rammetilskuddet	Tall ikke tilgjengelig	x		
Tilskudd til etablering	Kommunene	Overført i rammetilskuddet	Tall ikke tilgjengelig	x		
Tilskudd til utleieboliger*	KMD/Husbanken	Kap. 581 Post 76	Tilsagnsramme 162,8 mill. kr. Bev. 239,7 mill.		x	x
Tilskudd til tilstandsvurdering**	KMD/Husbanken	Kap. 581 Post 79	Tilsagnsramme 51,6 mill. kr.			x
Tilskudd til prosjektering og installering av heis	KMD/Husbanken	Kap. 581 Post 79	Bev. 50,5 mill.			x

<sup>169</sup> Prop. 1 S (2020 – 2021) og informasjon fra virkemiddelaktører og departementer

(etter-installering av heis)***						
Bostøtte	KMD/Husbanken	Kap. 581 Post 70	3,048 mrd. kr	x		
Investeringstilskudd rehabilitering (kan overføres, kan nyttes under p69)	HOD/Husbanken	Kap. 761 Post 63	Tilsagnsramme 2 780,1 mill. kr.		x	
Investeringstilskudd netto tilvekst	HOD/Husbanken	Kap. 761 Post 69	Tilsagnsramme 926,7 mill. kr.		x	
Teknologier for trygghet og mestring – tiltak inkl. råd og veiledning av kommuner	HOD/Hdir i samarbeid med KS og Dir. for e-helse	Kap. 761 Post 21	18,3 mill. kr		Sentrale myndigheter m. fl	
Teknologier for trygghet og mestring – tilskudd til kommuner til spredning av velferdsteknologi	HOD/Hdir i samarbeid med KS og Dir. for e-helse	Kap. 761 Post 68	20,7 mill. kr		x	
Teknologier for trygghet og mestring – finansiering av råd og veiledning av kommuner	HOD/Hdir i samarbeid med KS og Dir. for e-helse	Kap. 769 Post 70 <i>Kan nyttes under post 21</i>	2 mill. kr.		Sentrale myndigheter m. fl.	
Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver	HOD/Hdir	Kap.761 Post 21	9 mill. kr.		x	
Bolighjelpemidler – utlån (stønadsbudsjettet)	ASD/NAV	kap. 605, post 01. (tjenestekjøp) Stønadsbudsjett: kap 26 61, post 75 (Hjelpemidler, tilskudd)	Rammebevilgning	x		
Bolighjelpemidler - tilskudd	ASD/NAV		Rammebevilgning	x		

\*Tilsagnsramme er summen av nye tilsagn som kan gis det enkelte år, bevilgning dekker tilsagnene som kommer til utbetaling i det enkelte budsjettår og tilsagnsfullmakten viser utestående forpliktelser ved utgangen av året.

\*\* Tilskudd gis til borettslag, sameier, o.l. med 6 eller flere boliger

\*\*\*Tilskudd gis til borettslag, sameier, o.l. som i dag ikke har heis

## 6.1.2 Kort om resultatkjeden som modell for å belyse virkningsmekanismer

I presentasjonen av de økonomiske virkemidlene vil vi bruke resultatkjeden som modell for å synliggjøre virkningsmekanismene i de ulike ordningene.

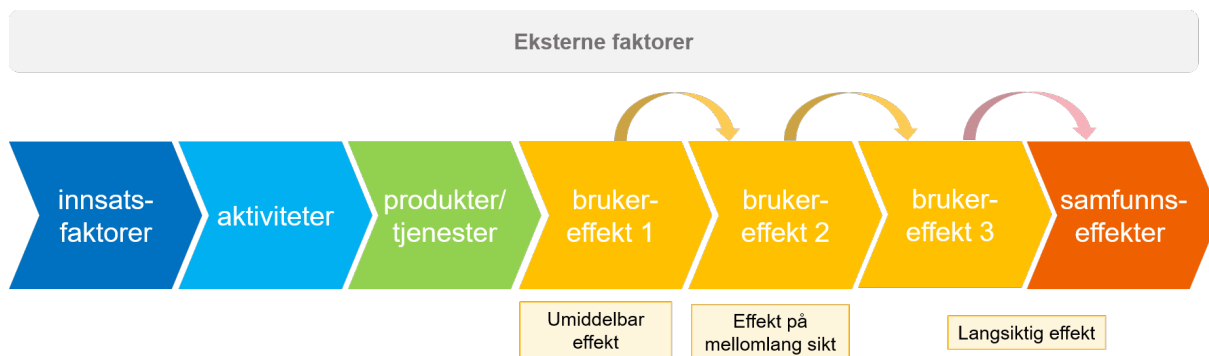
Resultatkjeden er et verktøy for å visualisere årsakssammenhengene et virkemiddel skal bidra til. En resultatkjede beskriver hvordan en virksomhet omformer sine *innsatsfaktorer* og *aktiviteter* til *produkter eller tjenester* som skal gi *effekter* for brukere og samfunnet. Effekter er virkninger som ønskes oppnådd, men som ikke kan garanteres. Dette skyldes blant annet at påvirkning fra eksterne faktorer som andre aktørers virkemidler og handlinger, samfunnstrender og holdninger kan forstyrre virkningsmekanismene som er bygget inn i virkemiddelet slik at effektene svekkes eller uteblir.

*Innsatsfaktorer* kan eksempelvis være tilskudds- og lånebevilgninger, ansatte, kompetanse og systemer. *Aktiviteter* er alt det virksomheten gjør, eksempelvis saksbehandling, møter, analyser og kontroller for å utvikle *produkter og tjenester*, som eksempelvis kan være i form av vedtak om tilskudd eller lån til brukere.

Når brukerne av et produkt eller tjeneste, eksempelvis et lån, anvender dette, forventes det at produktet skal bidra til *effekter* for mottakeren, såkalte *brukereffekter*. Brukereffekter kan oppstå i flere ledd og vil ha en glidende overgang til det vi kan kalle samfunnseffekter. Det første brukereffekt-leddet representerer den umiddelbare og direkte virkningen for brukeren, dvs. mottakeren av produktet/tjenesten. De neste brukereffekt-ledd(ene) representerer påfølgende virkninger som forventes å inntre som følge av den direkte brukereffekten. Ofte vil de neste brukereffekt-leddene også innebære en tidsdimensjon, ved at de oppstår som følgevirkning av forrige brukereffekt-ledd, gjerne etter at det har gått noe tid. Etter hvert som brukereffektene gir ringvirkninger ut til større deler av samfunnet, vil effektene gli over i det vi gjerne omtaler som samfunnseffekter.

Et eksempel kan illustrere dette: Et produkt/tjeneste i form av et gunstig lån gir en direkte brukereffekt for mottakeren ved at det muliggjør kjøp av bolig, eksempelvis en bolig med livsløpsstandard. I neste ledd vil dette føre til at mottakeren kan fortsette å bli boende i eget hjem selv ved eventuelle funksjonsnedsettelse som følge av aldring. Når låntakeren etter hvert flytter til sykehjem eller faller fra, vil det oppstå en ny og indirekte brukereffekt ved at boligen tilgjengeliggjøres for andre i boligmarkedet, slik at andre med behov for bolig med livsløpsstandard vil kunne kjøpe en egnet bolig. Dette eksempelet illustrer samtidig at de indirekte effektene gjerne kan komme relativt langt fram i tid. Brukereffektene vil i sin tur gli over i *samfunnseffekter*, ved at større tilfang av livsløpsboliger kan innebære sparte offentlige utgifter i form av mer effektive hjemmetjenester eller utsatt behov for sykehjemsplass, og samtidig økt livskvalitet og trygghet for personer med omsorgsbehov.

I den etterfølgende beskrivelsen av de enkelte virkemidlenes virkningsmekanismer, vil vi konsentrere beskrivelsen om produkt/tjenesteledet og hva dette forventes å føre til for brukere og samfunn. Vi vil i liten grad kommentere innsatsfaktorer og aktiviteter, som gjennomgående vil ha et nokså likelydende innhold for de virkemidlene vi omtaler her.



Figur 6-2 Resultatkjeden

Effektiviteten i et virkemiddel vil ha to aspekter: 1) i hvilken grad virkemidlene brukes på en måte som sannsynliggjør ønskede effekter, dvs. at virkemiddelets utforming er effektiv, og 2) at forvaltning og administrasjon fungerer effektivt både hos forvalter og søker.

Forvaltningen har et særlig ansvar for å innrette virkemidlene på en måte som bidrar til effektivitet både i punkt 1) og 2) over. Eksempelvis vil en søker som mottar økonomiske midler stå ansvarlig for å bruke midlene slik det er lagt til grunn i eksempelvis en tilskuddssøknad og et påfølgende vedtak. Men tilskuddsmottaker kan ikke stå ansvarlig for at ønskede effekter oppnås. Forvaltningen må sørge for å utforme ordningen slik at tilskuddsmidlene tildeles de tilskuddsmottakerne og tiltakene som i størst mulig grad sannsynliggjør måloppfyllelse. Derfor er selve utformingen av virkemiddelet viktig. En ordning må innrettes og avgrenses slik at den blir attraktiv for de mottakerne som er best egnet til å oppfylle målet med virkemiddelet, og ordningen må innrettes slik at tilskuddsmidlene brukes på tiltak som har best mulig virkning.

### 6.1.3 Beskrivelse av de enkelte økonomiske virkemidlene

Under denne delen gir vi en nærmere beskrivelse av hvert enkelt økonomisk virkemiddel. Omtalen vil omfatte en kort innledende beskrivelse av formål og innretning, bruken av virkemiddelet, virkningsmekanismer og intenderte effekter, relevans for eldres boligsituasjon, sentrale funn i evalueringer og sentrale fakta om ordningen. Ordningene er omtalt etter forvalter.

6.1.3.1 Investeringstilskudd – til rehabilitering og netto tilvekst.....	120
6.1.3.2 Forslag under behandling - investeringstilskudd til trygghetsboliger .....	128
6.1.3.3 Beskrivelse av de enkelte økonomiske virkemidlene.....	129
6.1.3.4 Tilskudd til tilstandsvurdering .....	133
6.1.3.5 Bostøtte.....	137
6.1.3.6 Tilskudd til utleieboliger .....	140
6.1.3.7 Lån til utleieboliger.....	144
6.1.3.8 Lån til oppføring av livsløpsbolig .....	148
6.1.3.9 Lån til oppgradering av eksisterende bolig .....	152
6.1.3.10 Startlån .....	156

6.1.3.11 Tilskudd (fra kommunen) til utredning og prosjektering .....	160
6.1.3.12 Tilskudd (fra kommunen) til tilpasning av bolig .....	164
6.1.3.13 Tilskudd (fra kommunen) til etablering.....	168
6.1.3.14 Teknologier for trygghet og mestring – tilskudd til kommuner til spredning av velferdsteknologi.....	171
6.1.3.15 Teknologier for trygghet og mestring – tiltak inkl. råd og veiledning av kommuner.....	174
6.1.3.16 Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.....	178
6.1.3.17 Bolighjelpemidler .....	181
6.1.3.18 Tilskudd til boligtilpasning i stedet for hjelpemiddel .....	185
6.1.3.19 Øvrige enkle hjelpemidler i dagliglivet .....	188



### 6.1.3.1 Investeringstilskudd – til rehabilitering og netto tilvekst

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger forvaltes av Husbanken og er delt inn i to ordninger, henholdsvis tilskudd til rehabilitering og tilskudd til netto tilvekst.

Investeringstilskudd til rehabilitering kan gis til kommuner som ønsker å rehabilitere, skifte ut og gjøre andre tiltak for å fornye og forbedre det eksisterende tilbudet, og som ikke utgjør ren netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.

Investeringstilskudd til netto tilvekst kan gis til kommuner som ønsker å framskaffe nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger til personer med behov for heldøgns omsorg. Med netto tilvekst menes at de plasser som får tilskudd, kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Det totale antallet heldøgns pleie- og omsorgsplasser i kommunen skal øke.

#### 6.1.3.1.1 Kort om bakgrunn og historikk

Investeringstilskuddet i dagens form ble opprettet i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. I 2014 ble investeringstilskuddet styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser.

Fra 2019 er investeringstilskuddet delt i to ordninger: Investeringstilskudd til rehabilitering (uten netto tilvekst) (post 63) og investeringstilskudd til netto tilvekst av sykehjemsplasser og omsorgsboliger (post 69). Det kan søkes tilskudd til prosjekter med delvis netto tilvekst. Disse prosjektene blir finansiert med midler fra begge postene.

For å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger fra kommunene ønsket Helse- og omsorgsdepartementet å innføre et plankrav fra og med 2021. Dette er nå utsatt til 2022 grunnet covid-19 epidemien. Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et samarbeid med KS om løpende planarbeid for å kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan ta flere år å fullføre. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning. Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 5 prosent kommer til utbetaling det første året, 15 prosent det andre året, 30 prosent det tredje året, 30 prosent det fjerde året og 20 prosent det femte året.

#### 6.1.3.1.2 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-2 Investeringstilskudd, totalt og fordelt på netto tilvekst og rehabilitering (tilsagn gitt 2016 - 2020)

	2016	2017	2018	2019	2020
Beløp tilsagn mill. kr (totalt)	4 089	5 118	4 235	3 456	2 549
netto tilvekst i mill. kr	Ordningen var ikke delt i to formål			1 636	1 129
Rehabilitering i mill. kr	Ordningen var ikke delt i to formål			1 807	1 396
Antall omsorgsboliger og sykehjemsplasser (totalt)	2 455	2 942	2 332	2 036	1 308
netto tilvekst	Ordningen var ikke delt i to formål			998	684
Rehabilitering	Ordningen var ikke delt i to formål			1 038	624
Antall for de over 67 år (totalt)	1 898	2 368	1 912	1 698	1 004

Tabell 6-3 Antall og tilsagnsbeløp for omsorgsboliger og sykehjem (2018-2020)

År	Antall omsorgsboliger	Antall sykehjemsplasser	Totalt
2016	1 146	1 309	2 454
2017	1 131	1 811	2 942
2018	957	1 375	2 332
2019	904	1 132	2 036
2020	734	574	1 308

Fra 2016 – 2020 finansierte Husbanken gjennom investeringstilskuddet 11 072 omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kommuner kan også søke Skatteetaten om momskompensasjon for prosjekter med institusjonsplasser, omsorgsboliger og dagaktivitetstilbud som får investeringstilskudd.

Selv om det har blitt finansiert mange omsorgsboliger og institusjonsplasser de siste fem årene, så betyr ikke det nødvendigvis at det totale antallet i kommunene har økt tilsvarende. Ser en på SSB sine tall for [beboere i omsorgsbolig](#) og [antallet sykehjemsplasser](#) har de faktisk hatt en nedadgående trend de siste fem årene. Dette har delvis med å gjøre at investeringstilskuddet har gått til å erstatte plasser/boliger som har utløpt sin levetid.

De to siste årene har det vært en nedgang i kommunenes etterspørsel etter investeringstilskudd. Søknadsinngangen var lavere i både 2019 og 2020 enn i de fem foregående årene, og samlet tilsagnsbeløp er redusert. På oppdrag fra Husbanken kartla Agenda Kaupang mulige årsaker i 100 kommuner. Kartleggingen viser at økt satsing på forebyggende innsats og hjemmebasert omsorg reduserer behovene for kommunale botilbud.<sup>170</sup>

Videre har koronapandemien og kommunesammenslåinger gitt redusert etterspørsel i 2020. 34 av kommunene oppgir at koronapandemien i stor grad har forsinket arbeidet med å fornye eller øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger. Halvparten av kommunene som har slått seg sammen med andre kommuner, oppgir at sammenslåingen i stor grad har hatt innvirkning på dette arbeidet.

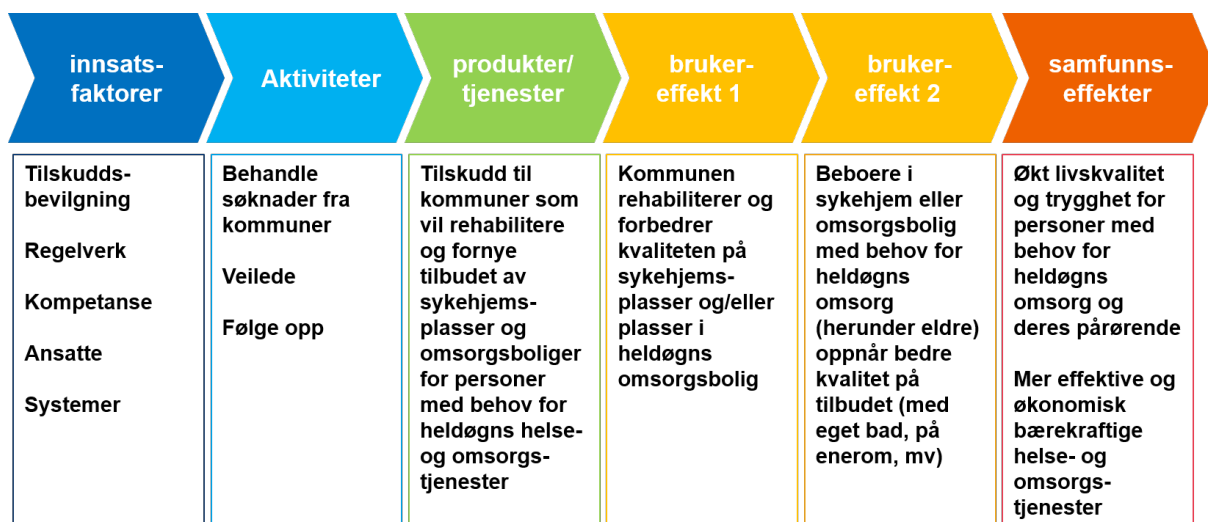
#### **6.1.3.1.3 Virkningsmekanismer og intenderte effekter**

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen, med vekt på hvordan Husbanken gjennom tilskuddsbevilgning bidrar til å fornye og utvide tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det er laget en egen resultatkjede for hver de to formålene innenfor ordningen.

#### **Resultatkjeden for investeringstilskuddet til rehabilitering (uten netto tilvekst)**

Som det framgår, kan kommuner søke tilskudd til å fornye og rehabilitere eksisterende tilbud av sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester, både til korttidsplasser og langtidsopphold. Rehabiliteringen kan blant annet bestå i ombygging, utbedring og utskiftning av eksisterende plasser, oppføring av nye plasser som ikke gir netto tilvekst (avvikling av gamle plasser og bygging av nye), dagaktivitetstilbud og andre tiltak for å forbedre og fornye tilbudet uten at det gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.

<sup>170</sup> Schanche, P. (2021). Hypoteser om færre søknader om investeringstilskudd. Agenda Kaupang RAPPORT NR: 1021404.



Figur 6-3 Resultatkjede - investeringstilskudd til rehabilitering

De tilsiktede effektene av ordningen med tilskudd til rehabilitering, er i første omgang å modernisere og bedre kvaliteten på eksisterende omsorgstilbud til beboere i sykehjem eller omsorgsbolig med behov for heldøgns omsorgstjenester. Dette vil i sin tur tilrettelegge for økt livskvalitet og trygghet for beboere og deres pårørende, og samtidig tilrettelegge for mer effektiv utførelse og bruk av tjenester og omsorgspersonell. Dette kan igjen - og på sikt - føre til økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, herunder i kommunens drift av helse- og omsorgstilbudet for eldre.

### Resultatkjeden for investeringstilskuddet for netto tilvekst

Som det framgår, kan kommuner søke tilskudd til å øke eksisterende tilbud av sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester både til korttidsplasser og langtidsopphold (netto tilvekst). Med investering i nye heldøgns omsorgsplasser legges til grunn at plassene kommer i tillegg til allerede eksisterende plasser i kommunen og må gi netto tilvekst i minst 10 år fra søknadstidspunktet.



Figur 6-4 Resultatkjede - investeringstilskudd netto tilvekst

De tilskudte effektene av ordningen med tilskudd til netto tilvekst, er å øke kommunens tilbud av sykehjemsplasser og plasser i omsorgsbolig for personer med behov for heldøgns omsorgstjenester. Økt tilgang på nye heldøgns omsorgsplasser innebærer at flere med heldøgns omsorgsbehov kan tilbys en plass. Dette vil i sin tur tilrettelegge for økt livskvalitet og trygghet for beboere som har omfattende hjelpebehov og deres pårørende. Et heldøgns tilbud gir trygghet og avlastning for pårørende og vil innebære at flere av kommunens innbyggere med behov for heldøgns omsorg får muligheten til fellesskap og aktivitet med andre. Det vil samtidig, i tilfeller der hjelpebehovet er stort og eget hjem i liten grad er tilgjengelig og tilrettelagt for tjenestetilbudet som kreves, bidra til en mer effektiv utførelse og bruk av tjenester og omsorgspersonell. Dette kan i sin tur igjen føre til økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester i kommunens drift på lengre sikt.

**Insitamentet** som ligger i investeringstilskuddet, er at det skal utløse vilje og evne hos kommunen til å fornye eller utvide tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns omsorgstjeneste. Kommunen skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder plass i institusjon, for eksempel et sykehjem. Fornying av og investering i heldøgns omsorgsplasser er store investeringer for kommunene. Gjennom investeringstilskuddet legger staten til rette for at kommunene både kan fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser.

Tilskuddet beregnes utfra anleggskostnader per plass med 45 prosent for omsorgsboliger og 55 prosent for institusjonsplasser. Anleggskostnader per plass som overgår en maksimal anleggskostnad støttes ikke med tilskudd, noe som gir en lavere tilskuddsandel. Framskaffelse av fellesareal og lokaler for dagaktivitetstilbud i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger og institusjonsplasser kan støttes med inntil 55 prosent av maksimal godkjent anleggskostnad. Dagaktivitetstilbudet skal omfatte beboere i omsorgsboligene, men tilbudet kan også benyttes av andre som har et slikt behov. Investeringer i sykehjem, omsorgsboliger og fellesareal/dagaktivitetstilbud kvalifiserer også for momskompensasjon iht. til utregning gjort av Skatteetaten.

De godkjente anleggskostnadene som ligger til grunn i ordningen er høyere i nærmere definerte pressområder ([detaljert oversikt over dette står på Husbanken sine nettsider](#)).

For å få investeringstilskudd fra Husbanken, kreves det at boligene skal være universelt utformet i henhold til NS 11001. Det stilles imidlertid ikke krav om bærekonstruksjoner for hjelpemidler som byggeteknisk standard i omsorgsboliger i tillegg til universell utforming. Dersom kommunen ikke bekoster bærekonstruksjoner og tilrettelagte løsninger, kan det bli nødvendig at NAV kompenserer for dette med for eksempel frittstående personløftere og utvendig forsterkninger ved montering av hev/senk kjøkken og baderomsutstyr.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- Kommunens handlingsrom og øvrige prioriteringer
- Kommunens evne og vilje til å dekke inn nødvendig egenfinansiering knyttet til investeringene
- Kommunen vurderer at tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgnstilbud er oppdatert
- Kommunen har behov for og vil heller prioritere omsorgsboliger/botilbud lenger ned i omsorgstrappen (ikke heldøgnstilbud)

#### **6.1.3.1.4 Relevans for Eldres Boligsituasjon og Tjenestebehov**

Investeringsstilskuddet har som formål å «stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjems plasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, *uavhengig* av alder, diagnose eller funksjonshemming». Investeringsstilskudd til rehabilitering og netto tilvekst vil derfor påvirke kvaliteten på bo- og tjenestetilbudet for beboere i omsorgsbolig eller sykehjem, herunder også eldre.

Selv om fornying og tilvekst av heldøgns omsorgstjenester har en bredere målgruppen enn kun eldre, er brorparten av nye omsorgsboliger og sykehjems plasser bygget for personer over 67 år. Fra 2016-2020 var 8 880 av 11 100 omsorgsboliger og sykehjems plasser bygget med eldre *regulert* som målgruppe.

Investeringsstilskuddet sammen med momskompensasjon er den gunstigste finansieringsordningen som Husbanken tilbyr kommunene og gir i så måte et økonomisk insitamenter til å påvirke bo- og tjenestesituasjonen for eldre med behov for heldøgns omsorgstjenester. Samtidig er det slik at det store flertallet av eldre over 67 år bor i eget hjem, og klarer seg uten heldøgns omsorg i hele eller store deler av alderdommen. For disse vil kommunens tilbud når det gjelder tjenester i hjemmet, sammen med bolig hjelpemidler fra NAV, være av stor betydning for muligheten til fortsatt å kunne bli boende i eget hjem.

Investeringsstilskudd til rehabilitering vil påvirke kvaliteten på bo- og tjenestetilbudet for beboere i omsorgsbolig eller sykehjem, der brorparten er eldre. Mange sykehjem og omsorgsboliger er bygget for mange år siden, og har behov for oppgradering både bygningsmessig, standardmessig (bad og enerom) og teknisk, blant annet for å legge til rette for velferdsteknologi. Fornyelse og rehabilitering vil gi økt trygghet og trivsel for beboerne og legge til rette for en mer effektiv utførelse og bruk av helsetjenester som tilbys.

Investeringsstilskudd til netto tilvekst vil gi insitamenter til å øke tilfanget av plasser for personer med heldøgns-omsorgsbehov. Økt tilgang på nye heldøgns omsorgsplasser bidrar til at flere av kommunenes innbyggere med behov for heldøgns omsorg får muligheten til fellesskap og aktivitet med andre. Dette gir økt livskvalitet og trygghet for personer med stort omsorgsbehov. Det gir også trygghet og avlastning for pårørende

Prioriteringen de senere årene har dreiet klart i retning av et ønske om helse- og omsorgstjenester i hjemmet framfor en ytterligere institusjonalisering av eldreomsorgen. Mange eldre ønsker selv å bli boende i eget hjem så lenge som mulig, og oppfatningen er at flere sykehjems plasser ikke nødvendigvis gir bedre eldreomsorg. Ny teknologi og gode hjemmetjenester gjør at flere kan bo hjemme lengre, slik de ønsker. I lys av den demografiske utviklingen med en sterkt aldrende befolkning hvor en stor andel er i de eldste aldersgrupper med størst tjenestebehov, vil det imidlertid fortsatt være behov for å utvikle tilbudet av heldøgns omsorgstjeneste i kommunene.

#### **6.1.3.1.5 Sentrale funn i evalueringer**

- Menon Economics har i 2019, på oppdrag fra Husbanken og i samarbeid med forskere fra NOVA og fra Helseøkonomisk Analyse, evaluert investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem.<sup>171</sup> Evalueringen peker på flere funn av relevans for denne gjennomgangen:

---

<sup>171</sup> Westberg mfl. (2019). *Evaluering av investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. MENON-PUBLIKASJON NR. 43/2019*

- Analysen tyder på at ordningen i større grad har ført til fornying og økt kvalitet på omsorgsplasser enn en netto tilvekst av omsorgsplasser (sykehjem og omsorgsplasser med heldøgnsomsorg). I evalueringsperioden (2008 – 2017 har samlet antall sykehjemsplasser på nasjonalt nivå økt med 435 plasser)
- Det øremerkede tilskuddet kan gi uheldige fordelingseffekter som forsterker inntektsforskjeller mellom kommunene og som svekker tilskuddets måloppnåelse:
  - Kommuner med lavest utnyttelse av tilskuddet ser ut til å ha størst behov
  - Både kommuner som *ikke* har benyttet ordningen, og kommuner som *i størst grad* har benyttet ordningen, er små kommuner med spredt bosetting og høy dekningsgrad av sykehjemsplasser i forkant av innføringen av tilskuddet
- Det ser ikke ut til at kommunene med behov for å øke tilbudet klarer å utnytte tilskuddsordningen – mulige forklaringsvariabler kan være;
  - Investeringstilskuddet dekker kun en andel av investeringskostnaden, og dersom plassene som finansieres med tilskudd fører til netto tilvekst, medfører det også økte driftsutgifter for kommunen
  - Kommuner med relativt høy institusjonsdekning i forkant av tilskuddsordningen har også et høyere rehabiliteringsbehov og benytter seg derfor i større grad av tilskuddet
- Analysen finner en positiv sammenheng mellom kommunens frie inntekter per innbygger i forkant av tilskuddsordningen og hvor mange omsorgsplasser per innbygger kommunene får tilskudd til, noe som kan tyde på at det har vært uheldige fordelingsmessige konsekvenser av ordningen
- Evalueringen viser at det er liten grunn til å tro at kommunene ville opprettholdt fornyingen av omsorgsplasser på samme nivå dersom en tilsvarende andel av midlene ble overført over rammetilskudd – dette fordi heldøgns omsorgsplasser da ville komme i konkurranse om budsjettmidler med andre investeringsformål
- Gevinsten ved øremerking må likevel ses i forhold til forvaltningskostnadene og de utilsiktede negative fordelingseffektene ordningen medfører. Under forutsetning om at kommunene i hovedsak skal rammefinansieres, og at kommunene har et lovpålagt ansvar for pleie- og omsorgstjenestene mener Menon at innlemming i rammetilskuddet er et alternativ som bør vurderes
- Menon vurderer at investeringstilskuddet i større grad er et formålseffektivt virkemiddel for å oppnå rehabilitering og bedre kvalitet av bygningsmassen
- Menon vurderer at investeringstilskuddet i liten grad er formålseffektivt mht. å oppnå flere heldøgns omsorgsplasser (netto tilvekst)
- For å oppnå flere plasser vil det være merformålseffektivt å subsidiere plassene inkludert driftsutgiftene direkte
- Det kan også vurderes et øremerket driftstilskudd som alternativ til dagens ordning, men det kan være vanskelig å utforme for å unngå uheldige vridninger i tjenestetilbudet og manglende kostnadskontroll

### 6.1.3.1.6 Sentrale fakta om investeringstilskudd til rehabilitering og netto tilvekst

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 761. Post 63 (rehabilitering) og post 69 (tilvekst)
<b>Bevilgning 2020</b>	Opprinnelig en tilsagnsramme på 3,7 milliarder kroner, men den ble redusert til 2,7 milliarder kroner i nysalderingen i statsbudsjettet
<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Gitte tilsagn (post 63, rehabilitering): 1,4 mrd. kroner Gitte tilsagn (post 69, netto tilvekst): 1,1 mrd. kroner
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	Totalt på begge formål: 574 sykehjemsplasser og 734 omsorgsboliger – samlet 1308 heldøgns omsorgsplasser.  624 av de heldøgns omsorgsplassene var rehabilitering og 684 var netto tilvekst.
<b>Antall avslag i 2020</b>	Ikke aktuelt da kommunene har direkte dialog med Husbanken om dette.
<b>Formål/mål</b>	<u>Post 63:</u> Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester  <u>Post 69:</u> Tilskuddet skal stimulere kommunene til å øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Tilskuddet kan bare gis til kommuner.
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Tilskuddet kan gis til å framskaffe plass i institusjon, herunder sykehjem, omsorgsbolig til personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, og døgnomsorgsplasser for personer med behov for øyeblikkelig hjelp  Finansiering av lokaler for dagaktivitetstilbud, fellesareal, felles teknisk anlegg og velferdsteknologi skal alltid belastes budsjettposten for rehabilitering.
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Departementet fastsetter størrelsen på tilskuddene. Tilskudd gis til fastsatte rammer og satser. Definerte presskommuner har høyere satser.
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Husbanken kan gi investeringstilskudd til netto tilvekst sammen med tilskudd til rehabilitering til et prosjekt hvis én del av prosjektet gir netto tilvekst av plasser, mens den andre delen av prosjektet ikke gir netto tilvekst.

<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	<p>Tilskuddsmidlene fordeles ut fra prioriteringer gitt av departementet.</p> <p>Husbanken gir nærmere retningslinjer for gjennomføringen av ordningen i overensstemmelse med føringer fra departementet.</p>
<b>Er ordningen evaluert?</b>	<i>Ja; Menon Economics (2019)<sup>172</sup></i>
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Forskrift om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser fra Husbanken</a>
<b>Veileder</b>	<p><a href="#">Veileder investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger</a></p> <p><a href="#">Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger</a></p>
<b>Opprettet</b>	2008
<b>Sist endret</b>	<p>Forskriften ble sist endret i 2013.</p> <p>Fra 2019 er investeringstilskuddet delt i to ordninger: Investeringstilskudd til rehabilitering og investeringstilskudd til netto tilvekst.</p>

---

<sup>172</sup> Westberg mfl. (2019). *Evaluering av investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem*. MENON-PUBLIKASJON NR. 43/2019



### **6.1.3.2 Forslag under behandling - investeringstilskudd til trygghetsboliger**

#### **6.1.3.2.1 Kort om forslaget**

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni ut et forslag om å gjennomføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger på høring. Der foreslås det opprettet en tilskuddsordning til bygging av trygghetsboliger for personer som er 65 år og eldre, og der det er kommunene som tildeler boligene. Borettslag kan også søke gitt en avtale og vurdering fra kommunen.

Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere kommunene og borettslag og til å øke tilbudet av trygghetsboliger til eldre. Tilskuddet kan gis til både bygging, kjøp, leie og ombygging av trygghetsboliger med felles oppholdsarealer. Det skal ikke gis tilskudd til ordinært vedlikehold.

For å kvalifisere for ordningen må nåværende bolig eller bosituasjon være uegnet. Det vurderes også om det er en forutsetning at beboere ikke har mulighet til å selv finansiere en egnet bolig i kommunen selv. Med hensyn til det sosiale aspektet vil det ikke være krav til å motta helse- og omsorgstjenester for å få bo der.

Behovet for slike boliger blir vurdert størst i distriktskommuner med dårlig fungerende boligmarkeder (markeddsvikt). Derfor blir ordningen avgrenset til slike kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6.

Det er også et krav at boligene oppfyller kravene for lån til livsløpsboliger fra Husbanken, i tillegg til krav til tilkomst, velferdsteknologi og fellesareal (min. 40 m<sup>2</sup> og økende fra 10 boliger). Til boligene må det også tilknyttes en trygghetsvert (uten oppgaver som hører innunder den kommunale helsetjenesten) som er tilgjengelig minimum 10 timer i uken.

I Prop. 1 S (2021-2022) ble det foreslått å gjennomføre en pilot med investeringstilskudd til trygghetsboliger for eldre fra 2022. I Prop. 1 S Tillegg 1 (2021-2022) foreslo den nye regjeringen å reversere forslaget.

#### **6.1.3.2.2 Ordningens relevans for eldre**

En trygghetsbolig er en tilrettelagt bolig som oppfyller kravene til livsløpsbolig, har felles oppholdsarealer og en sentral plassering med nærhet til service- og kulturtilbud. Dette kan bidra til at flere eldre kan leve et selvhjulpent liv og redusere risikoen for fallulykker, ensomhet, og dermed utsette eller forebygge behov for bistand fra det offentlige og på sikt behovet for heldøgns omsorgsplass. Trygghetsboliger vil også kunne legge til rette for mer effektiv hjemmetjeneste, ved at boligene er sentralt plassert og samlokalisert, og dermed lettere tilgjengelig for tjenesteytelse. For den enkelte vil en tilrettelagt bolig med felles oppholdsarealer bidra til å redusere ensomhet og opprettholde kognitive funksjoner gjennom aktiviteter.

### 6.1.3.3 Tilskudd til prosjektering og installering av heis (etterinstallering)

Tilskudd til prosjektering og installering av heis forvaltes av Husbanken og går til delfinansiering av prosjektering for og etterinstallering av heis i eksisterende boligmasse på tre etasjer eller mer uten heis. Tilskuddet går til eiere av boligmassen og kan utgjøre inntil 50 prosent av kostnaden. Husbanken kan gi fullfinansiering til slike prosjekt gjennom å kombinere heistilskudd med lån til oppgradering.

#### 6.1.3.3.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-4 Tilskudd til etterinstallering av heis (tilsagn gitt 2016-2020)

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Tilskuddsbeløp (1 000 kr)	93 728	69 371	44 651	50 100	40 000	297 850
Total søknadssum (1000 kr)	189 900	223 400	287 200	241 000	60 889	941 500
Antall boliger (installering)	578	446	681	475	243	2 423
Tilskudd per leilighet	162 160	155 542	65 568	105 474	164 609	-

Bevilgningen hadde sitt høyeste nivå i 2016 da det for posten for heistilskuddet og tilskudd til tilstandsvurdering var satt av 90 mill. kroner. For 2018 og fram til i dag har det årlig blitt satt av om lag 50 mill. kroner til ordningene. Innenfor ordningen er søknader om tilskudd til prosjektering prioritert og har fått 50 prosent. For søknader om tilskudd til installering har tilskuddet utgjort alt fra 25 til 45 prosent. Tilskudd per leilighet (gjennomsnitt) varierer mye fordi det er avhengig av utformingen på bygget som får installert heis.

Søknadssummen er også betraktelig høyere enn det som er gitt i tilsagn noe som indikerer en høy etterspørsel. Tallene er litt forhøyet når det gjelder reelt behov. Mange boligselskap søker om 50 prosent finansiering og har fått en del mindre i tilsagn, i tillegg var en del prosjekt ikke gjennomførbare da prosessen med forankring i boligselskapet ikke var kommet langt nok.

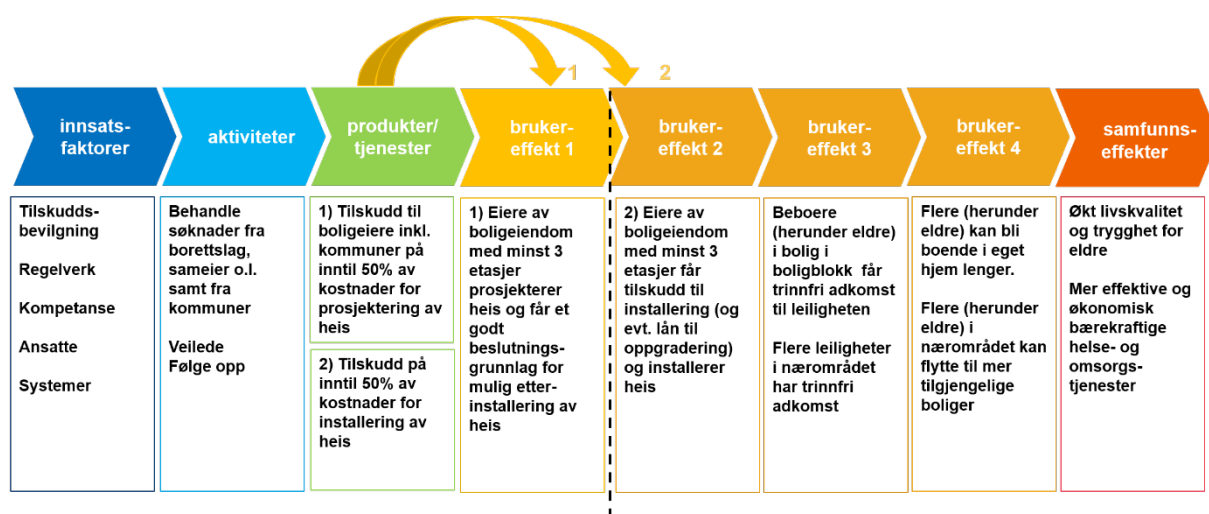
For å kunne gjennomføre en etterinstallering av heis i et borettslag er en avhengig av at to tredjedeler av generalforsamlingen stemmer for en slik investering. Andelseiere som ikke har behov for heis fordi de eksempelvis ikke har funksjonsnedsettelse og/eller bor i første etasje har avgrenset med nytte og ser ikke merverdien av økte fellesutgifter til dette formålet. Dette har vært et hinder for at en andel prosjekter som har fått tilskudd klarer å få gjennomført en etterinstallering. Mange borettslag har måtte si fra seg tilskudd og lån fordi generalforsamlingen stemmer ned forslaget.

I lys av dette innførte Husbanken fra 2020 at søkere for tilskudd til etterinstallering ha positivt vedtak på generalforsamling/sameiermøte for å få tilskudd. Dette kan ha medført at søknadsinngangen er redusert da prosjektene som søker må ha vedtak ved søknadstidspunktet.

#### 6.1.3.3.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

I resultatkjeden nedenfor er virkningsmekanismene i ordningen visualisert. Som det framgår, inneles tilskudd til prosjektering og installering av heis i to deler. Begge deler går til borettslag, sameier, o.l., samt kommuner som eier boligeiendommer med minst tre etasjer uten heis. De kan søke om tilskudd til delfinansiering av kostnader til konsulenthjelp for prosjektering av heis. Boligeiere som ønsker å etterinstallere heis kan deretter søke Husbanken om tilskudd til selve installeringen. Tilskudd gis på inntil 50 prosent av kostnadene i begge trinn. Dersom søker allerede har utarbeidet et prosjekteringsgrunnlag, kan boligeier søke tilskudd til installering direkte.

De tilsiktede effektene av ordningen vil komme i flere faser. Som følge av tilskuddet vil boligeier opparbeide kunnskap som gir grunnlag for å kunne beslutte om installering av heis skal gjennomføres, herunder kostnad og finansiering knyttet til dette. Den direkte følgen av heistilskuddet er deretter at det installeres en heis, og at beboere i boligeiendommen oppnår en bedret tilgjengelighet til sine boenheter. Dette vil i sin tur innebære en større tilgang til boenheter som er tilgjengelige for eldre eller andre med funksjonsnedsettelse i markedet. I tillegg vil slike boliger som oftest være et billigere alternativ til å kjøpe leilighet med heis i nye bygg. Forutsatt at også leilighetene har egnet tilgjengelighet, vil dette i neste omgang kunne bidra til at flere eldre (og andre med funksjonsnedsettelse) vil kunne bli boende i leilighetene sine lenger. Dette vil i sin tur kunne gi mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, blant annet ved at behovet for omsorgsboliger eller sykehjemsplasser blir mindre.



Figur 6-5 Resultatkjede - tilskudd til prosjektering og installering av heis

**Insentivet i ordningen** er at delfinansiering gjennom tilskudd skal utløse vilje og evne hos boligeiere til å gå inn med 50 prosent eller mer i egenandel for å etterinstallere heis, og på den måten øke tilgjengeligheten i boligmassen. Ordningen senker terskelen for å starte prosessen, ved at det gis tilskudd til prosjektering uten at en forplikter seg til gjennomføring. Det ligger et ytterligere insitament i ordningen gjennom muligheten til å dekke behovet for egenfinansieringen gjennom å kombinere heistilskuddet med søknad om lån til oppgradering fra Husbanken.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- For at ordningen skal kunne påvirke Eldres mulighet til å bo hjemme på kort sikt, må det være en stor andel eldre i lavblokkene som får etterinstallert heis, noe som ikke alltid er tilfellet.
- Det vil også være avgjørende at de enkelte boenhetene har god tilgjengelighet, ellers vil Eldres mulighet til å bli boende avhenge av at det også gjøres tilpasninger av boenhetene i boligeiendommen
- Motstand mot økte fellesutgifter kan være et hinder for å få flertall for en etterinstallering av heis. Dette kan være en tilleggsutfordring i boligselskap med en stor andel eldre.

#### **6.1.3.3 Relevans for Eldres Boligsituasjon og Tjenestebehov**

Tall fra SSB viser at det i dag er om lag 400 000 boliger i andre etasje eller høyere uten heis. I disse boligene bor i underkant av 90 000 eldre over 67 år uten tilgang heis og som derfor må bruke trappen for å komme seg til og fra egen bolig. For eldre med nedsatt funksjonsevne vil dette være et stort hinder. Heistilskuddet gir flere boliger med bedre tilgjengelighet og trinnfri tilkomst fra parkeringsplass til boligen og gjør det enklere for eldre og andre som er dårlig til beins å komme seg til og fra egen bolig uten hjelp og med lavere risiko for fall.

Husbanken prioriterer søknader fra boligselskaper hvor hovedvekten av beboerne er eldre. Videre legges det vekt på samordning med andre statlige virkemidler, antall leiligheter som vil kunne betjenes av heisen, grad av tilrettelegging av heis og bygning for rullestolbruk, og leilighetenes mulighet for tilpasning for bevegelsehemmede. Ved knapphet på tilskuddsmidler vil søknader om prosjektering av heis ha høyest prioritet.

De eldre som bor i blokkene som får heis vil ha en umiddelbar nytte av tiltaket, men i tillegg vil eldre som bor i mindre tilgjengelige boliger i området få flere alternativ om de har behov for å flytte. Dette er spesielt fordelaktig i kommuner med avgrenset tilgang på tilgjengelige boliger.

#### **6.1.3.4 Sentrale funn i evalueringer**

Tilskudd til etterinstallering av heis ble evaluert i 2016 av Oxford Research.<sup>173</sup> I 2016 ble det av Oxford Research også gjennomført en følgeevaluering av ordningen som så nærmere på den samfunnsøkonomiske nytten til tilskuddet.<sup>174</sup>

Evalueringene fant blant annet at tilskuddsandelen som i dag (i 2016) ligger til grunn er tilstrekkelig for å gi en utløsende effekt, men at det er et potensiale for økt måloppnåelse og nytte, gjennom en økt ramme. Evalueringen foreslår også at ordningen bør målrettes mer for å nå målgruppene som nå eller i nærmere framtid vil ha behov for en tilpasset bolig, da spesielt eldre. Dette blir fulgt opp i saksbehandlingen, men av personvern hensyn er det vanskelig å kreve informasjon knyttet til andel eldre og forhold knyttet til funksjon og eventuelt tilpasningsbehov. I følgeevalueringen konkluderte rapporten med at ordningen er samfunnsøkonomisk lønnsom.

I rapporten *Bo hele livet – nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung*<sup>175</sup> slås det fast at heis antakelig er det enkelttiltaket som best kan bidra til at flere kan bli boende der de har bodd, selv om boligene ikke fullt ut er tilgjengelige. Det pekes her på at dersom beboeren har trinnfri atkomst helt fram til sin leilighet, vil en stor andel eldre med funksjonsnedsettelse som ikke krever rullestol, kunne bo i leiligheter med enkel tilrettelegging.

#### **6.1.3.5 Sentrale fakta om tilskudd til prosjektering og installering av heis (etterinstallering)**

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kapittel 581. Post 79
<b>Bevilgning 2020</b>	45 mill. kroner

<sup>173</sup> Meltevik mlf. (2016). *Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis*. Oxford Research.

<sup>174</sup> Meltevik mlf. (2016). *Ekstraanalyser av tilskudd til etterinstallering av heis*. Oxford Research.

<sup>175</sup> Høyland mfl. (2020). *Bo hele livet. Nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung*. SINTEF Fag

<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Tilsagn gitt: 39,5 mill. kr. (1,3 til prosjektering og 38,2 til installering)
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	298 boliger til prosjektering og 262 boliger til installering
<b>Antall avslag i 2020</b>	Det ble totalt søkt om tilskudd til installering for 472 boliger og prosjektering av heis til 319 leiligheter. Total søknadssum på 62,6 mill. kroner.
<b>Formål/mål</b>	Tilskudd skal bidra til økt tilgjengelighet og selvstendighet for beboerne, og et redusert behov for tjenester
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Beboere i borettslag og sameier som i dag ikke har heis
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Tilskudd kan gis til eiere (borettslag, sameie og liknende, i tillegg til kommuner) av eksisterende boligeiendommer med minst tre etasjer
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Prosjektering og installering av heis i eksisterende boligbygg. Det kan gis tilskudd til konsulentbistand til prosjektering og utarbeidelse av kostnadsoverslag for installering av heis, samt tilskudd til installering av heis.
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Det kan gis tilskudd på inntil 50 % av kostnadene til prosjektering/installering av heis.
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Lån fra Husbanken til oppgradering.
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Husbanken prioriterer søknader fra boligselskaper hvor hovedvekten av beboerne er eldre. Samordning med andre statlige virkemidler, antall leiligheter, grad av tilrettelegging av heis og bygning for rullestolbruk, og leilighetenes mulighet for tilpasning for bevegelseshemmede vurderes også.
<b>Er ordningen evaluert?</b>	Ja; Oxford Research (april – september 2016) <sup>176</sup> og (november – desember 2016) <sup>177</sup>
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Retningslinjer om tilskudd til heis og tilstandsvurderinger</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder for tilskudd til prosjektering og installering av heis</a>
<b>Opprettet</b>	2008
<b>Sist endret</b>	Ingen større endringer siden 2008.

<sup>176</sup> Meltevik mlf. (2016). *Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis*. Oxford Research.

<sup>177</sup> Meltevik mlf. (2016). *Ekstraanalyser av tilskudd til etterinstallering av heis*. Oxford Research.

### 6.1.3.4 Tilskudd til tilstandsvurdering

Tilskudd til tilstandsvurdering forvaltes av Husbanken og går til borettslag, sameier o.l. med seks eller flere enheter og er delt i to trinn. Trinn 1 går til delfinansiering av en kartlegging av byggets tekniske tilstand og kvaliteter innenfor universell utforming og energi og miljø. Med bakgrunn i dette skal det lages en oppgraderingsplan for bygg(ene) og uteområder. Trinn 2 er bare relatert til universell utforming og skal bygge videre på forholdene avdekket i trinn 1. Tilskuddet går da til delfinansiering av prosjekteringskostnader knyttet til utarbeidelse av tegninger og kostnadskalkyler for anbefalte løsninger i trinn 1. Tilskuddet dekker inntil 50 prosent av kostnaden for tilstandsvurderingen og det har vært praksis å gi maksimalt tilskudd de siste fem årene.

#### 6.1.3.4.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-5 Tilskudd til tilstandsvurdering (tilsagn gitt 2016-2020)

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Beløp	5,8 mill.	6,1 mill.	2,6 mill.	4,6 mill.	6,6 mill.	29,7 mill.
Antall boliger	6 308	7 421	2 806	5 038	6 923	28 496

Bruken av tilskudd til tilstandsvurdering har ligget på ca. det samme nivået de siste fem årene. Fra 2018 ble det krav om at tilstandsvurderingen også skulle inneholde konkrete vurderinger om bygningsmassen når det gjelder universell utforming og energieffektivisering, i tillegg til en plan for oppgradering. Dette førte trolig til en nedgang i søknader det året.

#### 6.1.3.4.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

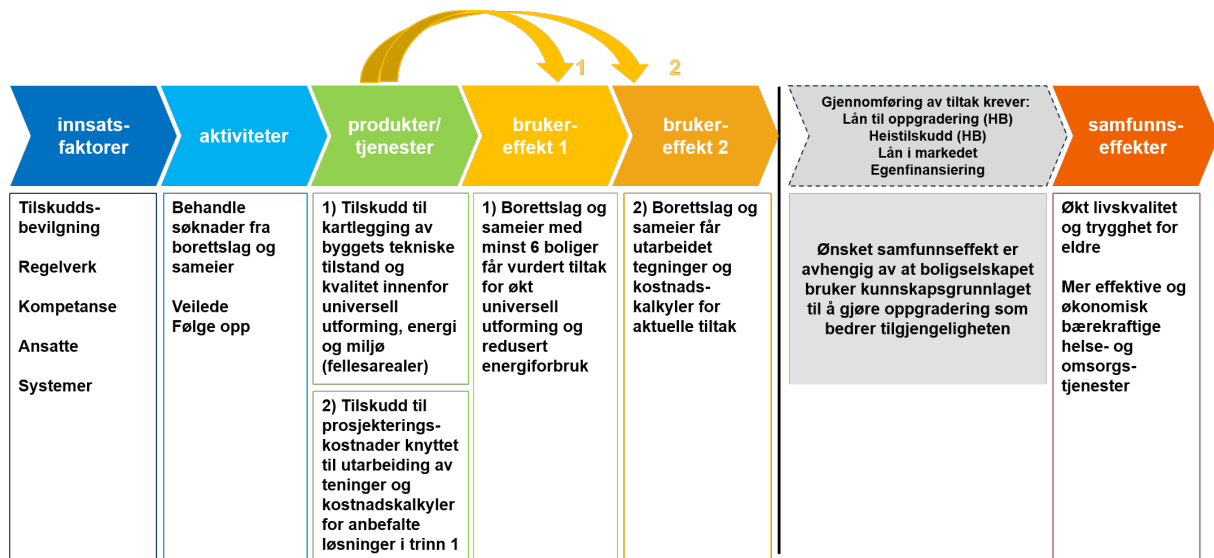
Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. Som det framgår, inndeles tilskudd til tilstandsvurdering i to trinn. I trinn 1 kan borettslag og sameier som eier boligeiendommer med minst seks boliger, søke tilskudd til delfinansiering av kostnader til kartlegging av uteområder når det gjelder universell utforming, teknisk tilstand for bygget og kvaliteter når det gjelder energi og miljø. Etter trinn 1 kan boligeierne gå videre til trinn 2 av tilstandsvurdering som bare er relatert til universell utforming. Her kan en søke Husbanken om tilskudd til delfinansiering av prosjekteringskostnader knyttet til utarbeidelse av tegninger og kostnadskalkyler for anbefalte løsninger i trinn 1 når det gjelder universell utforming. Tilskudd gis på inntil 50 prosent av dokumenterte kostnader i både trinn 1 og trinn 2.

Den tilsiktede effekten av ordningen er at boligeier opparbeider kunnskap som gir grunnlag for å kunne beslutte om tiltak skal gjennomføres, herunder innsikt i kostnad og finansieringsbehov knyttet til tiltaket. Boligeiere som gjennomfører trinn 2 av tilstandsvurderingen vil ha større nytteverdi for en mulig helhetlig oppgradering med kvaliteter innenfor universell utforming. Når man får synliggjort andre skavanker ved bygningen, blir det enklere å gjennomføre andre forbedringer i samme vending som eksempelvis en etter-installering av heis, fordi det minimerer behovet for inngripen og behovet for flere byggeperioder. Samtidig kan tilstandsvurderingen avdekke forhold som er mer presserende enn tiltak som bedrer kvaliteten når det gjelder universell utforming.

Selve gjennomføringen av tiltaket støttes ikke innenfor denne ordningen. Boligeier kan imidlertid søke Husbanken om lån til oppgradering, og eventuelt – dersom tiltaket er å etterinstallere heis – kan boligeier søke Husbanken om tilskudd innenfor ordningen med tilskudd til prosjektering og installering av heis (se egen omtale). Utover dette må tiltaket finansieres ved egenfinansiering fra boligeier, herunder ved lån i det ordinære lånemarkedet. Det er relativt få boligselskap som får tilskuddet og som søker om lån fra Husbanken i ettertid av en tilstandsvurdering. Det er likevel

mange som gjør oppgraderinger i etterkant når det gjelder tilgjengelighet selv om ikke alle kravene til lån til oppgradering er oppfylt.

Tilskudd til tilstandsvurdering er en indirekte måte å kunne påvirke eldres mulighet til å bli boende lenger i eget hjem. Dersom anbefalt tiltak handler om å bedre tilgjengeligheten til boligen, og tiltaket faktisk gjennomføres, vil en indirekte (og ønsket) effekt være at tilskudd til tilstandsvurdering fører til at tilgjengeligheten til boligen og boenhetene for øvrig er bedret. Søkere som gjennomfører trinn 2 av tilstandsvurderingen vil trolig ha større sannsynlighet til å gjennomføre en oppgradering som løfter tilgjengeligheten til boligene.



**Insentiver** i ordningen er knyttet til at tilskuddet skal utløse vilje og evne hos boligeiere til å gjennomføre prosjekterte tiltak med egne midler, eventuelt med delfinansiering gjennom tilskudd (heis) eller lån fra Husbanken eller lån i det ordinære lånemarkedet.

Ordningen reduserer kostnaden og senker terskelen for å starte prosessen, ved at det gis tilskudd til kartlegging uten at en forplikter seg til prosjektering og/eller gjennomføring. Tilskuddet gir også et fyldigere kunnskapsgrunnlag enn en generell tilstandsvurdering som trolig hadde vært alternativet. Det ligger også et ytterligere insitament i ordningen gjennom muligheten til at en senere har anledning til å få finansiering med lån til oppgradering fra Husbanken og eventuelt tilskudd til prosjektering og installering av heis.

For at tilskuddet skal ha en effekt for eldre og tjenestebehov, må den resultere i en oppgradering av boligmassen til boligselskapet.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- Motstand mot økte fellesutgifter / økt gjeld kan være et hinder for å få gjennomført tiltak. Forskning viser at det er svært lav betalingsvilje for oppgradering med universell utforming<sup>178</sup>
- Muligheten for å bli tildelt lån til oppgradering fra Husbanken eventuelt heistilskudd vil sannsynligvis være av stor betydning for at boligeier vil gjennomføre tiltaket

<sup>178</sup> Denizou mfl. (2011). Referert til i Oxford Research 2016:58

- For at ordningen skal kunne påvirke eldres mulighet til å bo hjemme på kort sikt, må det være en stor vilje til å gjennomføre anbefalte tiltak, og anbefalte tiltak må bedre tilgjengeligheten til boligen
- Det vil også være avgjørende at de enkelte boenhetene har god tilgjengelighet eller at det blir gjort tilpasninger av boligene i forbindelse med en mulig oppgradering.

#### **6.1.3.4.3 Relevans for eldres boligsituasjon og tjenestebehov**

Eldre er ikke en egen målgruppe for denne ordningen, men ordningen kan påvirke kvaliteten når det gjelder tilgjengelighet for de eldre som bor i boligselskapene om den resulterer i en oppgradering. Mindre tiltak som trinnfri tilkomst til felles inngangsparti, automatisk døråpner og god belysning vil gjøre det enklere å komme til og fra boligen ved redusert funksjonsnivå noe kan redusere sosial isolasjon for eldre.

En eventuell oppgradering kan også kunne få lån til oppgradering om den oppfyller kriteriene for dette.

#### **6.1.3.4.4 Sentrale funn i evalueringer**

Ordningen er ikke i sin helhet evaluert, men var en mindre del av Oxford Research sin evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis (2016). Her finner de at tilskuddet har ført til installering av heis på et senere tidspunkt, men at dette gjelder få og store boligselskap. I rapporten finner en også at tilskuddet bidrar til at borettslag og sameier gjøre flere investeringer i egen boligmassen enn de ellers ville ha gjort.

#### **6.1.3.4.5 Sentrale fakta om tilskudd til tilstandsvurdering**

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 581, post 79
<b>Bevilgning 2020</b>	5 mill. kroner
<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Utbetalt 3,6 mill. kroner Tilsagnsbeløp: 7 mill. kroner
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	Tilsagn gitt til 6 923 boliger
<b>Antall avslag i 2020</b>	
<b>Formål/mål</b>	Økt tilgjengelighet og energieffektivitet i eksisterende boliger
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer som bor i sameier og borettslag med seks eller flere boenheter.
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Borettslag, sameier og liknende (omtalt som boligselskap) når eiendommen har 6 eller flere boliger. Utleieselskap, herunder stiftelser og andre utleiere kan ikke tildeles tilskudd.



<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	<p>Trinn 1; Kartlegging av universell utforming, teknisk tilstandsanalyse av bygg, kartlegging av energibehov/bygg- og konstruksjonsbeskrivelse, plan for oppgradering.</p> <p>Trinn 2; Prosjekteringskostnader knyttet til utarbeiding av tegninger og kostnadskalkyler av anbefalte løsninger for tiltak som bedrer den universelle utforming av boligmassen.. Eiere av boliger på tre etasjer eller mer, kan også søke om tilskudd til prosjektering og installering av heis.</p>
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	<p>Tilskudd kan gis for inntil 50 % av dokumenterte kostnader til tilstandsvurdering, både for trinn I og II</p>
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	<p>Husbanken kan gi lån til gjennomføring av tiltak som blir avdekket under tilstandsvurderingen og som er i samsvar med låneforutsetningene for lån til oppgradering.</p> <p>Kan ses i sammenheng med tilskudd til prosjektering og installering av heis (etter-installering av heis)</p> <p>Søkere oppfordres også til å se tilskuddet i sammenheng med tilskudd til tilpassing (fra kommunen), lån til oppgradering, og bostøtte</p>
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	<p>Ved knapphet på tilskuddsmidler vil søknader om prosjektering av heis ha høyest prioritet.</p>
<b>Er ordningen evaluert?</b>	<p>Ja; Oxford Research (2016)<sup>179</sup></p>
<b>Hjemmel</b>	<p><a href="#">Retningslinjer om tilskudd til heis og tilstandsvurderinger 2018 (husbanken.no)</a></p>
<b>Veileder</b>	<p>Veileder Tilskot til tilstandsvurdering <a href="#">8f5n.pdf (husbanken.no)</a></p>
<b>Opprettet</b>	<p>1990-tallet</p>
<b>Sist endret</b>	<p>Ordningen ble revidert i 2016</p>

<sup>179</sup> Meltevik mlf. (2016). *Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis*. Oxford Research.

### 6.1.3.5 Bostøtte

Bostøtteordningen forvaltes av Husbanken og skal sikre husstander med lav inntekt og høye boutgifter en trygg og god bolig. Ordningen er strengt behovsprøvd, men en må søke om bostøtte før en kan få det utbetalt. Det stilles krav til husstanden og boligen. Bostøtte beregnes i hovedsak på bakgrunn av boutgifter, inntekter, antall personer i husstanden og bostedskommune. Eldre kan på linje med andre målgrupper motta bostøtte om de oppfyller kriteriene for ordningen. 11 prosent av husstandene som fikk bostøtte i 2020 var over 67 år, og 9 prosent av utbetalingene gikk til denne gruppen.

#### 6.1.3.5.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-6 Bostøtte utbetalt (ordinære utbetalinger) fra 2016-2020

	Over 67		Totalt	
	Antall husstander	Sum bostøtte	Antall husstander	Sum bostøtte
2016	16 184	249 435 449	138 760	3 019 574 354
2017	15 075	236 441 272	140 696	2 664 157 316
2018	14 283	232 252 555	129 257	2 691 951 468
2019	13 950	235 056 158	123 473	2 715 769 121
2020	14 339	332 694 952	124 250	3 294 426 240
<b>Totalt</b>	<b>73 831</b>	<b>1 285 880 386</b>	<b>656 436</b>	<b>14 385 878 499</b>

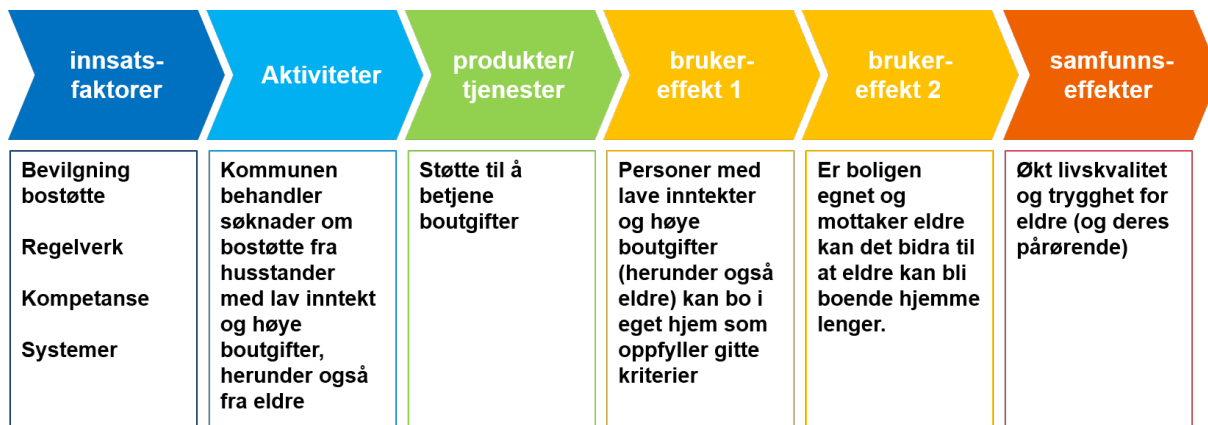
I forbindelse med koronapandemien ble [inntektsgrensene for å få bostøtte midlertidig økt](#) slik at flere mottok bostøtte, og en del eksisterende mottakere fikk økt bostøtte, fra april til oktober i 2020. Dette førte til høyere utbetaling totalt i 2020. Tiltaket ble ikke videreført i 2021.

#### 6.1.3.5.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen. Ordningen med bostøtte administreres av Husbanken og kommunene. Saksbehandlere i kommunen har ansvar for at søknader om bostøtte behandles i tråd med forvaltningsloven og er førstelinje i saksbehandlingen, mens Husbanken har det overordnede ansvaret og står for drift av bostøtteordningen, bostøttesystemet, utbetaling, regelverksutvikling og saksbehandling av klage (treffer endelig vedtak).

Vedtak i form av tildelt bostøtte, gis til personer med lave inntekter og høye boutgifter basert på en behovsprøving der det stilles krav til både husstanden og boligen.

De tilsiktede effektene av ordningen er at de som mottar bostøtte, herunder også eldre, kan sikre seg selv og husstanden en egnet bolig. Dette vil igjen gi en mer stabil bosituasjon som kan gi økt livskvalitet og trygghet og bidra til at flere kan bo trygt og godt.



Figur 6-7 Resultatkjede – bostøtte

Ordningen er behovsprøvd, der forholdet mellom husstandens inntekter og boutgifter avgjør utmålingen av bostøtte. Bostøtten blir beregnet for en måned av gangen, og utgjør en fastsatt prosent av differansen mellom godkjente boutgifter og en egenandel, som fastsettes utfra inntekt og formue for husstanden. Det er fastsatt grenser for hvor høye boutgifter som kan legges til grunn i beregningen av bostøtte. Det vil uansett ikke bli gitt bostøtte dersom beregningen ikke overstiger grensen for minste utbetalte beløp.

#### 6.1.3.5.3 Relevans for Eldres Boligsituasjon og Tjenestebehov

Ordningens relevans når det gjelder Eldres bosituasjon er at også eldre kan ha behov for bostøtte. Bor en eldre i en egnet bolig i dag kan bostøtten hjelpe med å klare å beholde denne boligen. Bor den eldre i en uegnet bolig kan bostøtten bidra til at det er økonomiske mulig at den eldre kan flytte til en mer egnet bolig. En person som har omsorgsbolig, vil kunne beholde bostøtten. Om en person har delvis opphold i sykehjem vil vedkommende beholde bostøtten inntil oppholdet blir permanent. Ved permanent opphold i sykehjem skal det meldes flytting. Der ektefelle/samboer kommer på institusjon kan denne personen fjernes fra saken, og da kan ektefelle/samboer som bor i boligen søke støtte.

#### 6.1.3.5.4 Sentrale funn i evalueringer

Det er ikke gjennomført noen evalueringer som kan brukes til å direkte vurdere bostøtten sin relevans for Eldres boligsituasjon og tjenestebehov.

#### 6.1.3.5.5 Sentrale fakta om bostøtte

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kapittel 581. Post 70
<b>Bevilgning 2020</b>	Rettighetsbasert ordning
<b>Antall mottakere 2019*</b>	123 473 husstander, herunder 13 950 husstander over 67 år

<b>Totalt utbetalt 2019*</b>	2,7 mrd. kroner, herunder 235 mill. kroner til husstander over 67 år
<b>Gjennomsnittlig bostøtte 2019*</b>	2 713 kroner per måned, herunder 1 644 kroner for husstander over 67 år
<b>Formål/mål</b>	Sikre personer med lave inntekter og høye boutgifter en egnet bolig.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer med lave inntekter og høye boutgifter
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Bostøtten er en behovsprøvd rettighetsordning som omfatter alle som er over 18 år, som møter krav til husstand og bolig.
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Støtte til å betjene boutgifter.
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Bostøtte beregnes på bakgrunn av blant annet boutgifter, inntekter, antall personer i husstanden, kommune.
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Bostøtte skal bidra til å gi personer med lav inntekt og høye boutgifter en god bolig. Kan i særskilte tilfeller gjøre det mulig å betjene startlån.
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Ordnningen er rettighetsbasert og alle som søker og har rett på bostøtte får dette.
<b>Er ordningen evaluert?</b>	<a href="#">Nedsatt en ekspertgruppe</a> som skal evaluere bostøtten og foreslå innretning på framtidig ordning våren 2022.
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Lov om bostøtte, Forskrift om bostøtte</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder i regelverk for bostøtte</a>
<b>Opprettet</b>	2009
<b>Sist endret</b>	2021

\* Bostøtteordningen ble styrket med 500 mill. kroner i 2020 som et midlertidig koronatiltak. 2019 er siste år med normale utbetalinger.

### 6.1.3.6 Tilskudd til utleieboliger

Tilskudd til utleieboliger kan gis kommuner, eventuelt til selskaper og andre med tildelingsavtale, og skal bidra til flere egnede utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Det er Husbanken som forvalter ordningen. Boliger i egnede bomiljøer for barn og unge prioriteres. Tilskuddet blir beregnet per kvadratmeter der den maksimale tilskuddsutmålingen tilsvarer en bolig på 80 kvadratmeter. Kommunene er inndelt i geografiske grupper, slik at størrelsen på tilskuddet reflekterer de lokale boligprisene.

#### 6.1.3.6.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-7 Tilskudd til utleieboliger, tilsagn 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Beløp tilsagn i mill. kroner	1 044	756	394	255	283	2 732
Antall utleieboliger	1 998	1 334	675	459	391	4 857

Totalt tilskuddsbeløp og antall boliger har gått ned siden toppen i 2016 i forbindelse med flyktningkrisen.

Eldre er ikke en delmålgruppe som blir registrert for tilskudd til utleieboliger og aldersfordeling er derfor ikke mulig å frambringe. Gjennomstrømmingen i kommunale boliger kan være store og målgruppene som bor der kan endre seg raskt. Kommunene har per dags dato heller ikke noen måte å rapportere hvem som bor i boligene på et gitt tidspunkt noe som gjøre det vanskelig å vurdere bruken av virkemiddelet når det gjelder målgrupper eldre.

#### 6.1.3.6.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen.

Produktet/tjenesten som leveres fra Husbanken i dette tilfellet, er:

- 1) tilskudd til kommuner som sannsynliggjør at prosjektet bidrar til flere egnede kommunalt disponerte utleieboliger og en mer formålstjenlig boligmasse, og
- 2) tilskudd til selskaper og andre som har til formål å leie ut boliger til vanskeligstilte.

Vilkåret i sistnevnte tilfelle er at eieren inngår en tildelingsavtale med kommunen eller et statlig helseforetak om at kommunen eller helseforetaket skal ha eksklusiv rett til å tildele boligene som får tilskudd til sine boligsøkere i minst 30 år, at det tinglyses en klausul på eiendommen om at boligene kun kan leies ut til vanskeligstilte på boligmarkedet og at det foreligger tildelingsrett. I tillegg må det inngås en samarbeidsavtale med kommunen eller statlig helseforetak som regulerer det løpende samarbeidet og forvaltningen av boligene. Husbanken vurderer søknadene blant annet utfra kommunens behov for utleieboliger, hvor godt prosjektet treffer med formålet og selve prosjektplanen.

Den tilsiktede effekten av ordningen er at kommunen får tilgang til flere boliger for tildeling og utleie til vanskeligstilte, herunder også vanskeligstilte eldre. Dette vil i sin tur innebære at flere vanskeligstilte får leie egnet bolig. For samfunnet vil effekten i neste omgang kunne være et samfunn med økt livskvalitet og trygghet for vanskeligstilte (herunder eldre), og eventuelt mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.



Figur 6-8 Resultatkjede - tilskudd til utleiebolig

**Insentiver** i ordningen er knyttet til at tilskuddet skal utløse vilje og evne til framskaffelse av kommunalt disponerte utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Tilvisnings- og tildelingsavtaler gir kommuner mulighet til å etterspørre kommunalt disponerte utleieboliger i det private markedet, uten at kommunene har økonomiske forpliktelser for boligene.

Vanskeligstilte på boligmarkedet kan også være eldre, men det ligger ingen spesifikke insitament rettet mot eldre som målgruppe i ordningen. Hensikten med ordningen er å framskaffe *egnede* boliger, men det er ikke nærmere definert hva egnet innebærer. Dette betyr at det eksempelvis ikke er krav om at en utleiebolig skal oppfylle kravene til tilgjengelig boenhet i TEK17 eller være en livsløpsbolig.

Tilskuddet målrettes mot vanskeligstilte gjennom kravet om tildelingsavtale, som blant annet innebærer at *alle* utleieboliger som får tilskudd er forbeholdt vanskeligstilte på boligmarkedet, herunder også i tilfeller hvor kommunen ikke benytter seg av sin tildelingsrett. Kommunen har tildelingsrett i alle boligene så lenge avtalen gjelder, dvs. i 30 år fra utbetaling av tilskudd og eventuelt lån. Tildelingsavtaler anbefales når beboerne trenger oppfølgingstjenester fra kommunen.

Det ligger også et insitament i ordningen gjennom muligheten til å kombinere tilskuddet med lån. Dette gjelder i tilfeller der det er inngått tildelingsavtaler. Hvis det i stedet foreligger tilvisningsavtale, er det imidlertid kun mulig å søke lån (se nærmere omtale under ordningen med lån til utleieboliger).

For at tilskuddet skal ha en effekt for eldre og tjenestebehov må utleieboligene tildeles eldre og de må være egnet for personer med funksjonsnedsettelse.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- Hvis utleieboligene som bygges eller kjøpes ikke har livsløpsstandard vil boligen ikke være egnet for vanskeligstilte eldre med funksjonsnedsettelse
- Hvis kommunen har flere søkere til kommunale boliger enn antallet boliger kommunen disponerer, må en prioritere de mest vanskeligstilte – andre får avslag, herunder også eldre
- Utbygger ønsker fleksibilitet og ikke ønsker å bindes av en langsiktig tildelings-avtale
- Utleieselskaper opplever det som utfordrende selv å skulle finne leietakere innenfor målgruppen, dvs. vanskeligstilte med oppfølgingsbehov, i tilfeller der kommunen ikke benytter seg av tildelingsretten
- Utleieselskapet opplever at de bærer for høy risiko ved tildelingsavtaler.

#### **6.1.3.6.3 Relevans for eldres boligsituasjon og tjenestebehov**

Ordningen retter seg ikke særlig mot eldre, men mot vanskeligstilte som trenger egnede utleieboliger, der vanskeligstilte eldre utgjør en undergruppe. Påvirkningen på eldres boligsituasjon avhenger dermed av i hvilken grad utleieboligene som får tilskudd tilfaller eldre og om utleieboligen er egnet for eldre, herunder beboere med funksjonsnedsettelse eller behov for helsetjenester i hjemmet. Dette avhenger blant annet av om kommunen, selskap og andre ser behov for flere utleieboliger for vanskeligstilte eldre, om de søker, og om prosjektet blir prioritert i Husbankens tilskuddsforvaltning.

#### **6.1.3.6.4 Sentrale funn i evalueringer**

Ordningen er ikke evaluert i sin helhet, men Samfunnsøkonomisk analyse evaluerte i 2020 erfaringer og praksis knyttet til tilvisnings- og tildelingsavtaler. Evalueringen fant et mulig uforløst potensial for eldre som målgruppe. Ordningen kan bidra til bedre økonomi og mer egnet bolig for eldre med begrenset økonomi og/eller et behov for oppfølgingstjenester. NOVA peker også i sin rapport «Bolig i det aldrende samfunnet» på at utleieboliger med tilvisningsavtaler kan være et relevant virkemiddel for å bidra til at eldre har større muligheter til å finne seg et godt og egnet sted å bo.

#### **6.1.3.6.5 Sentrale fakta om tilskudd til utleieboliger**

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 581, post 76
<b>Bevilgning 2020</b>	Bevilgningen i 2020 var 445,1 mill. kroner, med tilhørende tilsagnsramme på 412,5 mill. kroner.
<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Utbetalt: 273,5 mill. kroner Gitte tilsagn: 282,8 mill. kroner.
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	188 saker, 391 boliger
<b>Antall avslag i 2020</b>	7 reelle avslag – i fem av sakene ble det gitt avslag fordi kommunen hadde oversittet frist for innsending av søknad etter anskaffelse av boligen. I to av sakene var boligene allerede finansiert med tilskudd til omsorgsbolig
<b>Formål/mål</b>	Flere egnede utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egenhånd.
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Kommuner, selskaper og andre som oppfyller gitte vilkår.
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Tilskudd gis oppføring, kjøp eller ombygging til boliger.
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Tilskuddet gis etter faste satser per kvadratmeter og etter geografisk inndeling.

<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Tilskudd til utleieboliger kan kombineres med lån til utleieboliger for vanskeligstilte
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Prosjekter som gir boliger i gode bomiljøer for vanskeligstilte husstander med barn, skal prioriteres. Det kan være aktuelt å tildele forsøk til å gjennomføre forsøk, særlig for utviklingshemmede og personer med rus og psykiske lidelser.
<b>Er ordningen evaluert?</b>	Ordningen er angitt å være delvis evaluert av Samfunnsøkonomisk analyse (2020) <sup>180</sup>
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Forskrift om tilskudd til utleieboliger fra Husbanken</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder for tilskudd til utleieboliger</a>
<b>Opprettet</b>	Utleietilskuddet ble etablert i 1994
<b>Sist endret</b>	Dagens forskrift er fra 2018.

---

<sup>180</sup> Norberg-Schulz mlf. (2020). *Evaluering av erfaringer og praksis knyttet til tilvisnings- og tildelingsavtaler*. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 25-2020.



### 6.1.3.7 Lån til utleieboliger

Husbanken kan gi lån til private virksomheter som skal bygge eller kjøpe boliger for utleie. Lån til utleieboliger skal bidra til flere egnede utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Boligene skal ha god standard, funksjonalitet og lokalisering skal passe beboernes behov. For eldre vil en egnet bolig kunne være en livsløpsbolig.

#### 6.1.3.7.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-8 Lån til utleieboliger for vanskeligstilte, tilsagn 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Beløp tilsagn i mill. kroner	2 410	1 891	1 610	1 278	714	7 903
Antall utleieboliger	1 319	866	816	534	310	3 845

Som for tilskudd til utleieboliger for vanskeligstilte så har låneutmålingen hatt en jevn nedgang siden toppen i 2016 i forbindelse med flyktningkrisen. Fram til og med 2020 kunne ikke lån til utleieboliger gis til boliger for eldre. Fra 2021 kan det gis lån til utleieboliger med tilvisningsavtale med eldre som målgruppe, gitt de er utformet som livsløpsboliger.

Det er ikke mulig å bryte ned disse tallene på alder på beboere når tilsagn blir gitt.

Gjennomstrømmingen i kommunale boliger kan også være store og målgruppene som bor der kan endre seg raskt. Kommunene har per dags dato heller ikke noen måte å rapportere hvem som bor i boligene på et gitt tidspunkt noe som gjøre det vanskelig å vurdere bruken av virkemiddelet når det gjelder målgrupper eldre.

#### 6.1.3.7.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. Produktet/tjenesten som leveres fra Husbanken i dette tilfellet, er lån til selskaper og andre som har tildelings- eller tilvisningsavtale med kommunen og som har til formål å leie ut boliger til vanskeligstilte.

Med tildelingsavtale (se nærmere omtale under ordningen med tilskudd til utleieboliger) er alle utleieboligene forbeholdt vanskeligstilte, også i de tilfeller hvor kommunen ikke benytter seg av sin tildelingsrett. Med tilvisningsavtale får kommunen tilvisningsrett til alle boligene i prosjektet, men bare en andel av utleieboligene, inntil 40 prosent, er forbeholdt vanskeligstilte på boligmarkedet til enhver tid. Dette innebærer at de øvrige boligene i prosjektet kan leies ut på det åpne boligmarkedet med minimum fem års leiekontrakter (men i prosjekt med færre enn fem boliger får kommunen tilvisningsrett til alle boligene så lenge avtalen gjelder).

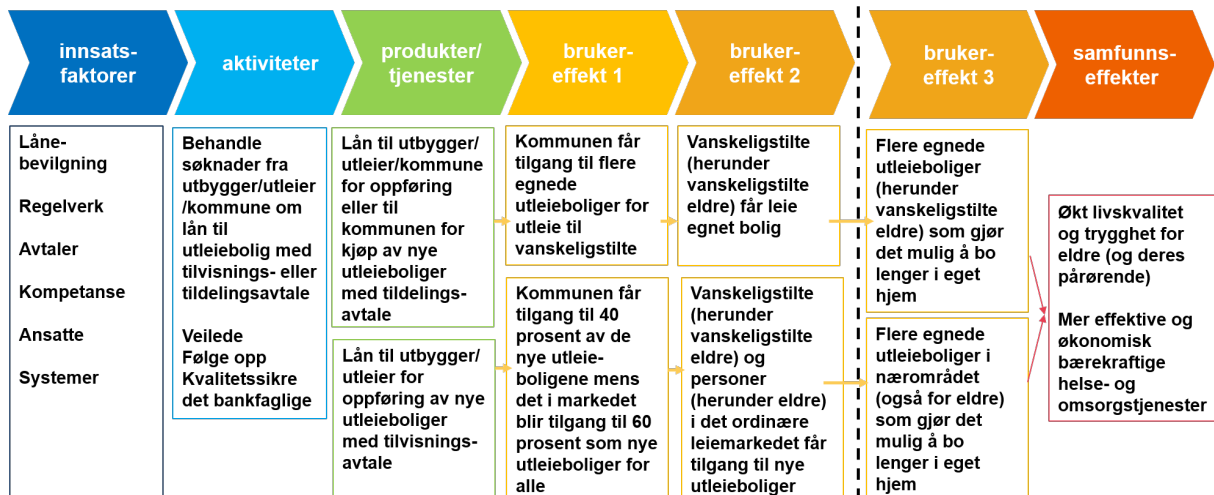
Tilvisningsavtaler har en varighet på 20 år og anbefales når beboerne er økonomisk vanskeligstilt, men ikke trenger spesielle oppfølgingstjenester fra kommunen. Tildelingsavtale har en varighet på 30 år og anbefales når beboerne trenger oppfølgingstjenester fra kommunen.

Den tilsiktede effekten av ordningen er at kommunen får tilgang til flere boliger for tildeling og utleie til vanskeligstilte, herunder også vanskeligstilte eldre. Dette vil i sin tur innebære at flere vanskeligstilte får leie egnet bolig.

I tilfeller der det foreligger tilvisningsavtale vil kommunen oppnå en positiv tilleggseffekt ved at 60 prosent av boligene blir tilgjengelig for øvrige leietakere som ikke defineres som vanskeligstilte. Dette innebærer et større tilfang av utleieboliger generelt, som kan leies ut til kommunens innbyggere på det private utleiemarkedet, herunder også eldre. Dette vil i sin tur kunne medføre at flere eldre kan få en egnet bolig slik at de kan bli boende hjemme lenger. De profesjonelle utleieselskapene som

drifter disse boligene fører ikke oversikt over alder på beboerne, så det er vanskelig å få tall på hvor mange eldre som bor i de resterende 60 prosent av utleieboligene. Men tilbakemeldinger og erfaringer fra kommuner viser at de boligene som ikke er tilvist fra kommunen er populær blant eldre.

Effekten i neste omgang vil være et samfunn med økt livskvalitet og trygghet for egen boligsituasjon, primært for vanskeligstilte herunder også vanskeligstilte eldre, men til en viss grad også for andre og eldre mer generelt. Dette kan også føre til mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.



Figur 6-9 Resultatkjede - lån til utleiebolig

**Insentiver** i ordningen er knyttet til at låneordningen skal utløse vilje og evne til framskaffelse av kommunalt disponerte utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Lånet har gunstigere rente enn lån som utbyggere kan få i ordinære banker, med et fradrag på 0,75 prosentpoeng fra basisrenten (flytende rente er per september 2021 på 0,747).<sup>181</sup> Et tilleggsinsentiv som kan påvirke eldres mulighet til å bli boende lenger i egen bolig ligger i muligheten for å få lån i Husbanken når det foreligger tilvisningsavtale, som også gir tilfang av utleieboliger som ikke er forbeholdt vanskeligstilte. Her kan utbygger leie ut en større andel av boligene i det ordinære markedet og samtidig få gunstige lånebetingelser som Husbanken-renten, inntil 50 års nedbetalingstid og inntil ett års avdragsfrihet.

Det ligger også et insitamant i ordningen gjennom muligheten til å kombinere lån med tilskudd. Dette gjelder i tilfeller der det er inngått tildelingsavtaler. Hvis det i stedet foreligger tilvisningsavtale er det imidlertid kun mulig å søke lån (og ikke tilskudd). (se nærmere omtale under ordningen med tilskudd til utleieboliger).

I og med at det ikke ligger spesifikke insitamant i ordningen rettet mot eldre som målgruppe og det ikke er nærmere spesifisert hva som er kriteriene for betegnelsen *egnede* boliger, er det ikke nødvendigvis sikkert at boligene vil være egnet for eldre eller personer med funksjonsnedsettelse.

Forutsetningen for at ordningen skal kunne påvirke eldres mulighet til å bli boende lenger i eget hjem, er imidlertid at utleieboligene som tilgjengeliggjøres for utleie på markedet er egnet for eldre leietakere. Det er ingen krav om at utleiebolig som gis lån under denne ordningen skal ha

<sup>181</sup> Husbanken. (2021, september). Renter. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/rente/>

livsløpsstandard. Ordningens virkning på eldre mulighet til å bo lenger i eget hjem er derfor usikker, og dette er forsøkt illustrert gjennom den sorte stiplede linjen som markerer et «brudd» i logikken.

### **6.1.3.7.3 Relevans for eldre boligsituasjon og tjenestebehov**

Låneordningen (fram til 2020) retter seg ikke særlig mot eldre, men mot vanskeligstilte som trenger egnede utleieboliger, der vanskeligstilte eldre utgjør en undergruppe. Påvirkningen på eldre boligsituasjon for lån til utleieboliger med tildelingsavtale avhenger dermed av i hvilken grad utleieboligene som får lån tilfaller eldre. Dette avhenger blant annet av om kommunen, selskap og andre ser behov for flere utleieboliger for vanskeligstilte eldre, om de søker, og om prosjektet blir prioritert i Husbankens låneforvaltning. For lån til utleieboliger med tilvisningsavtaler vil det kunne ha en effekt også for bosituasjonen for eldre som ikke er vanskeligstilte siden det blir tilgang på flere mer egnede boliger i nærområdet.

### **6.1.3.7.4 Sentrale funn i evalueringer**

Ordningen er ikke evaluert i sin helhet, men Samfunnsøkonomisk analyse evaluerte i 2020 erfaringer og praksis knyttet til tilvisnings- og tildelingsavtaler.<sup>182</sup> Evalueringen fant et mulig uforløst potensial for eldre som målgruppe. Ordningen kan bidra til bedre økonomi og mer egnet bolig for eldre med begrenset økonomi og/eller et behov for oppfølgingstjenester. NOVA peker også i sin rapport «Bolig i det aldrende samfunnet» på at utleieboliger med tilvisningsavtaler kan være et relevant virkemiddel for å bidra til at eldre har større muligheter til å finne seg et godt og egnet sted å bo.

### **6.1.3.7.5 Sentrale fakta om lån til utleieboliger**

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 2412, post 90
<b>Bevilgning 2020</b>	<i>Husbanken disponerte totalt en låneramme på 21 mrd. i 2020. Lånerammen ble økt med 5 milliarder, fra 16 til 21 milliarder, som del av tiltakene mot virkningene av koronapandemien.</i>
<b>Lån gitt i 2020</b>	714 mill. kroner
<b>Antall tildelte lån 2020</b>	Lån gitt til 310 mottakere/boliger/plasser i 31 saker
<b>Antall avslag i 2020</b>	Avslag til fire prosjekt med totalt 22 boliger. Total søknadssum var på 40,7 mill. kroner. Alle som fikk avslag var foretak.
<b>Formål/mål</b>	Bidra til flere egnede utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egenhånd

<sup>182</sup> Norberg-Schulz mlf. (2020). *Evaluering av erfaringer og praksis knyttet til tilvisnings- og tildelingsavtaler*. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 25-2020.

<b>Hvem kan innvilges lån</b>	Kommuner, selskaper og andre som møter gitte vilkår. Selskap mm. kan kun få lån gjennom avtale med kommunen.
<b>Hva kan det gis lån til</b>	Å oppføre boliger, kjøpe boliger, eller bygge om til boliger.
<b>Hvordan fastsettes lånebeløpet</b>	Låneutmålingen er inntil 85 prosent av prosjektkostnad/kjøpesum. Ved tildelingsavtale er tilskuddet inkludert i de 85 prosentene.
<b>Kan lånet kombineres med andre virkemidler?</b>	Kan kombineres med tilskudd til utleiebolig
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Lån til utleieboliger har andreprioritet etter startlån innenfor lånerammen for 2021 <sup>183</sup> .
<b>Er ordningen evaluert?</b>	Ordningen er angitt å være delvis evaluert av Samfunnsøkonomisk analyse (2020) <sup>184</sup>
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Forskrift om lån fra Husbanken - Kapittel 3</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder for lån fra Husbanken</a>
<b>Opprettet</b>	1994
<b>Sist endret</b>	2020

<sup>183</sup> Samlet låneramme til Husbanken på post 90 Nye lån er på 21 mrd. kroner – etter at lånerammen i saldert budsjett i 2020 ble økt med 5 mrd. kroner. Økningen i lånerammen er forutsatt å gå til startlån, lån til utleieboliger og lån til boligkvalitet.

<sup>184</sup> Norberg-Schulz mlf. (2020). *Evaluering av erfaringer og praksis knyttet til tilvisnings- og tildelingsavtaler*. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 25-2020.

### 6.1.3.8 Lån til oppføring av livsløpsbolig

Enkeltpersoner, foretak, kommuner og fylkeskommuner<sup>185</sup> kan innvilges lån fra Husbanken til oppføring av livsløpsboliger med tilleggskvaliteter utover dagens byggt tekniske forskrift. Slike tilleggskvaliteter er forberedelse for velferdsteknologi, krav om bod, samt større soverom og bad. Ved oppføring av bolig for salg kan utbyggeren søke om lånetilsagn. Kjøperen av boligen kan søke Husbanken om å få overta lånet.

#### 6.1.3.8.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-9 Lån til oppføring (ordinære saker, tilsagn gitt 2016-2020, grunnlån tom. 2019, lån til livsløpsbolig 2020)

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Beløp (1 000 kr)	4 710 580	5 019 924	4 711 500	2 668 310	2 042 057	19 152 373
Antall boliger	2 679	2 025	2 451	1 598	691 (*1833)	8 753

\* de resterende boligene som fikk tilsagn i 2020 var til oppføring av miljøvennlige boliger

Bruk av lån til oppføring av boliger med kvaliteter innenfor universell utforming har gått nedover den siste femårs perioden. Årsaken kan blant annet være at en mindre del av bevilgningen som er gitt over «post 90 Nye lån» er satt av til lån til det ordinære markedet. Lån til oppføring har også lav prioritet innenfor Husbanken sin låneramme. I tillegg blir en andel av lån til oppføring gitt til oppføring av miljøvennlige boliger. Ordningen ble lagt om fra 01.01.20 da den gamle ordningen med grunnlån ble erstattet med «lån fra Husbanken», som blant annet inkluderer ordningen med lån til livsløpsbolig.

Det er i all hovedsak enkeltpersoner og foretak som tildeles lån under denne ordningen, da kommunene har andre finansieringsmuligheter som lån til utleiebolig og lån fra Kommunalbanken.

#### 6.1.3.8.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. Ordningen med lån til livsløpsbolig inngår som en av mange ordninger under «Lån fra Husbanken». Som det framgår, kan enkeltpersoner, foretak, fylkeskommuner og kommuner søke om lån til oppføring av ny helårs livsløpsbolig, eventuelt ombygging fra eksisterende boligmasse. Belåningsgraden kan ikke overstige 85 prosent av antatt eiendomsverdi.

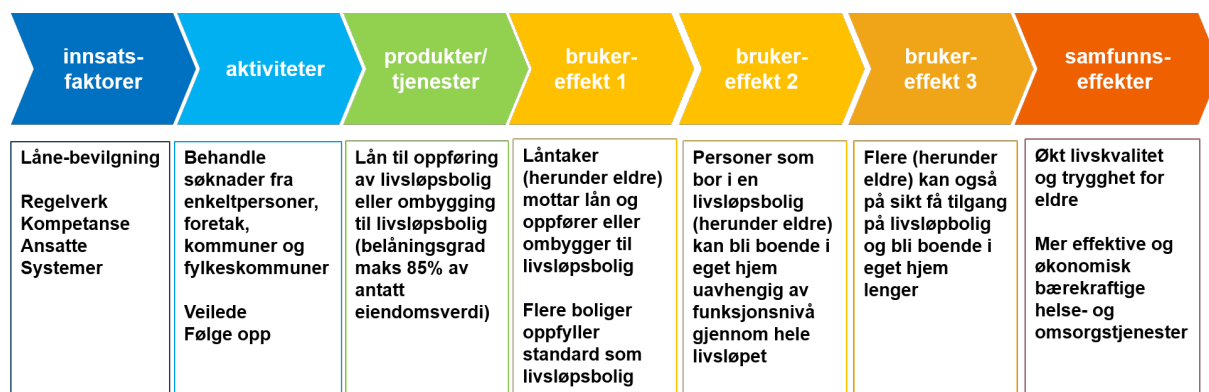
I distrikt med dårlig fungerende boligmarked kan lån gis selv om pantesikkerheten er lavere enn i sentrale områder.

Den tilsiktede effekten av ordningen er at personer som bor i livsløpsboliger kan bli boende i eget hjem uavhengig av funksjonsnivå gjennom hele livsløpet. Lån til livsløpsbolig vil innebære at flere boliger oppfyller tilleggskvalitetene for livsløpsbolig som i større grad enn ordinære boliger legger til rette for at den som bor i boligen skal kunne bruke boligene gjennom hele livsløpet. Dette bidrar til at det på sikt vil være flere eldre som kan bli boende lenger i eget hjem. Ofte vil det innebære økt livskvalitet og trygghet. Det vil også kunne gi en mer effektiv utførelse og bruk av helse- og omsorgstjenester som tilbys i hjemmet. Dette vil i sin tur kunne innebære mer økonomisk

<sup>185</sup> Selv om det ikke er et hinder for dette, så mottar fylkeskommuner og kommuner veldig sjeldent lån til livsløpsbolig da de både i Husbanken sitt lån til utleieboliger og lån fra Kommunalbanken har gunstigere alternativ.

bærekraftige helse- og omsorgstjenester, blant annet gjennom et mindre behov for tilbud av heldøgns omsorgsplasser.

Lån til livsløpsbolig fra Husbanken kan kombineres med startlån fra kommunen og eventuelt tilskudd fra kommunen til etablering, dersom kommunen tilbyr dette tilskuddet.



Figur 6-10 Resultatkjede - lån til livsløpsbolig

**Insentivet** som ligger i lån fra Husbanken er at de gunstige betingelsene skal utløse vilje og evne hos lånesøker til oppføring av, eventuelt ombygging til, livsløpsbolig med tilleggsstandarder utover kravene i byggt teknisk forskrift (TEK 17). Insitamentet for å pådra seg merkostnader for høyere kvalitet ligger i at renten på lånet har et fradrag på 0,75 prosent fra basisrenten. Flytende rente er per september 2021 på 0,747 prosent).<sup>186</sup>

For oppføring av livsløpsbolig kan det gis lån til opptil 85 prosent av kjøpesum/byggekostnad. I noen kommuner i distriktene er markedsverdien av nybygde boliger lavere enn byggekostnadene. Ved et senere salg av boligen kan dette medføre tap. Det er derfor lagt inn et insitament i ordningen ved at Husbanken i distrikt med lite boligbygging og lav boligomsetning kan gi lån selv om pantessikkerheten er lavere enn i sentrale områder.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**. Eksempelvis vil låneordningens effektivitet når det gjelder å påvirke Eldres mulighet for å bli boende lenger i eget hjem avhenge av blant annet:

- i hvilken grad det er eldre som flytter inn i livsløpsboligene
- i hvilken grad det er midler til ordningen siden den har lavere prioritet innenfor lånerammen enn andre låneordninger som eksempelvis startlån og lån til utleieboliger
- Eldres vilje til å pådra seg gjeld med sikte på å oppnå en mer egnet boligsituasjon
- i hvilken grad eldre ser nytten av å eventuelt bruke ekstra lånemidler på å finansiere ekstrakvalitetene for livsløpsbolig når de sammenlikner dette med kvalitetene i nybygg etter dagens standard

### 6.1.3.8.3 Relevans for Eldres boligsituasjon og tjenestebehov

Med trinnfri tilkomst, alle nødvendige boligfunksjoner på inngangsplanet, forberedelse for velferdsteknologi og større soverom og bad legger livsløpsboliger til rette for at eldre kan bli boende i

<sup>186</sup> Husbanken. (2021, september). Renter. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/rente/>

egen bolig gjennom hele livsløpet, leve aktive liv og være mest mulig selvhjulpne. Eldre som bor i en livsløpsbolig vil kunne ha mindre hjelpebehov og utsatt behov for helse- og omsorgstjenester.

Tilførsel av flere livsløpsboliger vil gi flere boliger med tilleggs kvaliteter og flere valgmuligheter for eldre boligmarkedet. Lån til livsløpsboliger kan også være et ekstra godt virkemiddel for å få tilført flere egnede boliger for eldre i distriktskommuner med dårlig fungerende boligmarked. Der kan Husbanken også gi lån til oppføring av livsløpsboliger selv om panteverdien er lavere enn lånebeløpet.

#### 6.1.3.8.4 Sentrale funn i evalueringer

En studie av merkostnader og betalingsvilje viste at merkostnadene for en livsløpsbolig var beskjedne, men at insentivet ved rentefradraget var nødvendig for å få bygd boliger med en slik kvalitet.<sup>187</sup>

#### 6.1.3.8.5 Sentrale fakta om lån til oppføring av livsløpsbolig

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 2412, post 90 Nye lån
<b>Bevilgning 2020</b>	Husbanken disponerte totalt en låneramme på 21 mrd. i 2020. Lånerammen ble i 2020 økt med 5 milliarder, fra 16 til 21 milliarder, som del av tiltakene mot virkningene av koronapandemien. Lån til livsløpsbolig er prioritert etter startlån, lån til utleieboliger og lån til oppgradering.
<b>Lån gitt i 2020</b>	Tilsagnsbeløp: 2,0 mrd.
<b>Antall tildelte lån 2020</b>	Antall saker: 115 (tilsagn)  Antall boliger: 691  For den andre delen av lån til boligkvalitet for oppføring, lån til oppføring av miljøvennlige boliger, ble det gitt 2,65 mrd. i lån til 1 142 boliger.
<b>Antall avslag i 2020</b>	Ikke tilgjengelig.
<b>Formål/mål</b>	Legger til rette for at personer uavhengig av funksjonsnivå kan bli boende i egen bolig gjennom hele livsløpet, leve aktive liv og være mest mulig selvhjulpne.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer som har behov for tilrettelegging mht. tilgjengelighet
<b>Hvem kan innvilges lån</b>	Husbanken kan gi lån til boligkvalitet til enkeltpersoner, foretak, kommuner og fylkeskommuner som oppfyller definerte vilkår i forskriften. Utbygger kan også søk om lån tilsagn om

<sup>187</sup> Denizou mfl. (2019). *Nye kriterier for Husbankens grunnlån. Merkostnader og betalingsvilje for livsløpsboliger*. SINTEF Fag.

	lånefinansiering der kjøper av boligen kan søke Husbanken om å overta deler av lånet.
<b>Hva kan det gis lån til</b>	Husbanken kan gi lån til bygging av ny helårs livsløpsbolig, ev. ombygging fra annen boligmasse.
<b>Hvordan fastsettes lånebeløpet</b>	Belåningsgraden på eiendommen kan ikke overstige 85 % av antatt eiendomsverdi.
<b>Kan lånet kombineres med andre virkemidler?</b>	Ja, startlån og tilskudd til etablering
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Fjerdeprioritet av lånerammen på 20 mrd. (etter startlån, lån til utleieboliger og lån til oppgradering)
<b>Er ordningen evaluert?</b>	Ordningen har ikke blitt evaluert etter at den ble opprettet i 2020.
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Lån til oppføring av livsløpsboliger</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder for lån fra Husbanken</a> § 2-4
<b>Opprettet</b>	01.01.2020
<b>Sist endret</b>	2020 (endret navn fra grunnlån, i tillegg til nye krav og inndeling i to ordninger, en for livsløpsbolig og en for energieffektive boliger)



### 6.1.3.9 Lån til oppgradering av eksisterende bolig

Enkeltpersoner og foretak kan innvilges lån fra Husbanken til gjennomføring av oppgraderingsprosjekter som bidrar vesentlig til en mer energieffektiv og tilgjengelig boligmasse. Hovedregelen er at oppgraderingen skal ha tiltak innenfor begge formål, men for mer omfattende tiltak kan det gis lån til oppgradering for bare ett av områdene ([se Husbanken sine nettsider for ytterligere informasjon](#)).<sup>188</sup>

#### 6.1.3.9.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-10 Lån til oppgradering (grunnlån tom. 2019, lån til oppgradering fom. 2020)

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Beløp (mill.)	766	663	326	334	488	4 577
Antall boliger	1 521	1 345	562	770	765	4 693
Antall boliger enkeltsoeker	19	17	22	9	13	80

Antallet og beløpet som er gitt i lån til oppgradering har hatt en nedadgående trend og Husbanken finansierte halvparten så mange oppgraderinger av boligene i det ordinære boligmarkedet i 2020 sett i forhold til 2016. Kravene til ordningen ble skjerpet i 2018 da det i større grad ble krevd tiltak innenfor både universell utforming og energieffektivisering noe som spesielt påvirket bruken det året.

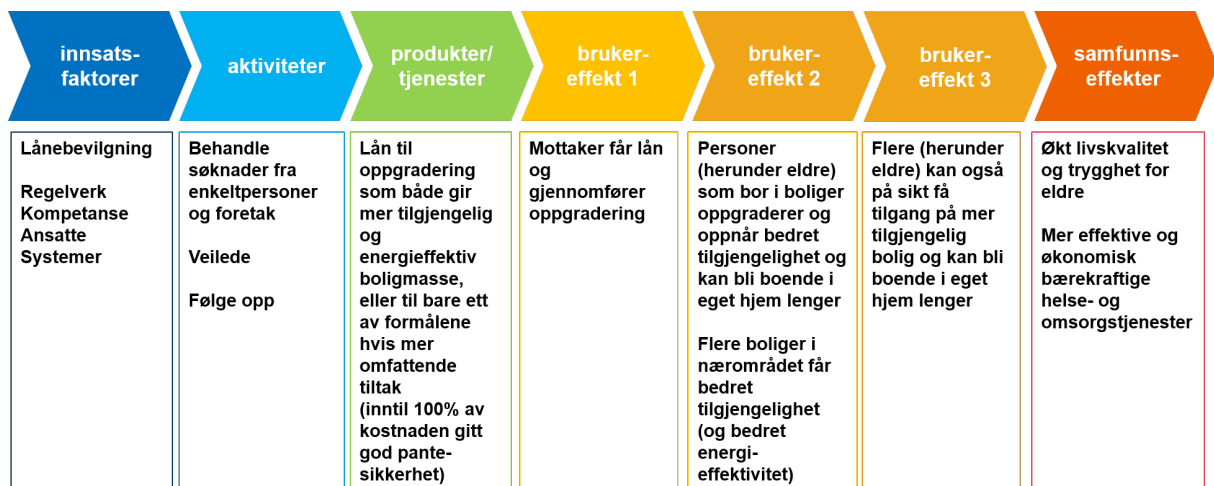
Ordnningen blir i liten grad brukt av privatpersoner. Fra 2016-2020 var 80 av 5 608 boliger som fikk lån til oppgradering var søker enkeltpersoner, resten var boligselskap. Dette kan være både pga. kjennskap, for lite insentiv, for høye krav eller rett og slett fordi den enkelte ikke ser behovet. Siden så stor andel av lån til oppgradering er gitt til boligselskap er det ikke mulig å identifisere hvor mange eldre som har fått direkte nytte av oppgraderingen som lånet har finansiert.

#### 6.1.3.9.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. Husbankens lån til oppgradering inngår som en av tre «produkter» i ordningen med lån til boligkvalitet. Som det framgår, kan enkeltpersoner og foretak søke om lån til oppgradering av eksisterende bolig. Oppgraderingen knyttet til tilgjengelighet kan eksempelvis være tiltak som gir trinnfri adkomstvei, oppgradering av inngangsdør eller inngangsparti, endret inngangsplan, terskelfrie døråpninger, tilgjengelig bad/utbedring av bad, etterinstallering eller oppgradering av heis, m.fl. Lån kan gis med inntil 100 prosent av kostnaden gitt god pantesikkerhet.

Den tilsiktete effekten av ordningen er i første omgang at personer som bor i boligen får oppgradert boligen slik at de oppnår bedret tilgjengelighet og eventuelt bedre energieffektivitet. Lån til oppgradering vil innebære at flere boliger oppnår bedret tilgjengelighet (og bedret energieffektivitet), noe om bidrar til at det på sikt vil være flere eldre som kan bli boende hjemme lenger. En samfunnseffekt av dette kan være økt livskvalitet og trygghet for eldre. Det vil også kunne gi en mer effektiv utførelse og bruk av helsetjenester som tilbys i hjemmet. Dette vil i sin tur kunne innebære mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, blant annet gjennom et mindre behov for tilbud av heldøgns omsorgsplasser.

<sup>188</sup> Husbanken. (2021). *Lån til å oppgradere eksisterende bolig*. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/bransje/lan-og-tilskudd/veileder-laen/2-5-laen-til-boligkvalitet/>



Figur 6-11 Resultatkjede - lån til oppgradering

**Insentivet** i ordningen er både gunstig rente og rom for å finansiere 100 prosent av kostnadene for en oppgradering, så ordningen har i utgangspunktet gode insentiver til å utløse vilje og evne hos søker til oppgradering av eksisterende bolig. Renten til lånet har et fradrag på 0,75 prosentpoeng fra basisrenten som er insentivet for å pådra seg merkostnader for høyere kvalitet. Flytende rente for november 2021 er på 0,747 prosent.<sup>189</sup> I enkelte situasjoner er det også mulig å gi fastrente i inntil 20 år.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**. Eksempelvis vil låneordningens effektivitet når det gjelder å påvirke eldres mulighet for å bli boende lenger i eget hjem avhenge av blant annet:

- i hvilken grad eldre søker (og kjenner til) lån til oppgradering
- i hvilken grad lånet blir brukt til prosjekt som løfter tilgjengeligheten i bolig(ene) tilstrekkelig for å bidra til at eldre kan bli boende hjemme
- i hvilken grad eldre har vilje til å pådra seg gjeld med sikte på å oppnå en mer egnet boligsituasjon
- i hvilken grad de som bor i boligene som oppgraderes er eldre
- i hvilken grad det er midler tilgjengelig på ordningen, jf. at lån til oppgradering har lavere prioritet innenfor lånerammen
- i hvilken grad kravene om at oppgraderingen både skal bidra til energieffektivisering og økt tilgjengelighet framstår som for omfattende og komplisert. Mange eldre har godt funksjonsnivå og ser ofte ikke behovet for å legge ned ekstra midler for å gjøre tilleggsoppgradering når det gjelder tilgjengelighet for et eventuelt framtidig behov.

### 6.1.3.9.3 Relevans for eldres boligsituasjon og tjenestebehov

Lån til oppgradering bidrar til at flere eksisterende boliger får bedre tilgjengelighet. Siden det ikke er krav om store, omfattende og dyre tiltak, så kan også eldre som vil gjøre mindre tilpasninger også kvalifisere til lånet. Slike små og større tilpasninger vil bedre situasjonen til eldre som bor i uegnede

<sup>189</sup> Husbanken. (2021, september). Renter. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/rente/>

boliger i dag, eldre som vil gjøre forebyggende tiltak og vil gi flere valgmuligheter for eldre som vil flytte til en mer tilgjengelig bolig.

#### **6.1.3.9.4 Sentrale funn i evalueringer**

*Ingen relevante evalueringer av lån til oppgradering.*

#### **6.1.3.9.5 Sentrale fakta om lån til oppgradering av eksisterende bolig**

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 2412, post 90 Nye lån
<b>Bevilgning 2020</b>	487,9 mill. kroner
<b>Lån gitt i 2020</b>	Tilsagn: 487,9 mill. kroner Utbetalt: 30,9 mil kroner
<b>Antall tildelte lån 2020</b>	Tilsagn: 765 boliger Utbetalt: 23
<b>Antall avslag i 2020</b>	
<b>Formål/mål</b>	En mer energieffektiv og tilgjengelig boligmasse
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer som bor i bolig med vesentlig oppgraderingsbehov knyttet til energieffektivisering og tilgjengelighet
<b>Hvem kan innvilges lån</b>	Enkelpersoner og foretak
<b>Hva kan det gis lån til</b>	Energieffektivisering av yttertak eller yttervegger + oppgradering av tilgjengelighet (omfatter diverse konkrete tiltak, herunder heis, baderom, mv.)
<b>Hvordan fastsettes lånebeløpet</b>	Ved oppgradering kan belåningsgraden være på inntil 90 % av antatt eiendomsverdi etter oppgraderingen.
<b>Kan lånet kombineres med andre virkemidler?</b>	
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Lån til oppgradering har tredjeprioritet etter startlån og lån til utleieboliger

<b>Er ordningen evaluert?</b>	2017: Vista Analyse (2017) <sup>190</sup> Fra bostøtte til programarbeid: En evaluering av statens boligsosiale virkemidler ( <a href="#">Dokumenttittel (vista-analyse.no)</a> )
<b>Hjemmel</b>	Forskrift om lån fra Husbanken, kap. 2 <a href="#">Forskrift om lån fra Husbanken - Lovdata</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder for lån fra Husbanken</a> , § 2-5
<b>Opprettet</b>	2020.
<b>Sist endret</b>	2020, Tidligere del av grunnlån

---

<sup>190</sup> Ekhaugen mfl. (2017). *Fra bostøtte til programarbeid: En evaluering av statens boligsosiale virkemidler. Vista Analyse. Rapport nummer 2017/20.*

### 6.1.3.10 Startlån

Startlån skal bidra til at personer med langvarige boligfinansieringsproblemer kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den. Husbanken overfører startlånrammer til kommunene ([basert på innmeldt behov i Behovsmeldingen](#)). Kommunen forvalter ordningen og behandler alle søknader om startlån fra sine innbyggere. Barnefamilier og utviklingshemmede er prioriterte målgrupper, men eldre som bor i en uegnet bolig og som ikke på egenhånd klarer å skaffe en egnet bolig kan også gjennom ordningen få finansieringsbistand til kjøp av mer egnet bolig eller tilpasning av nåværende bolig.

#### 6.1.3.10.1 Bruken av virkemiddelet

Tabell 6-11 Startlån totalt (2016 - 2020)

	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Beløp utbetalt (1 000 kr)	6 830 031	8 446 281	9 257 658	10 464 909	11 867 471	46 866 350
Beløp utbetalt (67 år+)	191 715	174 258	210 719	232 602	197 087	1 006 381
Antall tilsagn husstunder	6 920	6 882	6 889	7 240	7 054	34 985
Antall tilsagn husstunder (67 år+)	272	255	258	291	227	1 303
Antall avslag husstunder (67 år+)	224	191	197	209	231	1 052

Fra 2014 var ikke unge i etableringsfasen lenger en del av målgruppen og ordningen ble rettet mot varig vanskeligstilte (med barnefamilier med høyest prioritet). Etter dette har antallet husstunder som har mottatt startlån ligget på omtrent samme nivå per år, men gjennomsnittlig lånebeløp har økt. Den store forskjellen er at kommunene gir større startlån per sak nå enn tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av økte boligpriser og redusert samfinansiering med vanlige banker. Dette har medført en økning på ca. 5 mrd. kroner i startlånbruk de siste fem årene. Husstunder med personer over 67 år mottar kun en svært liten del av den totale rammen for startlån. Denne målgruppen utgjorde 3,7 prosent av de som har fått startlån de siste fem årene.

Tabell 6-12 Startlån, husstunder med person(er) 67 år+ til tilpasning/utbedring (2016 - 2020)

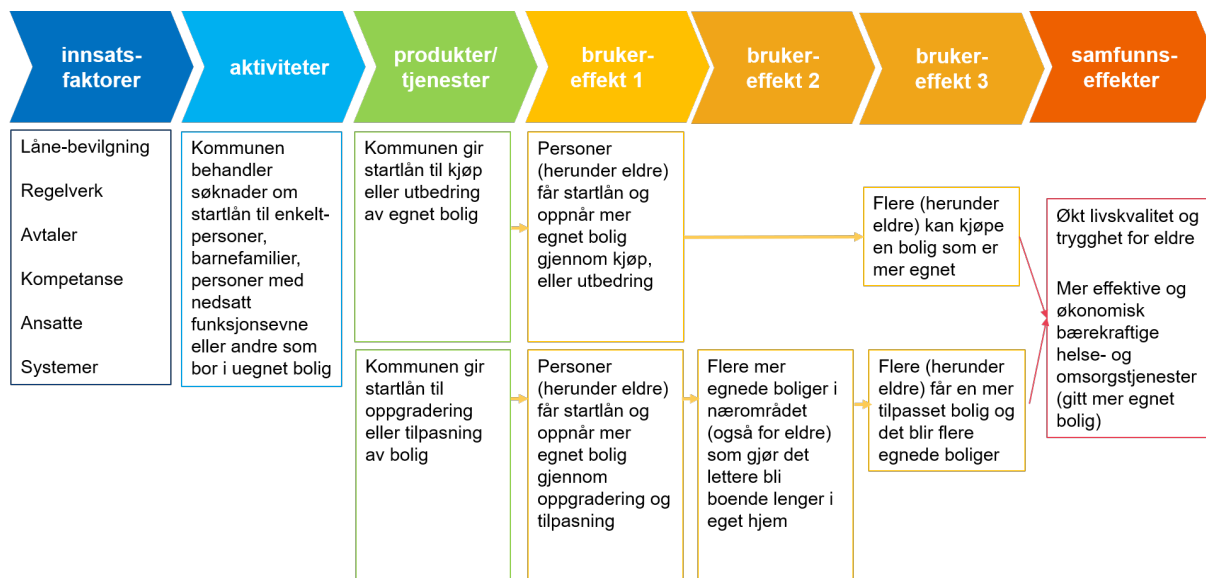
	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt/gj.snitt
Beløp utbetalt (1000 kr)	10 549	15 948	10 972	11 516	3 691	52 676
Antall tilsagn	61	58	45	51	41	256
Antall avslag	104	75	60	55	47	341
Gjennomsnittlig startlån utbetalt	172 943	274 971	243 839	225 822	210 696	225 654

Når en ser på startlån som er gitt til eldre som vil tilpasse eller utbedre boligen utgjør dette en liten andel av startlånene som er gitt. Av de i underkant av 47 mrd. som er gitt i startlån de siste fem årene er 52,7 mill. gitt til eldre som vil gjøre tiltak for å bedre tilgjengeligheten i egen bolig.

#### 6.1.3.10.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. Kommunen bruker innsatsfaktorer (lånebevilgning, regelverk, ansattes kompetanse og ulike systemer mv.) inn i ulike aktiviteter (søknadsbehandling, veiledning og oppfølging) – som i dette tilfellet resulterer i vedtak eller avslag på søknad om startlån til ulike formål til søkere i kommunene.

Den direkte og tilsiktede effekten av ordningen er i første omgang at personer som får startlån kan skaffe seg og beholde en egnet bolig. Dersom den som mottar startlån er eldre, vil den direkte effekten innebære at eldre kan bli boende i eget hjem lenger. Dersom den som mottar startlån ikke er i gruppen eldre, men beholder boligen utover i livsløpet, vil ordningen indirekte og på sikt bidra til at flere eldre kan bli boende i egen bolig lenger. Videre kan dette bidra til økt livskvalitet og trygghet for eldre. Det vil også kunne gi en mer effektiv utførelse og bruk av helsetjenester som tilbys i hjemmet. Dette vil i sin tur kunne innebære mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, blant annet gjennom et mindre behov for tilbud av heldøgns omsorgsplasser.



Figur 6-12 Resultatkjede – startlån

**Insentiver** i ordningen bygger blant annet på at startlån har samme fradrag fra basisrenten som lån fra Husbanken har. De fleste kommuner beregner et påslag på 0,25 prosentpoeng på husbankrenten til dekning av omkostninger og administrasjon. Lånet kan gis avdragsfritt i opptil åtte år med fastrente inntil 20 år og inntil 50 års nedbetalingstid, noe som gir større økonomisk handlingsrom enn ordinære lån. Kommunen kan gi startlån på inntil 100 prosent av boligverdi eller kjøpesum tillagt omkostninger og eventuelle utbedringer tilsvarende økt boligverdi.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**. Eksempelvis vil låneordningens effektivitet når det gjelder å påvirke Eldres mulighet for å bli boende lenger i eget hjem avhenge av blant annet:

- i hvilken grad det er midler til ordningen jf. at barnefamilier og utviklingshemmede prioriteres innenfor lånerammen
- i hvilken grad de som tilbys startlån bruker dette til finansiering av tiltak som bedrer tilgjengelighet og bo-egne for eldre med funksjonsnedsettelse, jf. at det ikke er krav til hvor store tiltakene skal være eller til utformingen av boligen som finansieres med startlån, noe som gir større fleksibilitet til å finansiere ulike tiltak enn det for eksempel lån til boligkvalitet har.
- i hvilken grad eldre og pårørende har tilstrekkelig kapasitet eller får tilstrekkelig veiledning fra kommunen til å kunne styre økonomien og organisere og gjennomføre tiltakene

- i hvilken grad eldre som har behov for tilpasninger, har en økonomi som innebærer at de ikke kvalifiserer for ordningen
- i hvilken grad eldre i målgruppen ikke ønsker å pådra seg gjeld/har en forventning til kommunene om å stille med nødvendige tjenester

#### **6.1.3.10.3 Startlånets relevans for Eldres boligsituasjon og tjenestebehov**

Selv om eldre er en gruppe som i hovedsak har god økonomi er det mange eldre som har økonomi gjør det vanskelig å gjøre strategiske boligvalg, eksempelvis for minstepensjonister. De har en økonomi som gir for høy risiko for ordinære kredittinstitusjoner knyttet til inntekt (betjeningsrisiko) og boligens verdi (panterisiko). Dette er spesielt relevant i distriktene. Startlån kan være et effektivt virkemiddel for at eldre med dårlig økonomi kan gjøre strategiske valg når det gjelder egen bostituasjon, både for å tilpasse nåværende bolig eller flytte til en bolig som er egnet for alderdommen. Handlingsrommet som ligger i ordningen med inntil 50 års nedbetalingstid og inntil 20 års fastrente gir også flere eldre med dårlig økonomi, som minstepensjonister, en mulighet for å kunne gjøre større investeringer for å skaffe egen bolig.

#### **6.1.3.10.4 Sentrale funn i evalueringer**

Det er ikke gjennomført noen evalueringer som kan brukes til å vurdere startlånet sin relevans for Eldres boligsituasjon og tjenestebehov.

#### **6.1.3.10.5 Sentrale fakta om startlån**

<b>Ansvarlig departement</b>	KMD
<b>Forvalter</b>	Husbanken
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap. 2412, post 90 Nye lån
<b>Bevilgning 2020</b>	Husbanken disponerte totalt en låneramme på 21 mrd. i 2020. Lånerammen ble økt med 5 milliarder, fra 16 til 21 milliarder, som del av tiltakene mot virkningene av koronapandemien.
<b>Lån gitt i 2020</b>	Startlån har høyest prioritet innenfor lånerammen og Husbanken innvilget 13,2 mrd. kroner til disposisjon for kommunene til videre utlån
<b>Antall tildelte lån 2020</b>	Kommunen gav 7 038 startlån
<b>Antall avslag i 2020</b>	22 746
<b>Formål/mål</b>	Startlån skal bidra til at personer med langvarige boligfinansieringsproblemer kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer med langvarige boligfinansieringsproblemer. <a href="#">Utfyllende liste finnes på Husbanken sine nettsider.</a>
<b>Hvem kan innvilges lån</b>	Lån gis til kommuner for videre utlån til enkeltpersoner (kun privatpersoner/husstander)

<b>Hva kan det gis lån til</b>	Kjøp av bolig, utbedre eller tilpasse bolig, oppføre ny bolig eller refinansiere dyre lån. Startlån kan gis til nødvendig utbedring og tilpasning, men ikke til generell oppussing.
<b>Hvordan fastsettes lånebeløpet</b>	Avhenger av inntekter, utgifter og prisen på en nøktern og egnet bolig i aktuelt boområde.
<b>Kan lånet kombineres med andre virkemidler?</b>	Kan kombineres med eventuelle kommunale tilskudd til tilpasning eller etablering. Bostøtte kan brukes for å delbetjene lånet.
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Startlån er et prioritert formål innenfor lånerammen. Barnefamilier og utviklingshemmede er prioritert innenfor startlån.
<b>Er ordningen evaluert?</b>	Ja; NIBR. (2015). <sup>191</sup> Kommunenes startlånspraksis – analyser av praksisinnretning og tildelingsprofil basert på startlånsordningen.
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">Forskrift om lån fra Husbanken</a> , kap. 5
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder for lån fra Husbanken</a> , Kapittel 5. Startlån
<b>Opprettet</b>	2003; erstattet tidligere ordning med kjøpslån
<b>Sist endret</b>	2020 (endring; tiltaket gjelder ikke på Svalbard)

<sup>191</sup> Astrup, K., Monkerud, L. C., og Aarland. K. (2019). *Kommunenes startlånspraksis – analyser av praksisinnretning og tildelingsprofil basert på Startlånsundersøkelsen*. NIBR-rapport 2019:3.



### **6.1.3.11 Tilskudd (fra kommunen) til utredning og prosjektering**

Formålet med tilskuddsordningene er å få utredet og kartlagt muligheter og begrensninger som finnes når det gjelder tilpasning av boliger, og skal bidra til gode varige løsninger til nøkterne kostnader. Tilskudd til prosjektering kan gis til dekning av kostnader til faglig bistand til prosjektering, det vil si honorar til arkitekt eller annen fagkyndig og vil gi et godt kunnskapsgrunnlag for eldre og andre som vil tilpasse sin egen bolig for nåværende eller framtidig behov.

Ansvar for ordningen ble overført til kommunene i 2020 og det er nå opp til kommunene å sette av midler til ordningen og bestemme kriterier.

*Nedenfor beskrives ordningen slik Husbanken forvaltet den fram til den ble overført til kommunen og finansiert over rammebevilgningen. Vi er ikke kjent med om og hvordan midlene som nå inngår i rammebevilgningen i sin helhet forvaltes i kommunene etter denne omleggingen.*

#### **6.1.3.11.1 Bruken av virkemiddelet**

På grunn av at det nå er kommunene som saksbehandler søknadene om tilskudd til utredning og prosjektering er ikke eksakte tall tilgjengelig for 2020. Søknader om tilskudd til utredning og prosjektering behandles nå i kommunene i egne manuelle systemer. Husbanken har derfor ingen oversikt over bruken av midlene etter 2020. Det siste året da Husbanken forvaltet ordningen ble det gitt 9 mill. kroner til 333 husstander.

#### **6.1.3.11.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter**

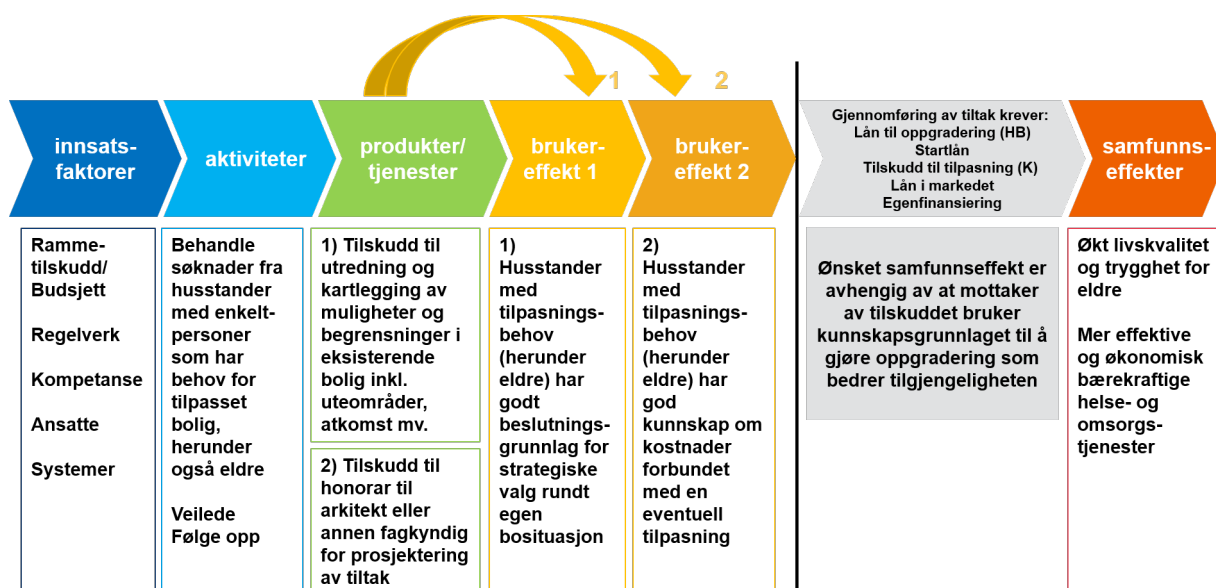
Resultatkjeden visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter for ordningen. Tilskudd til utredning og prosjektering inndelt i to trinn. I trinn 1 kan husstander hvor enkeltpersoner har behov for tilpasset bolig, herunder også eldre, søke tilskudd hos kommunen for (del)-finansiering av kostnader til kartlegging av muligheter og begrensninger i eksisterende bolig. Kartleggingen kan både omfatte tilgjengelighet inne i boligen, arealbehov, innredning og fungerende tilstand, og uteområde og adkomst, mv. I trinn 2 kan det søkes om tilskudd til (del)-finansiering av honorarer til arkitekt eller annen fagkyndig for prosjektering av aktuelle tiltak.

Det er opp til den enkelt kommune å vurdere om tilskudd skal gis og hvor stor tilskuddsutmålingen skal være. Tilskuddene kan være økonomisk behovsprøvd.

Den tilsiktede effekten av ordningen er at husstanden/tilskuddssøker opparbeider kunnskap som gir grunnlag for å kunne beslutte om tiltak skal gjennomføres, herunder innsikt i kostnad og finansieringsbehov knyttet til tiltaket.

Selve gjennomføringen av tiltaket støttes ikke innenfor denne ordningen. Tilskudd til utredning og prosjektering kan imidlertid kombineres med tilskudd til tilpasning dersom kommunen også tilbyr dette. Boligeier kan også søke Husbanken om lån til oppgradering, eventuelt finansiere tiltaket ved egne midler eller lån i det ordinære lånemarkedet.

Som vi ser vil tilskudd til utredning og prosjektering bare kunne påvirke eldres mulighet til å bli boende lenger i eget hjem dersom boligeier enten er villig til å bruke egne midler eller innvilges tilskudd eller lån fra Husbanken eventuelt lån i markedet. Dersom tiltak gjennomføres, kan dette føre til økt livskvalitet og trygghet for eldre. Dette vil også kunne føre til en mer effektiv utførelse og bruk av helsetjenester som tilbys i hjemmet og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, blant annet gjennom mindre behov for omsorgsboliger/sykehjemsplasser med heldøgns omsorg og – ved behov.



Figur 6-13 Resultatkjede - tilskudd fra kommunen til utredning og prosjektering

Ordningens **insentiver** er knyttet til at tilskuddet skal utløse vilje og evne hos boligeiere til å utrede og prosjektere tiltak som kan finne gode og varige løsninger tilpasset den enkelte sine behov ved nedsatt funksjonsevne, til nøkterne kostnader, og derigjennom på sikt øke tilgjengeligheten i kommunens boligmasse. Ordningen kan også bidra til mer økonomisk effektive løsninger og dermed redusere kostnaden knyttet til gjennomføringen av utbedringen/tilpasningen. For at profesjonell prosjekterings- og utredningshjelp skal gi gode og varige løsninger tilpasset den enkeltes behov og gi økt tilgjengelighet i boligmassen, må forslagene følges opp og føre til faktiske endringer i boligmassen.

Ordningen senker terskelen for å starte prosessen, ved at det gis tilskudd til kartlegging uten at en forplikter seg til prosjektering og / eller gjennomføring. Samtidig ligger insentivene til selve gjennomføringen av tiltakene utenfor ordningen, og er knyttet til muligheten for å oppnå ytterligere (del)-finansiering gjennom å søke kommunen om tilskudd til tilpasning, eventuelt søke Husbanken om inndekning gjennom lån til oppgradering. Dersom det ikke gis tilskudd til tilpasning eller lån til oppgradering, vil gjennomføringen avhenge av søkerens evne og vilje til å bruke egne midler, eventuelt søke lån i det ordinære markedet. Dette er markert med den stiplede linjen i figuren.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- Kommunen må tilby en slik ordning
- Eldre som ønsker å utrede muligheter for tilpasning må kjenne til ordningen
- Muligheten for å bli tildelt tilskudd til tilpasning og/eller startlån fra kommunen
- Muligheten for å bli tildelt lån til oppgradering fra Husbanken
- Søkerens økonomiske evne og vilje til å gjennomføre tiltak med egne midler, eventuelt låneopptak hos Husbanken eller i lånemarkedet for øvrig

### 6.1.3.11.3 Relevans for eldres boligsituasjon og tjenestebehov

Tilskuddet gir eldre et bedre beslutningsgrunnlag for å gjøre riktige strategiske valg rundt egen boligsituasjon.

#### 6.1.3.11.4 Sentrale funn i evalueringer

Oxford Research 2019; [Evaluering av tilskudd til utredning og prosjektering](#) har på oppdrag fra Husbanken evaluert ordningen med utredning og prosjektering.

Rapporten inneholder anbefalinger til kommunenes arbeid framover, og anbefalinger til Husbankens rolle. Blant annet framheves følgende:

- En bedre tilpasset boligmasse gjør arbeidet lettere for den kommunale hjemmetjenesten, og gjør at mennesker kan bli boende hjemme lenger, noe som i neste omgang reduserer behovet for institusjonsplasser. Arbeidet med å tilpasse boligen for innbyggerne kan dermed gi store besparelser for kommunene.
- Det viktigste for innbyggerne er ikke det økonomiske aspektet ved tilskuddet, men veiledningen og prosessbistanden fra kommunen i arbeidet med å utrede og prosjektere tilpasninger i egen bolig.
- Det er viktig at kommunene setter av tid og ressurser til å bistå innbyggerne i rollen som byggherre.
- En forutsetning for at tilskuddsordninger benyttes av den tiltenkte målgruppen, er at det gjøres kjent blant potensielle brukere. Ergoterapeutene er gjennom den direkte brukerkontakten en meget viktig kanal for å gjøre tilskuddet kjent. Noen kommuner har markedsført tilskudd til utredning og prosjektering i lokalaviser, slik at en når en bredere målgruppe som ikke nødvendigvis er i kontakt med kommunens ergoterapeuter. Noen kommuner har også uttrykt ambisjoner om å kartlegge innbyggernes tilretteleggingsbehov.
- Omleggingen av ordningen i 2020 er en mulighet for kommunene til å definere hvordan de vil jobbe med utredning, prosjektering og tilpassing av boliger framover. Oxford Research anbefaler at kommunene lar seg inspirere av statens veileder til utredningsinstruksen, og gjør en behovskartlegging som danner utgangspunktet for en prioritering, valg av organisering, og forvaltning av kommunens virkemidler på feltet.

#### 6.1.3.11.5 Sentrale fakta om tilskudd (fra kommunen) til utredning og prosjektering

<b>Ansvarlig departement/forvalter</b>	Kommuner (ikke alle), Husbanken fram til 1.1.2020
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Gitt over rammetilskuddet til kommunene
<b>Bevilgning 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Antall avslag i 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Formål/mål</b>	Få utredet og kartlagt muligheter og begrensninger som finnes når det gjelder tilpassing av boliger og skal bidra til gode varige løsninger til nøkterne kostnader
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Husstander med enkeltpersoner som har behov for tilpasset bolig
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Personer med behov for tilpasset bostad, herunder eldre som trenger å tilpasse boligen for å kunne bli boende hjemme

<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Utredning, kartlegging og dekning av kostnader til faglig bistand til prosjektering, det vil si honorar til arkitekt eller annen fagkyndig
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Det er opp til den enkelte kommune å vurdere om tilskudd skal gis og hvor stor tilskuddsutmålingen skal være. Tilskuddet kan være behovsprøvd.
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Tilskudd kan kombineres med tilskudd til tilpasning
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Føringer er gitt i forskrift. Kommunene står fritt til å sette kriterier for tildelings og prioritering.
<b>Er ordningen evaluert?</b>	Oxford Research 2019; <a href="#">Evaluering av tilskudd til utredning og prosjektering<sup>192</sup></a>
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">§ 15.Tilskot til tilpassing av bustad for personar med behov for tilpassa bustad</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Veileder tilskudd til utredning og prosjektering</a> <a href="#">Oppsummering - Tilskudd fra kommunen</a>
<b>Opprettet</b>	Fra 2020 ble tilskuddet innlemmet i rammetilskuddet til kommunene.
<b>Sist endret</b>	

<sup>192</sup> Stiberg-Jamt mfl. (2019). *Evaluering av tilskudd til utredning og prosjektering*. Oxford Research.

### 6.1.3.12 Tilskudd (fra kommunen) til tilpasning av bolig

Tilskudd til tilpasning av bolig går til enkeltpersoner med behov for tilpasning av bolig for å bli boende hjemme. Ansvaret for ordningen ble overført til kommunene i 2020 og det er nå opp til kommunene å sette av midler til ordningen og bestemme kriterier.

Tilskuddet kan kombineres med startlån, lån til livsløpsbolig eller lån til oppgradering for å gi fullfinansiering av tilpasningstiltaket. For å utrede muligheter og begrensninger i bolig og uteområdet og planlegge selve tiltaket kan kommunene også tilby tilskudd til utredning og prosjektering.

*Nedenfor beskrives ordningen slik Husbanken forvaltet den fram til den ble overført til kommunen og finansiert over rammebevilgningen. Vi er ikke kjent med om og hvordan midlene som nå inngår i rammebevilgningen forvaltes i kommunene etter denne omleggingen.*

#### 6.1.3.12.1 Bruken av virkemiddelet

*Tabell 6-13 Tilskudd til tilpasning (tilsagn gitt 2016-2020)*

	2016	2017	2018	2019	2020
Tilskudd totalt (1 000 kr)	100 048	95 747	96 078	95 952	54 920
Tilskudd 67+	15 511	16 668	14 716	14 002	5 677
Saker totalt	1 176	966	896	889	453
Saker 67+	291	269	255	227	89

Fra 2016 til 2019 var totalt tilskudd på ca. det samme nivået, mens det for 2020 hadde en kraftig reduksjon. For 2020 er det tall fra det som er rapportert inn gjennom saksbehandlingssystemet Startskudd som er tilgjengelig. Alle kommunene er pliktet til å bruke denne saksbehandlingsløsningen for startlån og det er lagt til rette for å også saksbehandle tilskudd til tilpasning i Startskudd. Kommunene står likevel fritt til å bruke egne tilleggsystem til å saksbehandle tilpasningstilskuddet. Noen kommuner kan derfor ha brukt tilskudd uten at det har blitt rapportert inn.

Ser en på totalt bruk av virkemiddelet i 2020 så er det en nedadgående trend som viser at færre kommuner bruker tilskuddet, selv om ikke alle kommunene skulle bruke Startskudd. Dette kan ha med at koronasituasjonen har satt utbedringsprosjekter på vent eller at rammefinansieringen medfører at tilskudd til tilpasning nedprioriteres til fordel for andre formål.

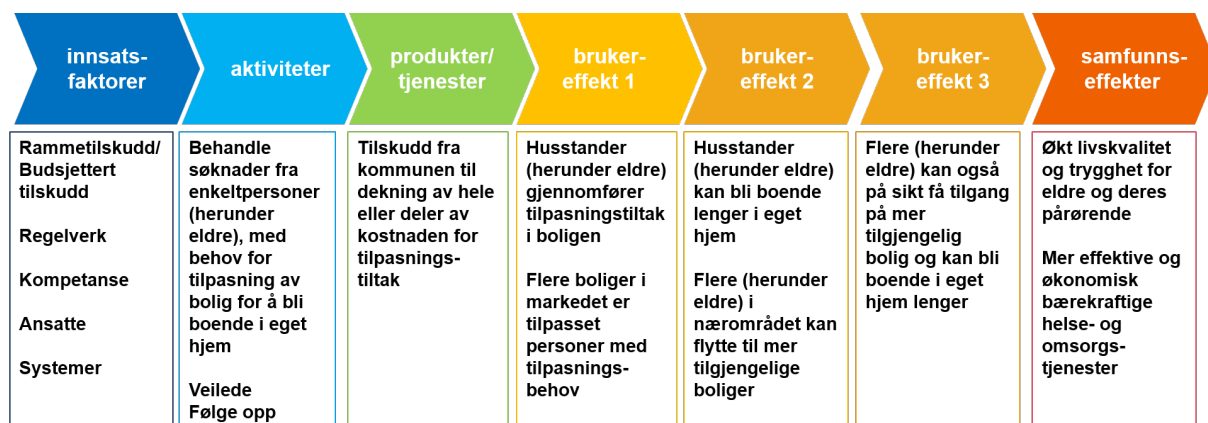
#### 6.1.3.12.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Nedenfor beskriver vi virkningsmekanismene og intenderte effekter for ordningen.

*Produktet/tjenesten* som tilbys fra kommunens side er i dette tilfellet tilskudd til enkeltpersoner, herunder eldre, til (del)-finansiering av kostnaden for gjennomføring av tilpasningstiltak i boligen.

Den direkte og tilsiktede *effekten* av ordningen er i første omgang at personer med tilpasningsbehov som mottar tilskudd *gjennomfører* tilpasningstiltak i egen bolig. Dette fører igjen til at tilskuddsmottakeren kan bli boende lenger i eget hjem. Tilpasning av boliger vil medføre at det finnes flere boliger i kommunen som er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse som krever tilpasningsbehov, herunder også eldre. Dette vil i neste omgang kunne innebære at flere eldre kan bli boende lenger i eget hjem.

Fra et samfunnsperspektiv vil dette i sin tur kunne innebære økt livskvalitet og trygghet for eldre og deres pårørende, samt mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester gjennom økt selvstendighet og mindre behov for tjenester fra kommunen. Dette igjen påvirker kapasitet og drift innenfor kommunenes boligsosiale arbeid og omsorgssektor. I tillegg vil økt tilgjengelighet gjøre det lettere å utføre tjenester i hjemmet når det er nødvendig.



Figur 6-14 Resultatkjede - tilskudd fra kommunen til tilpasning av bolig

Ordningens **insentiver** er knyttet til at tilskuddet skal utløse vilje og evne hos boligeiere med tilpasningsbehov til selv å gjennomføre tiltak som gjør det mulig å bli boende lenger i eget hjem selv med en funksjonsnedsettelse.

Forutsatt at kommunen har avsatt midler til det, kan ordningen kombineres med tilskudd til utredning og prosjektering, slik at beslutningsgrunnlag og kostnadskalkyler er kjent på forhånd.

Insentivene til selve gjennomføringen av tiltakene ligger i muligheten for delfinansiering gjennom tilskudd, i kombinasjon med muligheten for å søke startlån fra kommunen og eventuelt tilskudd til oppgradering fra Husbanken til gunstigere betingelser enn det som kan oppnås ved låneopptak i markedet.

Det er kommunen som avgjør om og hvordan tilskudd fastsettes, og størrelsen på tilskuddet vil avhenge av tilgjengelige midler i kommunen, samt hvilke kriterier kommunen setter for ordningen.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- Muligheten for å bli tildelt tilskudd til utredning og prosjektering fra kommunen
- Muligheten for å bli tildelt lån til oppgradering fra Husbanken eller startlån fra kommunen
- Søkerens økonomiske evne og vilje til å gjennomføre tiltak med egne midler, eventuelt låneopptak hos Husbanken eller i lånemarkedet for øvrig
- At tilpasningen som gjøres er av et omfang som muliggjør at søkeren kan bli boende i eget hjem lenger
- At tilskuddet er av en slik størrelse at det gir tilstrekkelig insentiv til å gjøre de nødvendige tilpasningene for å kunne bli boende hjemme på lenger sikt
- At kommunen har satt av midler til ordningen i budsjettet.
- At ordningen er kjent – herunder at kommunene formidler finansieringsmulighetene gjennom tilskuddet (og andre ordninger) i sine kanaler og hos førstelinjetjenestene, som ergoterapeutene.
- At eldre og pårørende har tilstrekkelig kapasitet eller eventuelt får tilstrekkelig veiledning fra kommunen til å kunne organisere og gjennomføre tiltakene.

### **6.1.3.12.3 Relevans for Eldres Boligsituasjon og Tjenestebehov**

Eldre med nedsatt funksjonsevne er en viktig målgruppe for ordningen. Den skal gi eldre et større insentiv til å ta ansvar for egen boligsituasjon og gjøre nødvendige tilpasninger for kunne bli boende hjemme lenger. Det vil kunne ha en utløsende effekt for at eldre som bor i uegnet bolig gjør tilpasninger for nåværende behov eller som forebyggende for framtidige behov (Proba 2014) noe som vil øke selvstendigheten og vil kunne redusere behov for helse- og omsorgstjenester nå og utsette ytterligere behov for slike tjenester.

Tilskuddet kan dekke deler eller hele kostnaden for et tilpasningstiltak og vil gjøre det mulig for eldre med dårlig økonomi og finansiere nødvendige tiltak i eget hjem. Det vil redusere terskelen for å gjennomføre en slik tilpasning.

Tilskuddet kan kombineres med startlån eller lån til oppgradering for å gi fullfinansiering av tilpasningstiltaket. For å planlegge tiltaket kan kommunene også tilby tilskudd til utredning og prosjektering.

### **6.1.3.12.4 Sentrale funn i evalueringer**

Proba samfunnsanalyse har på oppdrag fra Husbanken evaluert tilskudd til tilpasning i bolig.<sup>193</sup> Evalueringen er gjennomført i tidsrommet juni – november 2014.

- En god forvaltning av ordningen er avhengig av godt samarbeid mellom relevante instanser, særlig mellom boligkontor og ergoterapitjenesten. Her er det stor variasjon mellom kommunene.
- Brukerne har mange praktiske barrierer for å kunne gjennomføre tilpasninger og kommuner som har god praksis for å redusere disse har en bedre bruk av tilskuddet.

### **6.1.3.12.5 Sentrale fakta om tilskudd (fra kommunen) til tilpasning av bolig**

<b>Ansvarlig departement/forvalter</b>	Kommuner (ikke alle), Husbanken fram til 1.1.2020
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Gitt over rammetilskuddet til kommunene
<b>Bevilgning 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Vi har ikke oversikt kommunenes bruk av ordningen etter at den ble innlemmet i rammetilskuddet.
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Antall avslag i 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Formål/mål</b>	Tilskudd til tilpasning av bolig skal bidra til at personer med spesielle behov får tilpasset boligen
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Husstander, enkeltpersoner og eldre med nedsatt funksjonsevne som har behov for å tilpasse boligen sin for å kunne bli boende i boligen over tid
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Enkeltpersoner med behov for tilrettelagt bolig når tilpasningsbehovet er av varig karakter

<sup>193</sup> Becken, L.E. (2014). *Evaluering av tilskudd til tilpasning*. Proba-rapport nr 2014-14

<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Tilpasning av egen eller leid bolig inkl. uteområder. Enkle tiltak, større ombygginger, og finansiering av profesjonell prosjekterings- og utredningshjelp
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Størrelsen på tilskuddet kommer an på tilgjengelige midler i kommunen, samt en helhetsvurdering av økonomi, behov og muligheter for støtte fra andre offentlige støtteordninger
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Tilskudd kan kombineres med startlån.  Tilskudd kan kombineres med lån fra Husbanken til oppgradering.
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	
<b>Er ordningen evaluert?</b>	PROBA (2014) <a href="#">Evaluering av tilskudd til tilpasning</a> <sup>194</sup>
<b>Hjemmel</b>	Lov om bustøtte og kommunale bustadtilskot, <a href="#">§ 15.Tilskot til tilpassing av bustad for personar med behov for tilpassa bustad</a>
<b>Veileder</b>	Veileder for kommunale saksbehandlere;  <a href="#">veileder for tilskudd til tilpasning</a>  For søker:  <a href="#">Oppsummering - Tilskudd fra kommunen</a>
<b>Opprettet</b>	Fra 2020 ble tilskuddet innlemmet i rammetilskuddet til kommunene
<b>Sist endret</b>	

<sup>194</sup> Becken, L.E. (2014). *Evaluering av tilskudd til tilpasning*. Proba-rapport nr 2014-14.



### 6.1.3.13 Tilskudd (fra kommunen) til etablering

Tilskudd til etablering skal bidra til at vanskeligstilte skal kunne etablere seg i og beholde egen bolig. Tilskuddet kan gis til personer med varig lav inntekt og kan gå til kjøp av ny bolig, utbedring av egen bolig eller refinansiering. Ansvaret for tilskuddene ble overført fra Husbanken til kommunene og innlemmet i rammetilskuddet til kommunene fra 2020.

*Nedenfor beskrives ordningen slik Husbanken forvaltet den fram til den ble overført til kommunen og finansiert over rammebevilgningen. Vi er ikke kjent med om og hvordan midlene som nå inngår i rammebevilgningen forvaltes i kommunene etter denne omleggingen.*

#### 6.1.3.13.1 Bruken av virkemiddelet

*Tabell 6-14 Tilskudd til etablering (tilsagn gitt 2016-2020)*

	2016	2017	2018	2019	2020
Tilskudd totalt	387 417	393 254	407 683	476 053	360 483
Tilskudd 67+	8 631	7 816	7 226	8 141	5 900
Saker totalt	1 495	1 574	1 655	1 819	1 411
Saker 67+	44	42	48	43	34

Tilskuddet har hatt en jevnt oppadgående bruk fra 2016 til 2019, med en nedgang i 2020. Som for tilskudd til tilpasning kan det ha med både overgang til nye saksbehandlingssystem og at tilskuddet nå må konkurrere med andre formål som blir gitt over kommunenes rammetilskudd. Tilskuddet er lite brukt av eldre med 5,9 mill. brukt i den siste fem års perioden. Det er i tråd med føringene for tilskuddet siden det skal brukes til etablering i egen egnet bolig.

#### 6.1.3.13.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen. Tilskudd til etablering gis til vanskeligstilte på boligmarkedet og skal brukes til kjøp, oppføring, refinansiering eller utbedring av bolig. Vanskeligstilte kan både omfatte barnefamilier med behov for å stabilisere bosituasjonen, flyktninger, personer med nedsatt funksjonsevne. Personer med langvarige økonomiske problemer skal prioriteres.

Den direkte og tilsiktede effekten av ordningen er i første omgang at vanskeligstilte personer som får tilskudd, herunder både de som er yngre og eldre når de mottar tilskuddet, kan etablere seg og bli boende i egen bolig. Dette vil på sikt, etter hvert som tilskuddsmottakeren eldes, også kunne innebære at flere vanskeligstilte eldre kan bli boende lenger i eget hjem. Samfunnsmessig vil effekten kunne være økt livskvalitet og trygghet, både for eldre og deres pårørende.



Figur 6-15 Resultatkjede - tilskudd fra kommunen til etablering i egen bolig

**Insentiver** for den enkelte ligger i at tilskuddet kan muliggjøre en bedret bosituasjonen for vanskeligstilte, herunder at tilskuddet i kombinasjon med eventuelt startlån fra kommunen gjør det mulig å etablere seg i egen bolig og bo lengre hjemme.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**. Eksempelvis vil ordningens effektivitet når det gjelder å påvirke Eldres mulighet for å bli boende lenger i eget hjem avhenge av blant annet:

- i hvilken grad kommunen har avsatt midler til ordningen
- i hvilken grad tilskuddsmottaker som har behov for egenfinansiering i tillegg til tilskudd, også gis tilbud om startlån
- i hvilken grad de som tilbys tilskudd til etablering bruker dette til finansiering av tiltak som bedrer tilgjengelighet og bo-egne for eldre med funksjonsnedsettelse
- om boligen som skaffes er egnet for eldre med funksjonsnedsettelse
- om tilskuddet er av en slik størrelsesorden at det gir tilstrekkelig insentiv til å gjøre strategiske valg for å bedre boligsituasjonen
- om kommunene formidler finansieringsmulighetene gjennom tilskuddet (og andre ordninger) i sine kanaler og hos førstelinjetjenestene, som ergoterapeutene

#### 6.1.3.13.3 Relevans for Eldres boligsituasjon og tjenestebehov

Tilskuddsordningen er ikke målrettet mot eldre, men tilskuddet kan sammen med startlån bidra til å skaffe eldre en mer tilgjengelig og egnet bolig ved flytting til ny bolig eller mindre tiltak i egen bolig. Tallene viser at dette skjer i veldig liten grad. Det er heller ikke noen føringer for ordningen at boligen skal være egnet til at eldre skal bli boende hjemme lenger i boligen som tilskuddet er tilknyttet.

#### 6.1.3.13.4 Sentrale funn i evalueringer

Det er ikke gjennomført evalueringer for ordningen som har direkte relevans for Eldres boligsituasjon og tjenestebehov.

#### 6.1.3.13.5 Sentrale fakta om tilskudd (fra kommunen) til etablering

Ansvarlig departement/forvalter

Kommuner (ikke alle)

<b>Finansiering (kap./post)</b>	Innlemmet i rammetilskuddet til kommunene (fra 2020)
<b>Bevilgning 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Tilskudd gitt i 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Antall avslag i 2020</b>	Kommunene saksbehandler. Ingen tilgjengelige tall.
<b>Formål/mål</b>	Tilskudd til etablering skal bidra til at vanskeligstilte skal kunne etablere seg i og beholde egen bolig
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Vanskeligstilte på boligmarkedet
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Personer med lav inntekt som ikke klarer å etablere seg i egen bolig og vanskeligstilte som har behov for en bedre tilpasset bustad.
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Kommunen kan etter søknad gi tilskudd til å finansiere bolig for vanskeligstilte på boligmarkedet gjennom <ul style="list-style-type: none"> <li>- å kjøpe, føre opp eller refinansiere egen bolig</li> <li>å utbedre en nyinnkjøpt bruktbolig</li> </ul>
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Den enkelte kommune må vurdere om tilskudd skal gis og hvor stort tilskuddet skal være.
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Tilskudd kan kombineres med startlån. Kommunen vurderer om søker kan få tilskudd gjennom søknaden for startlån.
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Personer med langvarige økonomiske problem skal prioriteres
<b>Er ordningen evaluert?</b>	
<b>Hjemmel</b>	<a href="#">§ 14.Tilskott til etablering i eigen bustad for vanskelegstilte på bustadmarknaden</a>
<b>Veileder</b>	<a href="#">Oppsummering - Tilskudd fra kommunen</a> Egen veileder for kommunale saksbehandlere: <a href="#">tilskudd til etablering</a>
<b>Opprettet</b>	Ansvaret for tilskuddet ble overført fra Husbanken til kommunene 2020
<b>Sist endret</b>	Ansvaret for tilskuddet ble overført fra Husbanken til kommunene 2020

### **6.1.3.14 Teknologier for trygghet og mestring – tilskudd til kommuner til spredning av velferdsteknologi**

Teknologi for trygghet og mestring er en av flere prosjekter innenfor Nasjonalt velferdsteknologiprogram som ble etablert i 2013. Programmet ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologiske løsninger.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen og det gis midler til å spre velferdsteknologiske løsninger til kommuner, for å bidra til spredning av velferdsteknologi. Spredningsarbeidet er basert på erfaringene fra 31 kommuner, utviklingskommuner, som deltok i en utprøvningsfase for å utvikle kunnskap, verktøy, kompetansepakker og erfaringer med ulike tjenestemodeller fra 2013-2016. Satsingen på teknologier for trygghet og mestring er nå i en sprednings- og innføringsfase.

Typiske tiltak det gis tilskudd til er frikjøp av prosjektledere for å kunne fungere som en pådriver lokalt, samling av ressurspersoner i nettverk og prosessveiledning av de som skal jobbe med innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Tilskuddet tildeles av statsforvalter, i nært samarbeid med Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Helsedirektoratet opplyser at tiltakene har effekt.

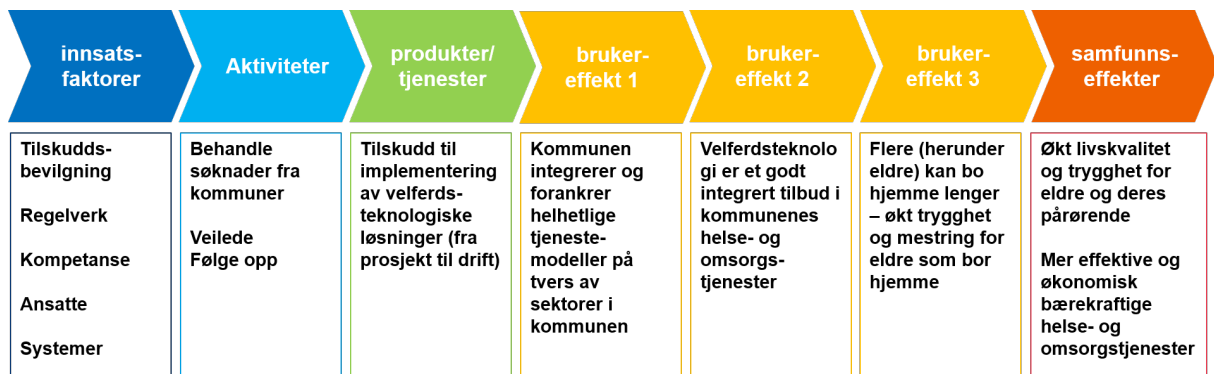
#### **6.1.3.14.1 Bruken av ordningen**

Om lag 71 prosent av landets kommuner har implementert velferdsteknologi på minst ett av de anbefalte områdene og tilbyr dette på lik linje med andre tjenester. 92 prosent av befolkningen bor i disse kommunene. Medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn er teknologier som tilbys i de fleste kommuner.

#### **6.1.3.14.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter:**

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen. Med innsatsfaktorer som tilskuddsbevilgning, regelverk, kompetanse, ansatte og systemer behandler statsforvalteren, i nært samarbeid med Helsedirektoratet, søknader fra kommuner til implementering av velferdsteknologiske løsninger, samt veileder og oppfølging. Dette resulterer i produkter/tjenester i form av tilskudd til velferdsteknologiske løsninger fra prosjekt til drift.

Produktene/tjenestene som Helsedirektoratet tilbyr er tenkt å utløse brukereffekter for kommunene, i første instans, og videre brukereffekter for mottakere av helse- og omsorgstjenester gjennom kommunen. Den direkte brukereffekten er at kommunene integrerer og forankrer helhetlige tjenestemodeller på tvers av sektorer og fagområder i kommunen. Videre er det forventet at dette fører til at velferdsteknologi inngår som et godt integrert tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Et integrert tilbud av velferdsteknologi kan for eksempel bety at kommunen tilbyr medisineringsstøtte, lokasjonsteknologi og digitalt tilsyn. Dette vil igjen skape økt trygghet og mestring for brukerne, som kan gjøre eldre i stand til å bo hjemme lenger. Hvis tilskuddsordningen bidrar til brukereffektene som er beskrevet vil dette kunne gi en samfunns effekt i form av økt livskvalitet og trygghet for eldre og deres pårørende. Som igjen kan bidra til mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.



Figur 6-16 Resultatkjede - Teknologier for trygghet og mestring – tilskudd til kommuner til spredning av velferdsteknologi

**Insentiver** i ordningen er at tilskuddet skal muliggjøre frikjøp av prosjektledere, samling av ressurspersoner i nettverk og prosessveiledning mv. og på den måten bidra til å spre velferdsteknologiske løsninger. Gjennom kommunesamarbeid og en foregangskommune i hvert fylke kan erfaring og kunnskap utvikles og videreformidles.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes negativt av **eksterne faktorer**, som eksempelvis:

- Feil bruk av velferdsteknologi
- Umoden teknologi
- Manglende infrastruktur og kompetanse
- Problemer med overgang fra prosjekt til drift

#### 6.1.3.14.3 Relevans for Eldres Boligsituasjon:

Tjenester gjennom velferdsteknologi som medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn gir eldre økt trygghet og mestring og kan gjøre de i stand til å bo hjemme lenger.

#### 6.1.3.14.4 Sentrale funn i eventuelle evalueringer:

Spart tid, unngåtte kostnader for det offentlige og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte er gevinster som trekkes fram i forbindelse med velferdsteknologi.<sup>195</sup> Gevinstene vil variere i de ulike kommunene og avhenger av hvilke typer tjenester som tilbys. 304 kommuner har per 1.1. 2021 deltatt eller deltar i programmet.

#### 6.1.3.14.5 Sentrale fakta om teknologier for trygghet og mestring – tilskudd til kommuner til spredning av velferdsteknologi

Ansvarlig departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Forvalter	Helsedirektoratet i samarbeid med statsforvalterne
Finansiering (kap./post)	Kap. 761. Post 68.
Bevilgning 2020	20,7 mill. kroner.
Totalt utbetalt 2020	20,7 mill. kroner.

<sup>195</sup> Helsedirektoratet. (2021). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.*

Antall tildelte tilskudd 2020	53 samarbeidsprosjekter (totalt 292 kommuner). Flere fikk kun delvis innvilgelse.
Antall avslag på søknad om tilskudd 2020	3 prosjekter fikk avslag
Formål/mål	å spre velferdsteknologiske løsninger basert på erfaringene fra utviklingskommunene og implementere velferdsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten.
Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for	Brukere og tilbydere av helse- og omsorgstjenester i kommunene.
Hvem kan tildeles tilskudd	Kommuner
Hva kan det gis tilskudd til	Implementering av velferdsteknologi/frikjøp av prosjektledere
Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet	Statsforvalter og velferdsteknologiprogram vurderer søknader sammen og gjør en skjønnsmessig vurdering med utgangspunkt i forventet måloppnåelse
Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?	Ja - kombineres med andre tiltak som finansieres over kap. 761, post 21
Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer	
Er ordningen evaluert?	Helsedirektoratets gevinstrapporter, <sup>196</sup> samt NSE sin evaluering av velferdsteknologiprogrammets virkemidler. <sup>197</sup>
Hjemmel	
Veileder	
Opprettet	
Sist endret	

<sup>196</sup> Helsedirektoratet (2017). Gevinstrealiseringsrapporter – Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>

<sup>197</sup>Brevik, E. (2019). *Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Nasjonalt senter for e-helseforskning 07-2019.

### **6.1.3.15 Teknologier for trygghet og mestring – tiltak inkl. råd og veiledning av kommuner**

Teknologi for trygghet og mestring er en av flere prosjekter innenfor Nasjonalt velferdsteknologiprogram som ble etablert i 2013. Programmet ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologiske løsninger.

Ordningen med råd og veiledning av kommuner brukes til å stimulere implementeringen av velferdsteknologi i kommunene, og sikre at arbeidet gir varige effekter også når tilskuddsmidlene er brukt opp. Konkrete elementer i ordningen er kompetansetiltak i kommunene, nettverksarbeid, prosessveiledning, faglige råd, velferdsteknologiens ABC, kvikk-guider og prosjektledersamlinger.

#### **6.1.3.15.1 Bruken av ordningen**

Ordningen har primært vært brukt til å innføre velferdsteknologi som en «måte å tenke på i kommunene» Når en bruker har behov som helse- og omsorgstjenesten skal bistå dem i, så skal det være innarbeidet at man undersøker om velferdsteknologi kan være aktuelt og hensiktsmessig. De mest anvendte velferdsteknologiene i kommunene er digitale trygghetsalarmer, elektroniske medisindispensere, digitalt tilsyn og lokaliseringsteknologier. Disse teknologiene er ikke eksklusive for den eldre aldersgruppen, men statistikk viser at over halvparten av brukerne er over 67 år gamle.<sup>198</sup>

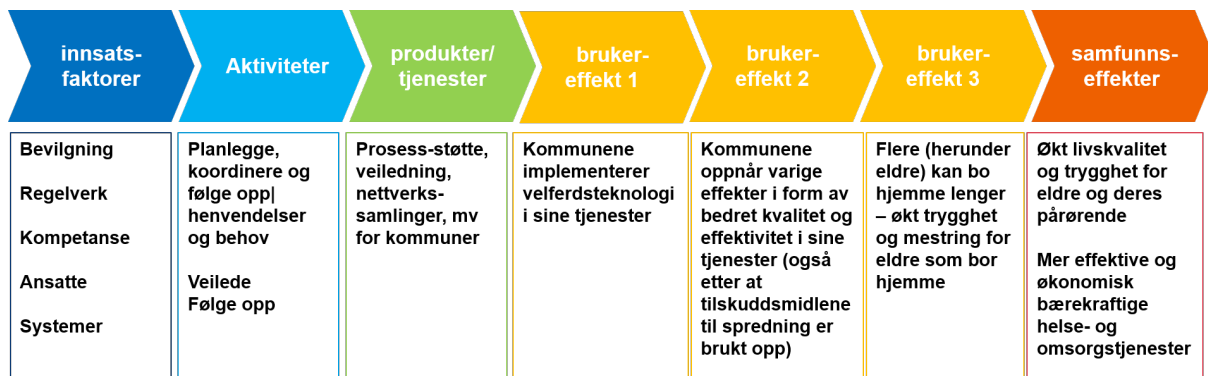
#### **6.1.3.15.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter**

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen. Gjennom innsatsfaktorer som regelverk, kompetanse, ansatte og systemer kan Helsedirektoratet planlegge, koordinere, veilede og følge opp henvendelser og behov hos kommuner. Produktet/tjenesten som Helsedirektoratet tilbyr gjennom bevilgningen består av prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner. Disse produktene/tjenestene skal resultere i brukereffekter hos kommunene.

I første omgang skal tjenestene fra Helsedirektoratet stimulere til at kommunene tar steget og implementerer velferdsteknologi. Videre skal produkter og tjenester i form av nettverk, veiledning og samlinger bidra til at implementeringen gir varige og positive effekter for kvalitet og effektivitet i tjenestene som kommunen tilbyr også når tilskuddsmidlene er brukt opp. Brukereffektene kan i sin tur resultere i en samfunns effekt i form av økt livskvalitet og trygghet for eldre og deres pårørende, samt mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

---

<sup>198</sup>Helsedirektoratet (2021). Helse- og omsorgstjenester (IPLOS) i KPR. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>



Figur 6-17 Resultatkjede - Teknologier for trygghet og mestring – tiltak inkl. råd og veiledning av kommuner

**Insentiver** i ordningen er at Helsedirektoratets tilstedeværelse og veiledning av kommunene bidrar til varige effekter, også når tilskuddsmidlene er brukt opp, jf. midlene under kapittel 761, post 68 beskrevet over. Gjennom prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner stimuleres implementeringen av velferdsteknologi i kommunene.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- Feil bruk av velferdsteknologi
- Umoden teknologi
- Manglende infrastruktur og kompetanse

#### 6.1.3.15.3 Relevans for eldres boligsituasjon:

Trygghets- og mestringsteknologier spesielt og velferdsteknologi generelt kan øke grad av selvhjulpenhet, trygghet og mestring hos eldre. Det kan gjøre slik at eldre kan bo hjemme lengre og at fysiske reiser til og fra helse- og omsorgstjenestene reduseres.

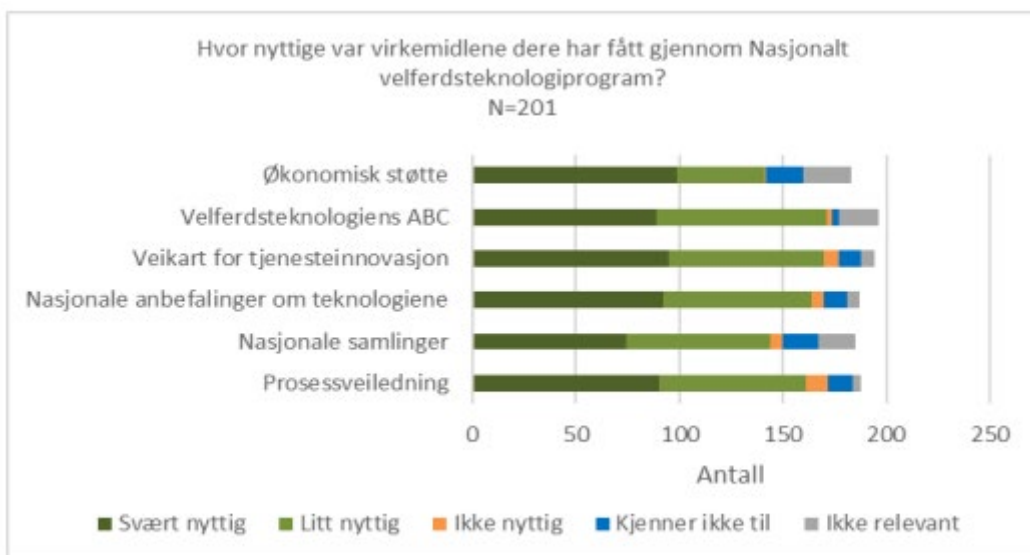
#### 6.1.3.15.4 Sentrale funn i eventuelle evalueringer:

Gevinstrapportene viser at velferdsteknologi gir bruker økt trygghet og mestringsfølelse. I tillegg kan det ved riktig bruk gi gevinster i form av spart tid og unngåtte kostnader i kommunene.

Nasjonalt senter for e-helseforskning gjorde i samarbeid med SINTEF Digital en spørreundersøkelse rettet mot kommunene som hadde fått støtte av Velferdsteknologiprogrammet i perioden 2016-2019<sup>199</sup>. Når det gjelder nytteeffekten av de forskjellige virkemidlene, svarte kommunene i stor grad at de syns alle virkemidlene er svært nyttige eller litt nyttige, som vist i figuren under.

<sup>199</sup>Breivik, E., og Rotvold, G.H., (2019). *Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Nasjonalt senter for e-helseforskning 07-2019.





Figur 6-18 Kommunens oppfatning av hvor nyttige virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram er.

#### 6.1.3.15.5 Sentrale fakta om teknologier for trygghet og mestring – tiltak inkl. råd og veiledning av kommuner

Ansvarlig departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Forvalter	Helsedirektoratet
Finansiering (kap./post)	Kap. 761. Post 21 og Kap. 769. Post 70
Bevilgning 2020	18,3 + 2 mill. kroner.
Totalt utbetalt 2020	18,3 + 2 mill. kroner.
Antall tildelte tilskudd 2020	Ikke tilskudd - inngår i Helsedirektoratets veiledning, oppfølging og tilrettelegging overfor kommunene
Antall avslag på søknad om tilskudd 2020	
Formål/mål	Velferdsteknologi innen trygghet og mestring skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020.
Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for	Brukere av helse- og omsorgstjenester samt selve tjenestene.
Hvem kan tildeles tilskudd	Ordningen tildeles ikke som tilskudd
Hva kan det gis tilskudd til	
Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet	
Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?	Ja
Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer	
Er ordningen evaluert?	Helsedirektoratets gevinstrapporter, <sup>200</sup> samt NSE sin evaluering av velferdsteknologiprogrammets virkemidler. <sup>201</sup>
Hjemmel	

<sup>200</sup> Helsedirektoratet (2017). Gevinstrealiseringsrapporter – Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>

<sup>201</sup>Brevik, E. (2019). *Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Nasjonalt senter for e-helseforskning 07-2019.

Veileder
Opprettet
Sist endret

### 6.1.3.16 Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver

Tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver har som mål å utvikle kommunale modeller som bidrar til å bedre pårørendes situasjon og å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver.

I 2019 ble det utlyst 9 millioner kroner gjennom tilskuddsordningen. Tilskudd kan bare tildeles til kommuner.

Endelig målgruppe (sluttbruker) er pårørende uavhengig av pasientens/brukerens alder og årsaken til omsorgsbehovet, det vil si foreldre til barn med særlige behov og andre pårørende til yngre eller eldre pasienter/brukere med omsorgsbehov. Barn som er pårørende til foreldre eller søsken er også inkludert som målgruppe.

#### 6.1.3.16.1 Bruken av virkemiddelet

I 2019 mottok Helsedirektoratet 50 søknader og innvilget 25 av disse helt eller delvis. Omtrent ¼ av prosjektene som fikk innvilget penger handlet om pårørende innenfor eldreomsorgen, dvs. om lag 2-3 mill. kroner av tilskuddsmidlene har gått til denne målgruppen.

#### 6.1.3.16.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer virkningsmekanismer og intenderte effekter av ordningen. Som det framgår vil Helsedirektoratets produkter/tjenester være vedtak om tilskudd til kommuner. I første instans skjer brukereffekten ved at kommunen bruker midlene til å utvikle veilednings- og avlastningstjenester for pårørende. Dette kan igjen bidra til at pårørende opplever anerkjennelse, føler seg tryggere i rollen, og at pårørende får nødvendig avlastning. I neste ledd kan dette bidra til at pårørende unngår egne helseplager. Dette vil igjen kunne innebære at personer med krevende omsorgsbehov, herunder også eldre, vil kunne bli boende i eget hjem lenger. Ved at kommunen blir bedre i stand til å forebygge, forberede og støtte pårørende kan dette gi en samfunns effekt i form økt livskvalitet og trygghet for eldre og deres pårørende. Videre kan det bidra til mer effektive økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.



Figur 6-19 Resultatkjede - Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver

**Insentivet** i ordningen er at kommunen tilføres ressurser gjennom tilskudd til å utvikle samarbeidet med og støtten til pårørende. Pårørende er en viktig ressurs for pasienten/brukeren. Insentivet bak ordningen er derfor også at kommuner som utvikler modeller som gir støtte til pårørende i form av veiledning og avlastning også kan oppnå mer bærekraftige tjenester og sparte utgifter på sikt.

Kommuner som omstiller seg i tråd med eldrereformen «Leve hele livet» skal prioriteres i flere tilskuddsordninger, inkludert «Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver». Dette innebærer at kommuner som har politisk vedtak om gjennomføring av reformen lokalt eller kan dokumentere at de er i prosess fram mot et vedtak, vil prioriteres.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer**:

Hvis tilskuddet skal føre til måloppnåelse fordrer det at kommunens samarbeid med og støtte til pårørende faktisk utgjør en forskjell. Det må skje en endring i tilbudet til de pårørende, og de pårørende må oppleve at det bedrer deres situasjon. Videre forutsetter det at pårørende som føler seg bedre ivaretatt gjennom veilednings- og avlastningstjenester faktisk leder til bedre ivaretagelse av pårørende-rollen og dermed også en bedre situasjon både for den pleietrengende, pårørende.

#### **6.1.3.16.3 Relevans for eldres boligsituasjon og tjenestebehov**

Målgruppen til tilskuddet er pårørende til pasienter uavhengig av alder og årsak til omsorgsbehovet. Eldre er dermed en av flere målgrupper. Eldre har ulike årsaker til omsorgsbehov. Ordningen kan være særlig relevant for eldre med demens. Eldre med demens er ofte avhengig av ektefelle/partner/andre pårørende for å bli boende hjemme. Hvis pårørende føler seg bedre ivaretatt og beholder egen helse og overskudd til å yte omsorg for sin ektefelle, kan det medvirke til at eldre blir boende lenger hjemme og at institusjonsopphold utsettes.

#### **6.1.3.16.4 Sentrale funn i evalueringer**

Det er ikke spilt inn sentrale funn i evalueringer knyttet til ordningen.

#### **6.1.3.16.5 Sentrale fakta om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver**

<b>Ansvarlig departement</b>	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Forvalter</b>	Helsedirektoratet
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Kap.761. Post 21/79
<b>Bevilgning 2020</b>	9 mill. kroner, hvorav 2-3 mill. kroner gjelder eldre
<b>Tilskudd utbetalt 2020</b>	-
<b>Antall tildelte tilskudd 2019</b>	25 kommuner fikk innvilget tilskudd helt eller delvis. ¼ av disse gjaldt eldreomsorg
<b>Antall avslag i 2020</b>	25 søknader fikk ikke innvilget tilskudd
<b>Formål/mål</b>	Bidra til å utvikle kommunale modeller for å bedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Pårørende uavhengig av pasientens/brukerens alder og årsaken til omsorgsbehovet.
<b>Hvem kan tildeles tilskudd</b>	Kommuner
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Å utvikle samarbeidet med pårørende og støtten til pårørende. Tilskuddet dekker en prosjektleder i kommunen.
<b>Hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Tildeling av tilskudd avgjøres ved en skjønnsmessig vurdering.
<b>Kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	

<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	Kommuner som omstiller seg i tråd med eldrereformen «Leve hele livet» skal prioriteres i flere tilskuddsordninger, inkludert «Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver». Kommuner som har politisk vedtak om gjennomføring av reformen lokalt eller kan dokumentere at de er i prosess fram mot et vedtak, skal prioriteres.
<b>Evalueringer av ordningen</b>	
<b>Hjemmel</b>	
<b>Veileder</b>	<a href="#">Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver</a>
<b>Opprettet</b>	
<b>Sist endret</b>	

### 6.1.3.17 Bolighjelpemidler

Personer med varig og vesentlig nedsatt funksjonsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte kan få stønad til tilpasning og hjelpemidler fra folketrygden (jf. folketrygdloven §§ 10-6 og 10-7) for å bli mer selvhjulpne og i stand til å bli boende hjemme. Hjelpemidlet må være nødvendig og hensiktsmessig for å bedre brukers funksjonsevne i dagliglivet eller for å bli pleiet i hjemmet.

I denne sammenheng defineres bolighjelpemidler som hjelpemidler fastmontert i bolig. Dette omfatter blant annet stønad til innredning og tilpasning av fastmonterte hjelpemidler i boligen herunder, døråpnere og annen omgivelseskontroll, ramper og trappeheiser, toalett med dusj- og tørkefunksjon, samt heve- og senkemekanisme til kjøkkeninnredning og bad. Det stilles ikke krav om spesifikke diagnoser for å få stønad, og alle aldersgrupper er i målgruppen for slik stønad.

Mange eldre har også behov mer avanserte bolighjelpemidler. Dette er hjelpemidler hvor utredning av behov, veiledning og oppfølging er mer kompetansekrevene, og hvor den kommunale hjelpemiddelformidlingen i dag er avhengig av bistand fra hjelpemiddelsentralene.

Hjelpemidler som er vanlige også for funksjonsfriske dekkes ikke. Folketrygden dekker heller ikke bygningsmessige endringer (eksempelvis fjerning av terskler, utvidelse av døråpning og skjulte forsterkninger i vegger og tak).

Hjelpemidlene gir en midlertidig tilrettelegging av boligen for å møte behovene til den enkelte. Hjelpemidlene er folketrygdens eiendom og skal returneres når bruker ikke lenger har behov for dem. Folketrygden kan dekke montering og demontering av hjelpemidlene, samt enkel utbedring etter demontering av hjelpemidler. Bruker betaler ingenting for å få låne hjelpemidlene.

#### 6.1.3.17.1 Bruken av ordningen med bolighjelpemidler

Utgiftene til innkjøp av hjelpemidler totalt som formidles av hjelpemiddelsentralene for 2021 ligger på i overkant av 3,5 mrd. kroner. Utgiftene til bolighjelpemidler utgjør en relativt stor andel av dette.

Tabellene under viser utlånsverdien av en del hjelpemiddelgrupper som hovedsakelig er fastmontert i bolig, og andelen av utlån som går til personer over 67 år, for de siste tre hele årene. Hjelpemidlene er sortert grovt, og gir ikke noen fullstendig oversikt over alt som er fastmontert.

Utlånsverdi<sup>202</sup> er regnet i 2021-kroner, og inkludert mva. Alle hjelpemidlene er oppgitt i nyprisverdi, selv om det kan være gjenbrukte hjelpemidler.

Tabell 6-15 Utlånsverdier og andel brukere 67 år og eldre – hjelpemidler

Alle utlån			Brukere 67 år og over	
År	Omtrentlig utlånsverdi	Antall personer	Andel brukere pr år 67 år og eldre	Antall personer
<i>Løfteplattform, sjaktheis, trappeheis</i>				
2018	ca. 71,4 mill. kr	1 682	75,1 prosent	1 263
2019	ca. 69,0 mill. kr	1 685	78,1 prosent	1 316
2020	ca. 72,8 mill. kr	1 804	79,4 prosent	1 433
<i>Stasjonære ramper, rekkverk, terskeleliminatorer m.v.</i>				
2018	ca. 14,6 mill. kr	3 139	79,8 prosent	2 504
2019	ca. 10,1 mill. kr	3 059	79,3 prosent	2 425

<sup>202</sup> Dersom det trengs mer detaljert informasjon på et senere tidspunkt, har NAV opplyst at det er mulig å ta ut mer detaljert statistikk.

2020	ca. 10,8 mill. kr	3 305	79,5 prosent	2 628
<i>Automatisk dør- og vinduskontroll</i>				
2018	ca. 22,5 mill. kr	1 293	59,3 prosent	767
2019	ca. 23,2 mill. kr	1 251	60,6 prosent	758
2020	ca. 22,9 mill. kr	1 185	61,5 prosent	729
<i>Omgivelseskontroll (automatikk til dører, vinduer og gardiner, porttelefoner, låsutstyr og fjernstyringssystemer).</i>				
2018	ca. 8,8 mill. kr	1 708	57,2 prosent	977
2019	ca. 8,6 mill. kr	1 690	57,9 prosent	979
2020	ca. 7,7 mill. kr	1 580	56,6 prosent	895
<i>Stasjonær personløfter</i>				
2018	ca. 10,0 mill. kr	646	29,6 prosent	191
2019	ca. 9,4 mill. kr	612	28,9 prosent	177
2020	ca. 9,2 mill. kr.	657	28,6 prosent	188
<i>Fastmontert alarm- og varslingssystem*</i>				
2018	ca. 12,9 mill. kr	3 734	76,7 prosent	2 865
2019	ca. 14,3 mill. kr	3 486	73,4 prosent	2 560
2020	ca. 15,6 mill. kr	3 257	72,9 prosent	2 374
<i>Badekar</i>				
2018	ca. 5,1 mill. kr.	118	2,5 prosent	3
2019	ca. 5,9 mill. kr.	140	2,9 prosent	4
2020	ca. 4,4 mill. kr.	109	3,7 prosent	4

\*Denne kategorien hjelpemidler er vanskelig å avgrense. Utlån er delt opp i ulike element, som delvis er faste og delvis løse og flyttbare. Vi har tatt ut en del av de mobile enhetene. Tall for utlånsverdi blir likevel svært usikre.

Statistikken viser på flere produktgrupper en liten nedgang i utlån innen fastmonterte bolighjelpemidler de siste årene. En mulig forklaringsfaktor til dette er at en stor andel av mottakere av bolighjelpemidler er over 80 år. De siste årene har det samlet sett vært nedgang i tallet på personer i aldersgruppen over 80 år på grunn av relativt små fødselskull i årene etter 1930. Økningen i denne aldersgruppen vil først øke sterk fra og med 2025.

I tillegg til innkjøp av hjelpemidler som formidles av hjelpemiddelsentralen, påløper det også kostnader til montering og demontering av bolighjelpemidler, som dekkes over Hjelpemiddelsentralenes driftsbudsjett.

Tabellen nedenfor viser monterings- og demonteringskostnader for ulike typer av hjelpemidler de tre siste årene.

Tabell 6-16 Kostnader til montering og demontering av bolighjelpemidler

Monterings- og demonteringskostnader for ulike typer av hjelpemidler		2020	2019	2018
970109	Innstallering toalett, bad, vask	12,9 mill. kr	13,3 mill. kr	13,2 mill. kr
970118	Innstallering, senger, heiser, trappeheiser, toalett, løfteplattform, osv	30,7 mill. kr	36,3 mill. kr	38 mill. kr
970121	Innstallering varslingshjelpemidler	3,3 mill. kr	4,7 mill. kr	4,4 mill. kr
970124	Innstallering omgivelseskontroll*	8,8 mill. kr	1,7 mill. kr	0,3 mill. kr
970209	Demontering toalett, bad, vask	2,3 mill. kr	2,5 mill. kr	2,1 mill. kr

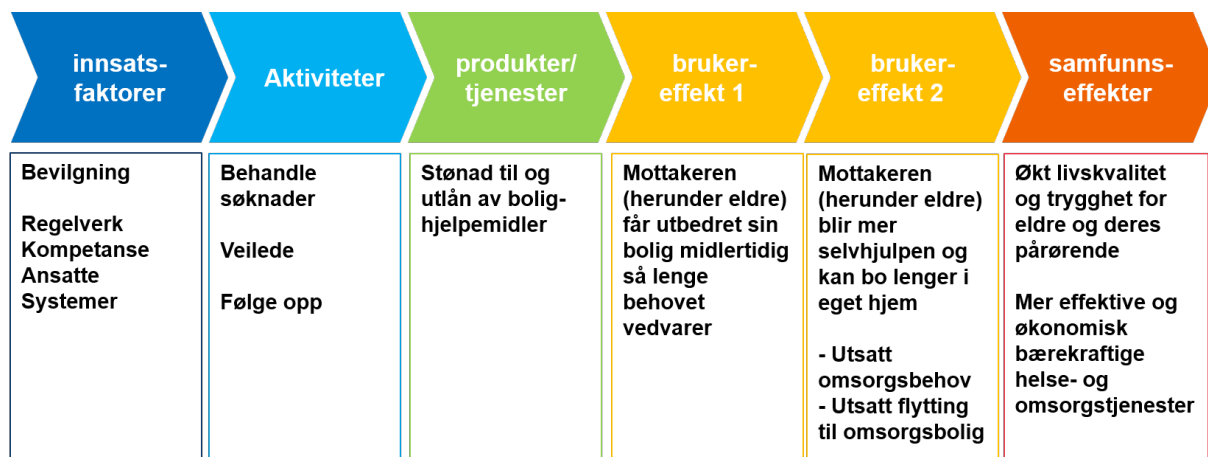
970218	Demontering senger, toalett, løfteplattform, osv	14, 2 mill. kr	14 mill. kr	14 mill. kr
970121	Demontering varslingshjelpemidler	0, 6 mill. kr	1, 7 mill. kr	1, 9 mill. kr
970224	Demontering omgivelseskontroll	2, 5 mill. kr	0, 7 mill. kr	0, 3 mill. kr
*Utviklingen på omgivelseskontroll skyldes kategoriendring av installasjonskostnadene høsten 2019 pga. ny rammeavtale, hvor utgiftene gikk fra 970118 til 970124. Kostnadene som er oppgitt er fakturerte priser eks. MVA.				

### 6.1.3.17.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter

Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. Hjelpemiddelsentralene tilbyr personer med varig og vesentlig nedsatt funksjonsevne produkter/tjenester i form av stønad til innredning og tilpasning av fastmonterte hjelpemidler i boligen. Hjelpemidlene gir en midlertidig tilrettelegging av boligen for å møte behovene til den enkelte og skal returneres når bruker ikke lenger har behov for dem.

Den direkte effekten av produkter/tjenester som tilbys, er at brukeren får tilrettelagt sin bolig.

En følge-effekt av dette er at brukeren blir mer selvhjulpen og derved kan bli boende i eget hjem på tross av funksjonsnedsettelse. Dette innebærer i neste omgang et utsatt omsorgsbehov og et utsatt behov for flytting til omsorgsbolig eller sykehjem. Når boligen er tilrettelagt på en god måte, kan tjenester i hjemmet utføres og brukes mer effektivt og med bedre kvalitet. Dette gir samlet sett samfunnsmessige effekter i form av økt livskvalitet og trygghet for eldre og deres pårørende og mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.



Figur 6-20 Resultatkjede - utlån av bolig hjelpemidler

**Insentiver** i ordningen:

Hjelpemidler som lånes ut via hjelpemiddelsentralene dekkes av folketrygden og er gratis for brukeren. Et viktig insentiv i ordningen er derfor at brukeren, uten tanke på kostnader, kan tilkjennegi behov og bli tildelt hjelpemidler som både kan kompensere for og forebygge forverring av funksjonsnedsettelse og skader.

Årsak- virkningsmekanismen kan på mange måter sies å være enkel å oppfylle ved montering av bolig hjelpemidler. Hjelpemidlene bidrar til økt funksjonsevne for de eldre, og til at det er mulig å bli boende i eget hjem til tross for funksjonsnedsettelsen.



Samtidig er det slik at installering av bolighjelpemidler bedrer situasjonen for den enkelte person der og da, men gir ingen varig løsning som kan komme andre beboere til gode på et senere tidspunkt. Det er kostbart å montere og demontere fastmonterte hjelpemidler.

Hjelpemidler lånes ut på grunnlag av individuelle behov og rettigheter, installeres og demonteres når beboer flytter eller faller fra. Regelverket åpner ikke for at flere brukere kan dra nytte av samme hjelpemidler. Dette er særlig et problem for omsorgsboliger, som defineres som private hjem og derfor faller inn under folketrygdens ansvar, og hvor nye beboere svært sannsynlig har bruk for mange av de samme hjelpemidlene som tidligere beboere.

I omsorgsboliger går skillelinjen mellom fellesareal og den enkeltes leilighet. Hjelpemidler innenfor leiligheten finansieres av folketrygden, mens hjelpemidler i fellesareal finansieres av kommunen.

Årsaks-virkningsmekanismene og virkemiddelets effektivitet kan imidlertid påvirkes av **eksterne faktorer**, eksempelvis:

- I henhold til folketrygdlovens bestemmelser skal NAV velge den rimeligste, hensiktsmessige løsningen som dekker *enkeltpersonens* behov. NAV kan derfor ikke gi stønad til fellesløsninger, slik som ordinær heis. Individuelle løsninger som innebærer tilrettelegging i fellesareal i hus med flere boenheter, vil ofte være lite funksjonelle for andre beboere i oppgangen.
- Hjelpemiddelløsninger er individuell og spesialtilpasset, og må demonteres når bruker flytter eller går bort. Når enkeltbrukers behov opphører, for eksempel for en trappeheis, påløper det kostnader for å fjerne trappeheisen og sette trappen tilbake til opprinnelig stand. Dette betyr i realiteten at hjelpemiddelet ikke brukes flere ganger, fordi det er spesialtilpasset brukerens hus.
- Ved noen installeringer av hjelpemidler oppstår det konflikter mot annet lovverk. Et eksempel er montering av trappeheis. Der hvor en slik løsning gir smalere rømningsvei enn det som er satt som krav i brannforskriften, må det søkes om dispensasjon. Mange kommuner gir ikke slik dispensasjon, noe som medfører at beboer ikke kan motta trappeheis til tross for sitt behov for dette.
- Når staten eier og monterer hjelpemidler kan det oppstå situasjoner hvor ansvarsforhold skaper gråsoner. Som et eksempel nevnes flerleilighetsbygg der det ofte er ulike instanser som er eiere av forskjellig utstyr som er koblet sammen. Borettslaget kan eie porttelefonene med låsefunksjon, folketrygden eier dørautomatikken og kommunen eier elektriske låser. Dersom skade på utstyret oppstår, er det ofte uklart hvem som har ansvar for å bekoste reparasjonen.

#### **6.1.3.17.3 Relevans for eldres boligsituasjon**

Bolighjelpemidler er viktige virkemidler for å bidra til at eldre får en bolig som er tilpasset egen funksjonsevne slik at de mestrer dagliglivets aktiviteter på best mulig måte. Virkemidlene bidrar til at deres behov for øvrige tjenester avtar og at de kan bli boende lenger i eget hjem.

### **6.1.3.18 Tilskudd til boligtilpasning i stedet for hjelpemiddel**

Siden juli 2015 kan det gis tilskudd til tilrettelegging av boligen som alternativ til trappeheis, løfteplattform og rampe. Ordningen er hjemlet i hjelpemiddelforskriften (FOR-1997-04-15-318) § 2-7. Bakgrunnen for ordningen er et ønske om å stimulere til økt andel tilgjengelige boliger.

Ordningen innebærer at NAV, for å unngå at det installeres midlertidige hjelpemiddelløsninger som trappeheis, løfteplattform og rampe, i stedet for utlån av bolighjelpemidler kan utbetale tilskudd til varig utbedring og tilrettelegging av boligen som tilsvarende kostnadene for det utlånte hjelpemiddelet. Tilskuddet fra NAV kan brukes til å få alle rom på ett plan og/eller endre inngangspartiet til boligen. Tilskuddet fra NAV kan inngå i en felles finansieringsplan sammen med midler fra Husbanken, kommunen og eventuelt privat finansiering. Det legges vekt på varige og universelle løsninger. Løsningen skal oppfylle krav til tilgjengelighet og brukbarhet etter gjeldende plan og bygningslov med tilhørende byggeteknisk forskrift.

Utbetaling av tilskudd i stedet for hjelpemidler kan gis til brukere som fyller vilkårene for å få trappeheis, løfteplattform eller rampe. Det er en forutsetning at trappeheis, løfteplattform eller rampe fra NAV ikke installeres. Tilskuddet skal ikke overstige hjelpemidlets kostnad, men bidra til varige løsninger og bedre tilrettelegging.

#### **6.1.3.18.1 Bruken av ordningen – tilskudd til boligtilpasning i stedet for hjelpemiddel**

Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at registrering og utbetaling i disse sakene gjøres på en slik måte at det ikke er mulig å ta ut statistikk, hverken på antall saker, alder på stønadsmottakere eller størrelsen på tilskuddsbeløp.

Riksrevisjonen gjorde i sin gjennomgang i 2018-2019 en analyse utfra manuelle registreringer, og tallene i tabell 6-17 under er hentet fra denne gjennomgangen.

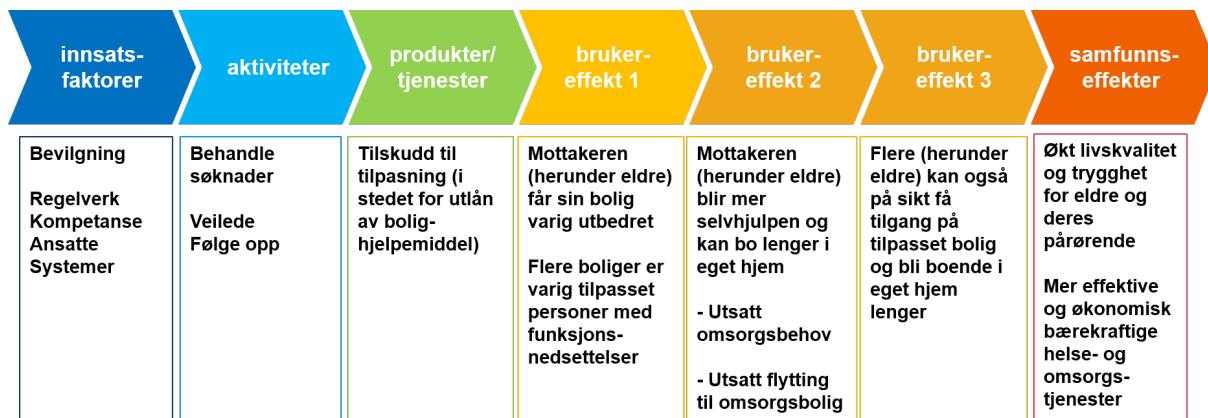
*Tabell 6-17 Antall saker med utbetaling av tilskudd i stedet for utlån av bolighjelpemiddel*

Antall saker med utbetaling av tilskudd i stedet for utlån av bolighjelpemiddel	
2014	176
2015	171
2016	190
2017	206
2018	169

#### **6.1.3.18.2 Virkningsmekanismer og intenderte effekter:**

Resultatkjeden nedenfor visualiserer intenderte effekter av ordningen. NAV kan gi tilskudd til utbedring av bolig, som et alternativ til bolighjelpemidler. Den direkte effekten av tilskuddet er at tilskuddsmottakeren får utbedret sin bolig slik at denne blir tilpasset. Tilpasningen skjer enten gjennom å tilrettelegge boligen slik at alle nødvendige funksjoner kommer på samme plan og/eller bidra til å utlikne høydeforskjell mellom bakkenivå og inngangsparti og på den måten gi varig tilrettelagt adkomst til boligen.

En følge-effekt av dette er at mottakeren blir mer selvhjulpen og bedrer egen funksjonsevne slik at dagliglivets aktiviteter kan mestres på best mulig måte. Dette innebærer også at behovet for øvrige tjenester avtar/utsettes og at mottakeren kan bli boende leger i eget hjem. Disse brukereffektene bidrar i sin tur til økt livskvalitet og trygghet for eldre og deres pårørende og mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester.



Figur 6-21 Resultatkjede - tilskudd til tilpasning i stedet for utlån

### Insentiver i ordningen:

Insentivet i ordningen er at tilskuddet skal utløse vilje og evne hos mottakeren til å gjøre endringer og tilpasninger som tilgjengeliggjør boligen *varig* for personer med nedsatt funksjonsevne.

Tilskuddets størrelse er fastsatt slik at det skal gi insitament til å velge en varig løsning. For tilskudd i stedet for trappeheis eller løfteplattform i sjakt mellom etasjer skal tilskuddsbeløpet tilsvare det hjelpemiddelløsningen ville ha kostet om den ble installert, ikke medregnet installasjonsutgifter. For tilskudd i stedet for rampe ved inngangsparti er det satt to maksimumssatser for tilskuddet avhengig av høydeforskjellen som skal utliknes, og tilskuddet skal ikke overstige den alternative løsningens konkrete kostnad.

Det er ikke et krav til egenbetaling, men det må ofte påregnes fordi ombygging av bolig erfaringsmessig ikke dekkes fullt ut av tilskuddet som gis av NAV og andre instanser. I saker der bruker ønsker å gå for en tilskuddsløsning, ser NAV ofte at boligeier ønsker en større oppgradering av boligen når en først er i gang med ombygging. For å oppnå fullfinansiering kan tilskuddet kombineres med tilskudd til tilpasning fra Husbanken og fra kommunen, samt tilskudd fra Husbanken til utredning og prosjektering.

I motsetning til utlån av bolig-hjelpemidler bidrar tilskuddet til varige løsninger som kan komme flere til gode på et senere tidspunkt.

Når det utbetales tilskudd, er det brukeren som har oppfølgingsansvaret for løsningen, eksempelvis service og reparasjon.

Årsaks-virkningsmekanismene i ordningen påvirkes av **eksterne faktorer** og årsaken til at bruken av tilskudd er begrenset, kan skyldes flere barrierer:

- Tilskuddsløsningen krever større innsats fra kommunen ved koordinering.
- Fordi NAV sitt tilskudd til boligutbedring ofte ikke dekker de faktiske utgiftene, er bruker avhengig av kommunens og Husbankens tilskuddsordninger for å få tiltaket fullfinansiert. Kommunenes og Husbankens ordninger er rammestyrte og behovsprøvde. I tillegg er det ulikt hvilken prioritering og fokus boligutbedring har i kommunen. Dersom NAVs tilskudd skal kombineres med andre tilskuddsordninger, er det derfor ikke gitt at bruker fyller vilkårene der, eller at det finnes ledige midler på rammen hos kommunen/Husbanken.
- Hjelpemidler på den andre siden finansieres over folketrygden, og fyller man visse kriterier, har man krav på hjelpemiddelet. Dette kan være en utfordring i boliger der det er et klart behov for heller å foreta bygningsmessige endringer enn å montere en løfteplattform og der kommunen ikke har mer midler igjen på sin ramme til tilpasningstilskudd. Resultatet kan da bli at en, på

grunn av et prekært behov, må installere et midlertidig hjelpemiddel selv om brukeren hadde vært bedre tjent med en varig tilrettelegging av boligen. En slik løsning er ofte mindre estetisk og kan virke stigmatiserende da ramper og løfteplattformer er veldig karakteristiske løsninger.

- Gjennomføring av tiltak stiller krav til egeninnsats og eventuell egenbetaling
- NAV erfarer at mange eldre har et kortsiktig perspektiv og har ikke ønske om å utbedre boligen til tross for at dette ville være den mest funksjonelle løsningen. I tillegg tar det lenger tid å utbedre boligen enn å få montert et hjelpemiddel. Midlertidige monteringer av hjelpemidler blir da løsningen for mange
- Eldre pleietrengende brukere i siste livsløpsfase og deres pårørende er mindre interessert i å gjøre endringer med boligen, da boligen ofte skal totalrenoveres eller selges når den pleietrengende har gått bort
- En varig utbedring av for eksempel inngangspartiet tar som regel lengre tid å få på plass enn en rampe dekket av folketrygden.
- Insentivene for beste løsning sett i et samfunnsmessig og langsiktig perspektiv, er svake.
  - o Valgmulighet for bruker, innebærer at innstallering av utlånt bolig hjelpemiddel oftest blir valgt, selv om det ofte ikke er den beste løsningen totalt sett.
  - o Folketrygden er innrettet slik at dersom man fyller vilkårene for hjelpemiddelet, kan ikke søknaden avslås med mindre løsningen for eksempel kommer i konflikt med plan og bygningsloven og dermed ikke er en hensiktsmessig/lovlig løsning.

#### **6.1.3.18.3 Relevans for eldres boligsituasjon**

Tilskudd til tilpassing av bolig i stedet for utlån av hjelpemidler gir mulighet for å tilpasse boligen gjennom tiltak som kan gjøres som alternativ til trappeheis, løfteplattform og rampe. Mange eldre har funksjonsnedsettelse som innebærer behov for en bolig som er tilpasset egen funksjonsevne slik at de mestrer dagliglivets aktiviteter på best mulig måte. Virkemidlene bidrar til at deres behov for øvrige tjenester avtar og at de kan bli boende lenger i eget hjem.

Tilskudd til boligtilpasning i stedet for hjelpemiddel gir varige og hensiktsmessige løsninger som også andre kan ha nytte av på et senere tidspunkt. Bruk av tilskudd bidrar til økt andel tilgjengelige boenheter. Varige installasjoner gir en samfunnsøkonomisk gevinst ved at gjentakende utgifter til montering og demontering av hjelpemidler unngås.

### 6.1.3.19 Øvrige enkle hjelpemidler i dagliglivet

Det finnes et stort spekter av hjelpemidler. *Hjelpemiddeldatabasen.no* viser alle typer produkter som kan være aktuelle som hjelpemidler, uavhengig av om disse kan gis via det offentlige eller om den enkelte må dekke utgiftene selv.

De vanligste hjelpemidlene til de over 80 år er hjelpemidler som kompenserer for aldersutløste behov. Dette er typisk enkle hjelpemidler til personlig stell og pleie som for eksempel toalettstoler, toalettforhøyere, bade- og dusjstoler og enkle hjelpemidler for personforflytning som for eksempel krykker og rullatorer. En stor andel av eldre mennesker benytter også hjelpemidler for å kompensere for nedsatt syn eller nedsatt hørsel, eller hjelpemidler som kompenserer for nedsatt hukommelse.

De som har behov for småhjelpemidler som er spesielt utviklet for personer med nedsatt funksjonsevne (eksempler er grepsforstørrelser, spesialbestikk, knappenepper, strømpepåtrekker) kan søke om et økonomisk tilskudd fra NAV. Tilskuddsordningen er ment å dekke de ekstra utgifter man har til rimelige tekniske hjelpemidler som ikke er en del av hjelpemiddelsentralens sortiment.

Følgende ordninger for hjelpemidler er ikke omtalt videre i denne rapporten:

- Aktivitetshjelpemidler til personer over 26 år med nedsatt funksjonsevne kan gis for at de skal kunne delta i fysisk aktivitet. Dette er en rammestyrte ordning.
- Andre virkemidler NAV forvalter som høreapparater og ortopediske hjelpemidler, bilstønadordningen, førerhund, servicehund, tolke- og ledsagertjenester for hørselshemmede/døve/døvblinde. Utgifter til dette kommer i tillegg til årlig utgift til innkjøp av hjelpemidler som formidles av hjelpemiddelsentralen og som ligger på 2,6 milliarder kroner.

#### 6.1.3.19.1 Bruk av ordningen

Det foreligger ikke enkelt tilgjengelig statistikk for dette hos NAV.

#### 6.1.3.19.2 Sentrale fakta om stønad til bolighjelpemidler, øvrige hjelpemidler og tilskudd i stedet for hjelpemidler

<b>Ansvarlig departement</b>	Arbeids- og sosialdepartementet
<b>Forvalter</b>	NAV/hjelpemiddelsentralene
<b>Finansiering (kap./post)</b>	Driftsbevilgningen til NAV: kap. 605, post 01. (tjenestekjøp: montering, demontering av hjelpemidler) Folketrygden: kap. 2661, post 75 (Hjelpemidler, tilskudd)
<b>Bevilgning 2020</b>	3,7 mrd. kroner (overslagsbevilgning). Utlån av bolighjelpemidler, tilskudd i stedet for utlån til bolighjelpemidler og øvrige hjelpemidler er kun en del av bevilgningen. I 2019 utgjorde hjelpemidler til husholdning og bolig 783 mill. kroner.
<b>Tilskudd utbetalt 2020</b>	Finnes ikke statistikk over tilskuddsbeløp.
<b>Antall tildelte tilskudd 2020</b>	Se statistikk over. Det er ikke innhentet tall fra 2020. Tallene har vært relativt stabile over tid.
<b>Antall avslag i 2020</b>	Ordningene er ikke rammestyrte, så det gis ikke avslag pga oppbrukt ramme. Alle som fyller vilkår, får stønad til hjelpemidler eller tilskudd. Det er ikke mulig å ta ut særskilt statistikk for eventuelle avslag kun for bolighjelpemidler eller

	tilskudd til boligtilpasning. Avslagsprosenten på hjelpemiddelområdet er generelt lav.
<b>Formål/mål</b>	Personer med varig og vesentlig nedsatt funksjonsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte kan få stønad til tilpasning og hjelpemidler fra folketrygden for å bli mer selvhjulpne og i stand til å bli boende hjemme.
<b>Målgruppe – hvem skal det skapes effekter for</b>	Personer med varig nedsatt funksjonsevne. Individrettet ordning.
<b>Hvem kan tildeles hjelpemidler eller tilskudd</b>	Alle personer med varig nedsatt funksjonsevne. Ingen avgrensinger i målgruppen utover dette, eks inntekt, type sykdom/skade. Gis ikke løsninger i forkant av et problem eller universelle løsninger.
<b>Hva kan det gis hjelpemidler til</b>	Det gis stønad til hjelpemiddel slik at målgruppen får løst praktiske problemer i dagliglivet eller for å kunne bli pleid i hjemmet
<b>Hva kan det gis tilskudd til</b>	Tilskuddet kan gis som alternativ til trappeheis, rampe eller løfteplattform, og brukes til å få alle rom på ett plan og/eller endre inngangspartiet til boligen.
<b>Ved tilskudd - hvordan fastsettes tilskuddsbeløpet</b>	Tilskuddet skal tilsvare det hjelpemiddelløsningen (eks trappeheisen) ville ha kostet om den ble installert, ikke medregnet installasjonsutgifter.  Der hvor tilskuddet erstatter innstallering av rampe er det satt to maksimumssatser for tilskuddet avhengig av høydeforskjellen som skal utliknes. Tilskudd i stedet for rampe skal ikke overstige den alternative løsningens konkrete kostnad.
<b>Ved tilskudd - kan tilskuddet kombineres med andre virkemidler?</b>	Tilskudd i stedet for hjelpemiddel kan kombineres med Husbankens, eventuelt kommunens virkemidler for tilpasning av bolig, inkludert Husbankens tilskudd til utredning og prosjektering.
<b>Eventuelle føringer om prioritering i budsjettproposisjon, tildelingsbrev eller retningslinjer</b>	<i>Ingen spesifikke føringer fra ASD på boligområdet.</i>
<b>Evalueringer av ordningen</b>	Ja, se <i>«Sentrale funn i eventuelle evalueringer»</i>
<b>Hjemmel</b>	Lov om folketrygd kapittel 10 med tilhørende forskrifter Stønad for å kompensere for utgifter til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet
<b>Veileder</b>	Rundskriv til § 10-7 Bokstavene a, c og d samt annet og tredje ledd Tilskudd i stedet for hjelpemiddel, jf. forskriftens § 2 sjuende ledd
<b>Opprettet</b>	I 1971 fikk folketrygdloven en paragraf som åpnet opp for å gi stønad til tiltak for å bedre medlemmets alminnelige funksjonsevne.  NAVs tilskuddsordning for boligtilpasning ble opprettet i 2015.
<b>Sist endret</b>	-

### **6.1.3.19.3 Sentrale funn i evalueringer av bolig hjelpemidler og tilskudd til boligtilpasning i stedet for hjelpemiddel:**

#### **Riksrevisjonens rapport 2019 «Rett hjelpemiddel til boligtilpasning for personer med nedsatt funksjonsevne»**

- Revisjonen har blant annet analysert utviklingen i utlån av hjelpemidler og bruken av tilskudd til ombygging, og undersøkt hvordan hjelpemiddelsentralene arbeider med saker om tilpasning av boligen. Revisjonen peker på flere forbedringspunkter. Et av tiltakene var å kalibrere vedtakspraksis knyttet til et konkret case som Riksrevisjonen la fram for saksbehandlerne. Et annet tiltak var å orientere bruker om muligheten til å framme søknad om bolig hjelpemiddel selv om løsningen ikke er hensiktsmessig eller anbefalt av rådgiver ved hjelpemiddelsentral, slik at brukers juridiske rettighet for å framme søknad og klage ivaretas. Et tredje tiltak var å tydeliggjøre interne rutiner ved hjelpemiddelsentralen slik at bruker ikke skal måtte legge ut for utgifter knyttet til tilskuddssaker.

#### **Ekspertutvalget 2017 «En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring»**

- Utvalgets flertall vurderte det mest hensiktsmessig at alle tiltak for fysisk tilrettelegging av boliger er samlet hos en og samme aktør, og foreslo en overføring av ansvar fra folketrygden til Husbanken på dette området. Ombygging, tilrettelegging og hjelpemidler som trenger fastmontering, bør etter flertallets vurdering i større grad finansieres gjennom tilskudd forvaltet av Husbanken. Det må foretas en nærmere utredning knyttet til grensdragningen mellom individuelle hjelpemidler og Husbankens/kommunens ansvar for tilrettelegging.
- Som det framgår av Prop. 1 S (2017–2018), delte regjeringen utvalgets vurderinger om at det var behov for å gjøre noen justeringer i dagens modell, og mente at det på bakgrunn av utvalgets rapport burde arbeides videre med sikte på å gjennomføre ansvarsendringer for tilrettelegging av bolig.
- I forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 15 S (2017–2018), fattet Stortinget 15. desember 2017 følgende anmodningsvedtak (vedtak nr. 318 for 2017–2018): «Stortinget ber regjeringen skrinlegge planene om å overføre ansvaret for hjelpemidler fra stat til kommune». I forbindelse med behandling av representantforslag 57 S (2017–2018), jf. Innst. 101 S (2017–2018), fattet Stortinget 30. januar følgende anmodningsvedtak (vedtak nr. 429 for 2017–2018): «Stortinget viser til Stortingets vedtak av 15. desember 2017 om å skrinlegge planene om å overføre ansvaret for hjelpemidler fra stat til kommune og ber regjeringen sørge for at de som har behov for hjelpemidler, sikres et helhetlig og likeverdig tilbud framover, herunder en utlånsordning slik som i dag».
- I Prop. 1 S (2018–2019) viste departementet til at regjeringen i Prop. 1 S (2017–2018) hadde varslet at det skulle gjøres en utredning av hvordan ansvaret for visse deler av hjelpemiddelforvaltningen kunne overføres fra stat til kommune, men at denne utredningen er stanset som følge av Stortingets to anmodningsvedtak og skrinlagt i denne omgang.

#### **Rambølls rapport 2016 «Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet»**

- Rapporten gir en samlet vurdering av innføring av tilskudd på hjelpemiddelområdet og identifiserer kjennetegn ved hjelpemidler som egner seg for bruk av tilskudd. Blant annet oppsummeres det med at faste installasjoner og/eller permanente løsninger i bolig egner seg til tilskuddordning i stedet for utlån. Disse typer hjelpemidler har store kostnader forbundet med montering og demontering.

**Deloitte (2014) «Hjelpemidler i omsorgsboliger; Bruk av velferdsteknologi»** har i en utredning utført på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet foreslått følgende tiltak ift. omsorgsboliger som oppsummert under.

1. Utdrøringene med utlån til enkeltbrukere kan løses gjennom å erstatte utlån med tilskudd. Hjelpemidlene blir da værende i boligen og gjenbrukes ved skifte av beboer.
2. Enkelte av de hyppigst brukte hjelpemidlene installeres allerede i byggefasen/ ved rehabilitering.
3. Utdrøringen med at boliger ikke er tilrettelagt for installasjon av hjelpemidler kan løses ved å stille krav om bærekonstruksjoner for hjelpemidler som byggeteknisk standard i omsorgsboliger i tillegg til universell utforming (TEK10).



## 6.1.4 De økonomiske virkemidlene – ulike perspektiver

Kartleggingen viser at det finnes mange økonomiske virkemidler som har et potensial for å kunne påvirke eldres mulighet til å bo lenger hjemme. Samtidig ser vi at virkemidlene spenner bredt, og at det for så å si alle virkemidler er slik at eldre bare er en blant flere målgrupper.

I denne delen vil vi belyse den økonomiske virkemiddelporteføljen fra ulike synsvinkler. Formålet er å gi et mer samlet bilde av virkemidlene, samtidig som vi ønsker å framheve likhetstrekk og karakteristika ved ulike grupper av økonomiske virkemidler.

### 6.1.4.1 Økonomiske virkemidler som er direkte koblet til eldres boligsituasjon

De økonomiske virkemidlene har ulik grad av behovsprøving for å kunne tildeles. I tabellen under er de økonomiske virkemidlene strukturert etter «behov for tilpasning» og målgruppe i en skjematisk inndeling. I sammenstillingen er det også lagt inn bruken av virkemiddelet der dette er tilgjengelig.

Personer uten et nåværende behov, som vil gjøre forebyggende tiltak for egen boligsituasjon kan gjennom offentlige finansieringsordninger kjøpe en ny livsløpsbolig, eller gjøre tiltak som gjør boligen mer tilgjengelig finansiert med lån til oppgradering fra Husbanken. Boligselskap o.l. kan få tilskudd til etterinstallering av heis, tilskudd til tilstandsvurdering og lån til oppgradering. For disse ordningene er det ingen krav om at det må foreligge nedsatt funksjonsnivå eller at mottaker må være økonomisk vanskeligstilt. Ordningene er tilgjengelige for alle, gitt at søknaden oppfyller kvalitetskravene og at det er midler på rammen.

En andel av de økonomiske virkemidlene er bare tilgjengelige for de som har et nåværende eller nært forstående behov for en mer tilpasset bolig. For denne gruppen har kommunen mulighet til å tilby tilskudd til utredning og prosjektering i forkant av et tiltak og tilskudd til tilpasning av boligen, og startlån for gjennomføring av tiltaket. I tillegg vil personer med nedsatt funksjonsevne ha rett på hjelpemidler, eventuelt tilskudd i stedet for hjelpemidler, fra NAV. Helse- og omsorgstjenesteloven og bustøttelova har plikt til å hjelpe de med særskilte behov for hjelp til å skaffe seg og beholde en egnet bolig, har kommuner ikke plikt til å tilby disse økonomiske ordningene.

For de med behov for heldøgns omsorg, må kommunen tilby sykehjemsplass eller omsorgsbolig. Disse finansieres ved hjelp av investeringstilskudd fra Husbanken og momskompensasjon.

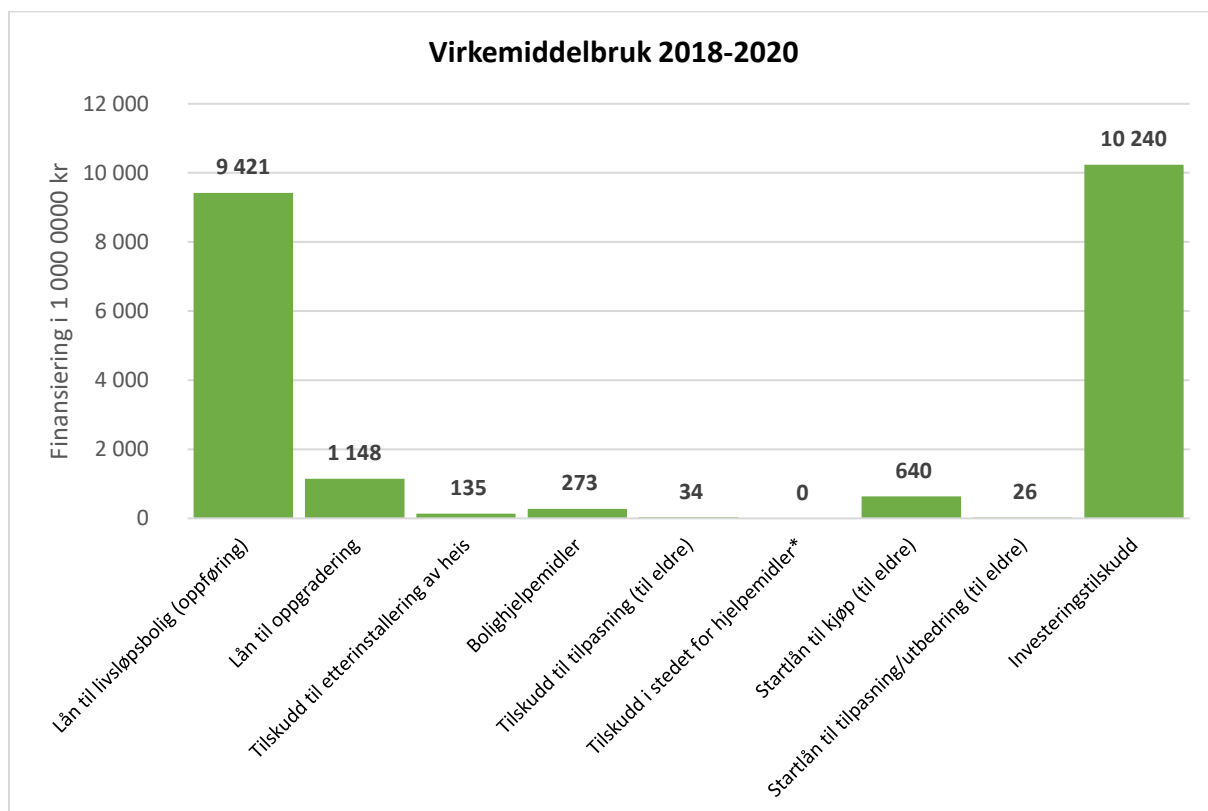
Behov for tjenester			
Behov	Ikke oppstått behov	Oppstått behov – kommunen skal tilby	Omfattende behov – kommunen har plikt til å tildele
Aktuelle virkemidler	<ul style="list-style-type: none"><li>Lån til livsløpsbolig</li><li>Lån til oppgradering</li><li>Tilskudd til etterinstallering av heis</li><li>Tilskudd til tilstandsvurdering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Startlån til kjøp og tilpasning</li><li>Tilskudd til utredning og prosjektering</li><li>Tilskudd til tilpasning</li><li>Helhetlig støtte til pårørende...</li><li>Hjelpemidler</li><li>Tilskudd i stedet for hjelpemidler</li><li>Velferdsteknologi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Investeringstilskudd til heldøgns omsorgstilbud</li><li>Momskompensasjon</li></ul>

Figur 6-22 Samlet beløp til Lån og tilskudd gitt i perioden 2016-2020. Virkemidlene med svakere og indirekte kobling til eldres boligsituasjon og tjenestebehov ikke tatt med.

### 6.1.4.2 Virkemiddelbruken etter behov (2018-2020)

Ser en nærmere på hvor mye som er brukt per kategori er det stor forskjell mellom hvor store beløp som blir brukt og i hvilken grad tilskudd blir brukt som en kostnads- og risikoreducerende faktor. Lån er det viktigste økonomiske virkemiddelet for forebyggende tiltak, i tillegg til heilstilskuddet. For de med omfattende behov har kommunen tilgang på inntil 55 prosent finansiering gjennom investeringstilskuddet og momskompensasjon i tillegg.

Investeringstilskuddet er virkemiddelet i gjennomgangen med høyest bevilgning, med 10,2 mrd. kroner de siste tre årene. Lån til livsløpsbolig har en bevilgning på 9,4 mrd. kroner i den samme perioden. Selv om størrelsen på bevilgningen er forholdsvis lik, er kostnaden veldig forskjellig da lånet i motsetning til tilskudd skal tilbakebetales.



Figur 6-23

\* NAV har ikke data på hvor mye som ble brukt av tilskudd i stedet for hjelpemidler fra 2018-2020

#### 6.1.4.2.1 Bruk av virkemidlene som kan gis før et behov har oppstått

Lån til oppføring av livsløpsbolig (og tidl. grunnlån til oppføring) er den største posten her med 9,4 mrd. kroner gitt i tilsagn til 4 740 boliger de siste tre årene. Dette har supplert boligmarkedet med mange nye og egnede boliger for eldre.

I samme tidsrom er det gitt 1,15 mrd. i lån til oppgradering av 2 097 boliger. Fra 2018-2020 var 44 av 2 097 søknader om lån til oppgradering fra enkeltpersoner, resten var boligselskap. Det kan være flere grunner til dette, blant annet kjennskap til ordningen, for lite insentiv, for høye krav eller rett og slett fordi den enkelte ikke ser behovet.

Tilskudd til heis har bidratt til å gjøre boligmassen mer tilgjengelig, med tilsagn på 134,7 mill. kroner gitt til etterinstallering av heis og trinnfri tilkomst til 1 399 boliger.

Ingen av ordningene rapporterer hvor mange eldre som mottar finansiering ettersom en da må ha tilgang til hver enkelt debitorgodkjenning for lån og lister over beboere i hvert boligselskap som får tilskudd til etterinstallering av heis. Hvor mange eldre som direkte har fått nytte av de forebyggende virkemidlene vil derfor være en del lavere enn de tallene som er oppgitt over.

#### **6.1.4.2.2 *Bruk av virkemidlene som kan gis ved oppstått behov***

Om en deler startlånet opp i to underkategorier, så er det mest brukte virkemiddelet startlån til kjøp, hvor rett i overkant av 640 mill. kroner er gitt til 776 husstander med person(er) over 67 år de siste fem årene. I hvilken grad de eldre som kjøper bolig ved hjelp av startlån får en bolig som er mer egnet for nedsatt funksjonsevne er det ikke tall på. Det har i samme periode også blitt gitt 26,1 mill. kroner i startlån til utbedring/tilpasning til 137 husstander med en eller flere eldre i samme periode. Mange av disse har også fått tilskudd til tilpasning. En kan derfor si med stor sikkerhet at disse lånemidlene har gått til tiltak som bedre tilgjengeligheten og gir boliger som er mer egnet for eldre.

Utlån og installering av større hjelpemidler fra NAV (løfteplattform, ramper, dørautomatikk etc.) utgjør en stor andel av offentlige støttemidler som blir gitt til eldre med behov for tilpasning av boligsituasjonen sin. Fra 2018-2020 ble det bevilget 273,3 mill. kroner til utlån og installering av større bolighjelpemidler.

Tilskudd til tilpasning er en ordning der eldre med behov (eller nært forestående behov) er en av målgruppene. I perioden fra 2018-2020 ble det gitt 34,3 mill. kroner i tilskudd til denne gruppen til 571 husstander med person(er) over 67 år. Etter at midlene ble overført til kommunen gjennom rammetilskuddet, er det ikke mulig å hente ut statistikk for alle kommunene.

For tilskudd til bolighjelpemidler i stedet for hjelpemiddel er det ikke tilgjengelig tall for hvor mye som er brukt på ordningen årlig. Per nå er det heller ikke tilgjengelig tall for antallet saker etter 2018. I siste femårs periode med tilgjengelige tall (2014-2018) ble det gitt tilskudd til 912 saker.

#### **6.1.4.2.3 *Bruk av virkemidlene som kan gis ved omfattende behov***

Når personer har behov for heldøgns omsorg, plikter kommunene å gi omsorgsbolig eller tilby plass på institusjon om de nødvendige tjenestene ikke kan ytes i hjemmet. Disse finansieres gjennom investeringstilskuddet. Denne tilskuddsordningen er også den største ordningen der en har konkrete tall på hvor mye som er brukt til målgruppen eldre. Over de tre foregående årene er det blitt gitt tilsagn på investeringstilskudd til 2 595 omsorgsboliger og 3 081 omsorgsboliger med en total tilsagnssum på 10,2 mrd. kroner.

### 6.1.4.3 Økonomiske virkemidler etter behov og målgruppe

I tabellen under er de økonomiske virkemidlene strukturert etter «behov for tilpasning» og målgruppe i en skematisk inndeling. I sammenstillingen er det også lagt inn *bruken* av virkemiddelet der dette er tilgjengelig.

	Aktuelle målgrupper				Bruk av virkemiddelet til målgruppen i 2020				
	Privatpersoner	Eldre som målgruppe	Borettslag, sameier ol., foretak	Kommuner	Privatpersoner	Eldre som mottaker	Borettslag, sameier ol., foretak	Kommuner	Totalt
Gis uten behovsprøving	Lån til livsløpsbolig	X		X	13 boliger 33,6 mill.	N/A	678 boliger 2,0 mrd.	—	691 boliger 2,0 mrd.
	Lån til oppgradering	X		X	13 boliger 29,3 mill.	N/A	752 boliger 458,6 mill.	—	765 boliger 487,9 mill.
	Tilskudd til etterinstallering av heis			X	—	N/A	243 boliger 40 mill.	0	243 boliger 40 mill.
	Tilskudd til tilstandsvurdering			X	—	N/A	6 007 boliger 4,4 mill.	—	6 007 boliger 4,4 mill.
Gis når behov for tilpasset bustad har oppstått	Startlån (kjøp)	X			21 183 hust. 31,59 mrd.	776 husstander 640,4 mill.	—	—	—
	Startlån (tilpasning og oppgradering)	X			1 270 hust. 451,8 mill.	137 husstander 26,2 mill.	—	—	451,8 mill. 1 270 boliger
	Tilskudd til tilpasning	X			453 husstander 54,9 mill.	89 husstander 5,68 mill.	—	—	453 boliger 54,9 mill.
	Tilskudd til utredning og prosjektering	X			N/A	N/A	—	—	N/A
	Helhetlig støtte til pårørende...	X			—	—	—	—	—
	Større bolighjelpemidler	X			143,4 mill.	101,7 mill.	—	—	—
	Tilskudd i stedet for hjelpemidler	X			N/A	N/A	—	—	—
Behov for helseomsorg				X	2,55 mrd.				2,55 mrd.

Figur 6-24 Økonomiske virkemidler etter behov for tilpasning og målgruppe for 2020

Ser en på de tilgjengelige virkemidlene som kan brukes til å gi en mer egnet boligsituasjon til eldre, så er det et bredt spekter når det gjelder både behov og hvilke målgrupper de er innrettet mot. Som for det foregående kapittelet er ikke data på alle ordningene tilgjengelig for å gi et fullstendig bilde over hvor målrettet noen av ordningene er når det gjelder eldre og hvor mange eldre som får direkte nytte av dem. Om en ser overordnet på det, så brukes tilskudd og lån ulikt etter grad av behov og hvilke målgrupper virkemiddelet er innrettet mot.

#### 6.1.4.3.1 Virkemidler uten behovsprøving

Når det gjelder gruppen virkemidler som er innrettet slik at privatpersoner som ikke har nåværende behov kan bruke de, så gjelder det låneordningene for oppføring av livsløpsbolig og lån til oppgradering. Når det gjelder lån til livsløpsbolig er det 13 boliger som er oppført i privatpersoner sin regi og de resterende er kjøpt gjennom utbygger (i prosjekt med flere boliger). For lån til oppgradering er det 13 av 765 boliger som har blitt oppgradert som har vært privatpersoner. Heilstilskuddet, som ikke er behovsprøvd, er forbeholdt eiere av boligeiendommer på tre eller flere etasjer (i hovedsak borettslag og sameier).

#### 6.1.4.3.2 Virkemidler når behov har oppstått

De mest kraftfulle individrettede ordningene kommer først til anvendelse når behov for tilpasning av bolig inntreffer.

For enkeltpersoner med behov for å tilpasse boligsituasjonen er det flere virkemidler som kan være aktuelle. NAV låner ut og installerer bolighjelpemidler som trappeheis, rampe, dørautomatikk etc. som enkeltpersoner med vedtak har rett på. Personer med rett på bolighjelpemidler kan også få tilskudd til å gjøre varige tilpasninger av boligen i stedet for å installere et bolighjelpemiddel. I tillegg

kan kommunen gi tilskudd til tilpasning av boligen. Begge tilskuddsordningene kan suppleres med startlån til både kjøp og utbedring/tilpasning. Lån fra Husbanken kan også brukes til en del av finansieringen.

Når et behov for en mer egnet bolig har oppstått er det kommunen som forvalter de aktuelle virkemidlene og gir tilsagn. Kommunen har ingen direkte lovfestet plikt til å tildele slike virkemidler.

#### **6.1.4.3.3 Virkemidler ved omfattende behov**

Når behovet for større oppfølging av hel døgns omsorg er kommunen lovpliktig til å tilby omsorgsboliger og sykehjemsplasser til de med omfattende hjelpebehov. For å bidra til å løse at det er tilstrekkelig med plasser og med god kvalitet får kommunene investeringstilskudd. Tilskuddet har den største andelen tilskudd, der omsorgsboliger kan få 45 prosent og sykehjemsplasser kan få dekket 55 prosent av kostnadene. Kommunene er de eneste som kan få investeringstilskudd.

### **6.1.5 Oppsummering økonomiske virkemidler**

Som vi har sett, finnes det mange økonomiske virkemidler under ulike aktørers ansvarsområder. Virkemidlene er innrettet ulikt med hensyn til hvilke vilkår som gjelder for at de skal kunne komme til anvendelse. De økonomiske virkemidlene er nesten uten unntak innrettet slik at de gir en form for delfinansiering enten i form av tilskudd eller lån, eventuelt som en kombinasjon av disse. Videre ser vi at formålene med de ulike virkemidlene er innrettet bredt og rettet mot å avhjelpe behov uavhengig av søkerens alder. Dette innebærer at (så å si) ingen av virkemidlene er spesifikt innrettet mot eldre som målgruppe. De vil derfor, slik de per nå er utformet og brukes, i hovedsak bare på en indirekte måte kunne påvirke Eldres boligsituasjon. Innenfor rammene som gis i forskrifter og regelverk, er det mulig med en mer aktiv bruk mot eldre som målgruppe.

## **6.2 Pedagogiske virkemidler**

Det er et stort omfang av pedagogiske virkemidler som er relevante inn mot temaet i denne kartleggingen. Dette kapitlet er avgrenset til en omtale av de pedagogiske virkemidlene som er identifisert av prosjektgruppen til å være de mest sentrale for denne kartleggingen.

Pedagogiske virkemidler omfatter et vidt spekter av virkemidler som kan ha til hensikt å informere, lære opp, bevisstgjøre eller påvirke befolkningen generelt eller bestemte målgrupper, herunder privatpersoner, kommuner eller andre aktører. Pedagogiske virkemidler kan også gi tolkninger og anbefalinger knyttet til lovanvendelse i saksbehandling og praksis i utforming av ulike tjenester, for eksempel i statens veiledning til kommunene.

Pedagogiske virkemidler kan være:

- skriftlige veiledere og retningslinjer
- informasjons- og holdningskampanjer
- utviklingsprogram og kompetanseutviklingstiltak
- kunnskapsdatabaser
- muntlig rådgivning/veiledning og andre tiltak til hjelp for mottakeren ved oppgaveløsning

Pedagogiske virkemidler har ofte en relativt lav kostnad, og oppfattes ofte som mindre forpliktende. Effekten av pedagogiske virkemidler er vanskelig å måle. I rapporter pekes det imidlertid på et mulig

utnyttet potensial for bruk av denne typen virkemidler i arbeid med å få eldre til å bo hjemme lenger. Proba peker i rapporten «Ansvarsforhold og ordninger knyttet til boligløsninger og offentlige helse- og omsorgstjenester i Norden» fra 2019 på at man har lite kunnskap om effekten av pedagogiske virkemidler på dette området, og at de kan være nyttige bidrag for å nå målsetningen om at eldre bor lenger hjemme.<sup>203</sup> Nova peker i sin rapport 5/20 på at manglede informasjon og handlekraft hos enkelte eldre kan være til hinder for at den eldre gjennomfører boligtilpasningstiltak som vil være både privat- og samfunnsøkonomisk lønnsomme.<sup>204</sup> Det er en type utfordring ulike pedagogiske virkemidler kan imøtekomme.

### **6.2.1 Beskrivelse av de enkelte pedagogiske virkemidlene**

I dette kapittelet omtales ulike pedagogiske virkemidler under henholdsvis KMDs, HODs og KS/Kommunenes ansvarsområder som er pekt ut som mest sentrale for denne gjennomgangen. Virkemidlene som omtales er dels individrettede virkemidler og dels virkemidler rettet mot kommunene som målgruppe.

#### **6.2.1.1 Veviseren.no**

[Veviseren.no](https://veviseren.no) er en tverrfaglig digital veileder på bolig – og tjenesteområdet. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet står bak initiativet. Formålet er å heve kompetansen hos kommuner og samarbeidspartnere, bidra til en mer lik praksis ut mot brukerne og gjøre offentlig sektor mer transparent. Kommunene er primærmålgruppen, men også ansatte i direktoratene, statsforvalterembetene, samarbeidspartnere og brukerorganisasjoner er aktuelle brukere. Veviseren.no hadde 74 551 brukere per 31.08.2020.

Nettstedet gir en samlet framstilling av gjeldende lovverk, aktuelle virkemidler, kompetanse og gode eksempler etter prinsippet «alt på ett sted». Eksempelene er formidlet av kommunene og viser deres erfaringer. Veviseren.no veileder også kommunene mer operativt, gjennom å beskrive arbeidsprosesser steg-for-steg, tilby digitale kurs, gi tilgang til sjekklister, maler og verktøy.

Her finnes blant annet informasjon som er viktig for kommunens strategiske arbeid med planlegging, organisering og innovasjon. Dette inkluderer forebygging, eldre, bolig og helse. Her kan man finne informasjon og relevante kilder som ser på boligens betydning for helsesituasjonen til den enkelte, samt behov for helhetlig boligplanlegging som skal gjøre kommunene bedre rustet til å møte de demografiske utfordringene.

#### **6.2.1.2 Læringsnettverk for aldersvennlige boliger og bomiljø i distriktene (Husbanken og Distriktssenteret)**

Læringsnettverket er et samarbeidsprosjekt mellom Husbanken og Distriktssenteret. Nettverket retter seg mot kommuner med stagnerende og ensidige boligmarkedet, men satser på å skape kunnskap med overføringsverdi også til andre kommuner. Totalt deltar 12 distriktskommuner (Sør-Varanger, Beiarn, Herøy i Nordland, Grong, Vanylven, Stryn, Ullensvang, Iveland, Vinje, Våler i Innlandet, Kongsvinger og Engerdal) i prosjektet. I prosjektperioden 2020-2022 skal

---

<sup>203</sup> Proba Samfunnsanalyse. (2019). *Ansvarsforhold og ordninger knyttet til boligløsninger og offentlige helse- og omsorgstjenester i Norden* (Rapport 2019 - 17).

<sup>204</sup> NOVA. (2020). *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer* (Rapport 2020;5).

deltakerkommunene prøve ut tiltak i egen kommune, dele erfaringer, gi innspill til utvikling av virkemidler og slik skape grunnlag for en mer aldersvennlig boligpolitikk i norske kommuner.

Målet for samarbeidet er å se på hvordan distriktskommuner kan legge til rette for å utvikle tilbudet av aldersvennlige boliger (både eksisterende og nye boliger), i aldersvennlige bomiljø, slik at det gir gevinster for den enkelte beboer, for kommunen og for lokal samfunnsutvikling. Det er et mål å utvikle metoder, få fram virkemidler og verktøy i form av bedre arealplaner, samfunnsplaner, konkrete prosjekter eller tiltak, og spesielt prosjekter som ivaretar sosiale boformer.

### **6.2.1.3 Direktoratet for byggkvalitet (DiBK) sin kampanje om smartere oppussing**

DiBK sin kampanje er rettet mot den enkelte huseier og gir veiledning, tips og råd til huseiere om hvordan de kan ta vare på - og pusse opp egen bolig på en smart og framtidsrettet måte. Kampanjen består i en informativ nettside som gir tips og råd til hvordan en kan pusse opp smartere. Dette innebærer blant annet tips til hvordan en kan planlegge og tenke langsiktig slik at en kan gjøre flere ting samtidig. Det gis også tips til hvordan en kan lage en funksjonell bolig. Rådene knytter seg både til hvordan en innretter uteområder og inngangsparti, og til utformingen av selve boligen. Her gis det eksempelvis råd om utforming av sentrale rom som bad og kjøkken, og hvordan en med enkle grep kan gjøre boligen mer funksjonell for både unge og gamle.

Kampanjen er relevant for eldre blant annet fordi den oppfordrer alle til å tenke nøye gjennom hvilke behov en har i dag og hvilke behov som kan melde seg i årene framover. Det gis også tips til hvordan en kan ta høyde for framtidige behov. Dette inkluderer behov som følge av aldring, funksjonstap eller nye livssituasjoner.

### **6.2.1.4 Senteret og rådet for et aldersvennlig Norge**

Senteret for et aldersvennlig Norge arbeider for å fremme aldersvennlig samfunn i et bærekraftperspektiv. Senteret holder til i Ålesund, og er en del av Helsedirektoratet og samarbeider med ulike aktører og samfunnssektorer. Arbeidet er forankret i strategien for et aldersvennlig samfunn Flere år – flere muligheter og Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet, og er en del av regjeringens kvalitetsreform for eldre. Nasjonalt program for aldersvennlig Norge er et av fem innsatsområder i reformen Leve hele livet og skal bidra til å konkretisere strategien, blant annet gjennom å øke oppmerksomhet og spre informasjon om ulike sider ved Eldres livssituasjon. Programmet omfatter fem områder, hvorav ett av tiltakene er å gjennomføre en egen kampanje for å planlegge egen alderdom, herunder egen bolig.

Senteret jobber langsiktig ved å inkludere og samarbeide med arbeidsliv og næringsliv, kommuner og lokalsamfunn, samt organisasjoner og sivilsamfunn, kunnskaps- og forskningsinstitusjoner. Senterets arbeid støttes av et råd utnevnt av regjeringen. Rådet består av representanter for ulike organisasjoner og virksomheter som har stilt seg bak visjonen om et aldersvennlig Norge.

Arbeid med et aldersvennlig Norge innebærer blant annet at eldre bor hjemme i et tilgjengelig nærmiljø så lenge som mulig. For at dette skal skje må både boligeiere og nærmiljøet ha eldre med i tankene ved planlegging og gjennomføring. Senteret for et aldersvennlig Norge legger til rette for dette gjennom informasjon, nettverk, partnerskap mv. Blant annet har de en nettside hvor de tilbyr informasjon og verktøy [Forside - Aldersvennlig Norge](#).

#### **6.2.1.4.1 Planlegge litt**

*Planlegge litt* er en informasjonskampanje laget for Senteret for et aldersvennlig Norge. Bakgrunnen for kampanjen er at det både blir flere eldre, og flere eldre som lever lenger. For mange kommer pensjonisttilværelsen å vare nesten en tredjedel av livet. For å sørge for at tiden blir meningsfull for den enkelte og for samfunnet, og hvor eldre holder seg aktive, deltar sammen med andre og bor hjemme så lenge som mulig, oppfordrer kampanjen til å *planlegge litt*. Kampanjens formål er å få flere til å reflektere over følgende fem spørsmål:

- Hvordan vil jeg føle meg?
- Hva vil jeg fylle tiden med?
- Hvem vil jeg omgås?
- Hvor vil jeg bo?
- Hvordan vil jeg bo?

Kampanjen består av reklamefilmer, annonser og nettportalen [planleggellitt.no](http://planleggellitt.no) hvor det gis innspill til refleksjon og informasjon og tips til hvordan en kan innrette seg for å oppnå den situasjonen en ønsker å være i som «eldre».

#### **6.2.1.5 Forebyggende hjemmebesøk i kommunene**

[Rundskrivet](#) (rundskriv 1-2/2016) beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre og er en del av satsningen på å styrke eldres ressurser og å sikre dem gode og trygge helse- og omsorgstjenester. Rundskrivet er rettet mot kommuner. Tanken er at kommunen gjennom forebyggende hjemmebesøk hos eldre kan bidra til at flere eldre bor lenger hjemme og opplever større mestring i hverdagen. I tilknytning til rundskrivet har Helsedirektoratet utarbeidet [veiledning](#) om hvordan kommuner kan etablere et opplegg for forebyggende hjemmebesøk.

#### **6.2.1.6 Velferdsteknologi – temaside på Helsedirektoratets nettside**

Helsedirektoratet har en [temaside om velferdsteknologi](#), hvor det gis informasjon, anbefalinger, eksempler og råd om velferdsteknologiske løsninger i kommunene, felles anskaffelse av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, pågående utprøving av velferdsteknologi med videre.

På siden gis det også referanser og lenker til ulike verktøy, eksempelvis veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi, standarder og rammeverk for velferdsteknologi, kunnskapsoppsummeringer om effekter av trygghets- og mestringsteknologi og velferdsteknologiens ABC. Temasiden er spesielt rettet mot kommunene i deres arbeid med innføring og bruk av velferdsteknologi.

#### **6.2.1.7 Velferdsteknologiens ABC**

[Velferdsteknologiens ABC](#) er en tverrfaglig opplæringspakke utviklet av KS på oppdrag fra Helsedirektoratet. Universitetet i Agder (UiA) og Universitetet i Sørøst-Norge (USN) har utviklet innholdet sammen med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder øst, samt representanter fra kommuner og Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Kommunene bruker kursopplegget som en basisopplæring i velferdsteknologi, tjenesteinnovasjon og hvordan man skal jobbe med velferdsteknologi i en helhetlig tjenestemodell. Det er ansatte og ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester som er målgruppen for kursopplegget.



### **6.2.1.8 Pedagogiske virkemidler fra kommunen og KS**

Flere kommuner har opprettet pedagogiske virkemidler for å legge til rette for at eldre kan bli boende hjemme lenger. Ettersom både bolig og helse- og omsorgstjenester er kommunenes ansvar, står hver kommune fritt til å opprette den typen virkemidler de anser som hensiktsmessig. Det vil ikke være mulig, eller formålstjenlig, å framskaffe en fullstendig oversikt over samtlige kommunale, pedagogiske virkemidler på området.

### **6.2.1.9 Boligrådgivning**

Kommunene er selv ansvarlige for boligrådgivningen i kommunen. De har ansvar for å gi råd, veiledning og praktisk bistand. Dette arbeidet løses på forskjellige måter i ulike kommuner. Personer som har behov for tilpassing av bolig, kan trenge hjelp til vurdering av muligheter og begrensninger i eksisterende bolig. Dette kan inkludere bistand til valg av tiltak, men også personlig økonomi, behov for ekstern finansiering (som kan inkludere både lån og tilskudd) og behov for tilpassing av bolig. I eksempelsamlingen *Boligrådgivning i kommunene*<sup>205</sup> har Husbanken i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV hjelpemiddelsentral) samlet 13 eksempler på hvordan ulike kommuner har valgt å organisere arbeidet med boligrådgivning. NIBR sin rapport<sup>206</sup> inkluderer kartlegging, vurdering og anbefalinger om boligrådgivning i kommunene.

### **6.2.1.10 Håndbok for aldersvennlige lokalsamfunn (KS)**

KS har sammen med kommuner og samarbeidsorganisasjoner utarbeidet en håndbok for aldersvennlig lokalsamfunn,<sup>207</sup> og et veikart for prosess og organisering av arbeid med temaet. Aldersvennlige lokalsamfunn handler om å gjøre samfunnet i stand til å møte utfordringene og mulighetene knyttet til en aldrende befolkning. Flere sektorer må involveres og medvirkning må være i fokus for at eldre skal kunne delta i samfunnet. Håndboken gir blant annet konkrete råd og tips til hva en kommune kan og bør gjøre for å sikre en større andel aldersvennlige boliger og bomiljø.

### **6.2.1.11 Hjelpemidler (NAV)**

Hjelpemiddelsentralene tilbyr kompetanse, rådgivning og veiledning. De bistår kommunene med å finne løsninger, slik at personer med nedsatt funksjonsevne kan bo lenger hjemme. Se forøvrig omtale av boligvirkemidler og enkle hjelpemidler fra NAV i kapittelet om økonomiske virkemidler.

## **6.2.2 Oppsummering pedagogiske virkemidler**

I sum kan det slås fast at det finnes en rekke pedagogiske virkemidler som omhandler eldres boligsituasjon.

Majoriteten av de pedagogiske virkemidlene er forebyggende og kommer til anvendelse enten før behovet for tilpasset bolig har oppstått eller ved behov for tilpasset bolig. Den mørkeste grønnfargen viser virkemidlene som har kommunen som hovedmottaker og som enten innebærer veiledning av

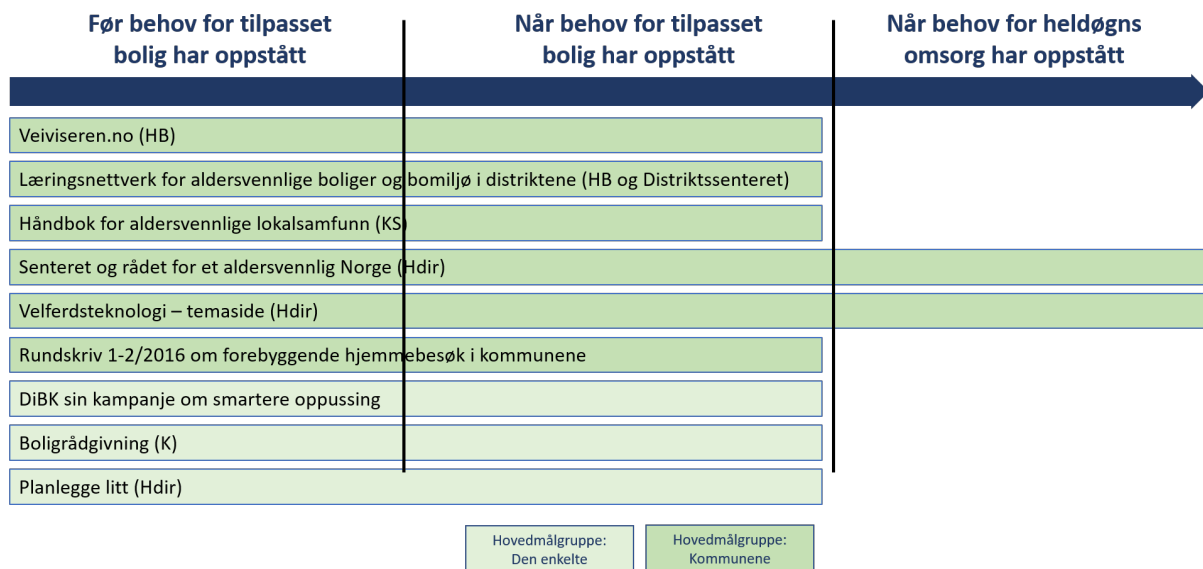
---

<sup>205</sup> Husbanken (2014) [Boligrådgivning i kommunene](#) - Eksempelsamling for organisering av arbeidet med rådgivning om boligtilpassing i kommunene

<sup>206</sup> Holm, A og Monkerud, L.C. (2021) [Boligrådgivning i kommunene](#) - kartlegging, vurdering og anbefalinger

<sup>207</sup> KS (2020) Bolig og et aldrende samfunn. <https://www.ks.no/fagomrader/velferd/aldersvennlige-lokalsamfunn/handbok-i-aldersvennlige-lokalsamfunn/7-bolig-og-et-aldrende-samfunn/>

ulike økonomiske virkemidler eller som er rettet inn mot kommunens sørge-for-ansvar. Flere oppfordrer til å se ulike sektorer, herunder helse og omsorg, i sammenheng med boligpolitikken. Virkemidlene markert med den lysere grønnfargen er i større grad individrettede virkemidler som har den enkelte som hovedmålgruppe. Disse virkemidlene er tenkt å fungere forebyggende, men kan også anvendes ved oppstått behov for tilpasset bolig.



Figur 6-25 Pedagogiske virkemidler – når de slår inn i et forløp

Hvilken effekt de ulike tiltakene har, vet vi ikke. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad disse tilbudene benyttes og sees i sammenheng, samt treffer målgruppens behov.

Signaleffekten av ulike pedagogiske tiltak og økt kunnskap og oppmerksomhet om fordelene som ligger i å framskaffe egnede boligløsninger for eldre, vil kunne gi økt legitimitet til handling både for den enkelte og for det offentlige. Videre vil dette også kunne bidra til å dreie innsatsen mot tiltak som kan settes inn tidligere i forløpet (omsorgstrappen) og på sikt kunne forebygge noe av veksten i behovet for heldøgns plasser.

## 6.3 Regulatoriske virkemidler

Regulatoriske virkemidler omfatter lover, forskrifter, regler, avtaler, reguleringer mv. De mest sentrale lovene med tilhørende forskrifter som regulerer roller og ansvar knyttet til bolig og helse- og omsorgstjenester for eldre er omtalt i kapittel 3 Dagens roller og ansvar.

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på de regulatoriske virkemidlene knyttet til plan- og bygningsloven som kommunen kan bruke for å ta en aktiv boligpolitisk rolle gjennom god planlegging. Vi belyser også hvordan staten gjennom TEK17 legger grunnlaget for at nye boliger som blir oppført har tilstrekkelige kvaliteter, som gjør dem mer egnet også for personer med funksjonsnedsettelse.

### 6.3.1 Beskrivelse av de enkelte regulatoriske virkemidlene

Kommunen er den viktigste aktøren i boligpolitikken. Den har mange roller, blant annet i planleggingen, med ansvar for å gi overordnede føringer gjennom kommunal planstrategi og kommuneplaner til å vedta reguleringsplaner. Kommunen kan ta en boligpolitisk rolle og bruke

handlingsrommet sitt gjennom tomte- og utbyggingspolitikken, helhetlig kompetanse om virkemidler, samt dialog med private markedsaktører.

To av virkemidlene som omtales, henholdsvis kommunale tomtekjøp og salg med vilkår (indirekte subsidie) og kommunale investeringer i områdeutvikling, kan også ses på som økonomiske virkemidler. Virkemidlene som omtales her er mulige å benytte, men den faktiske bruk i den enkelte kommune varierer.

#### **6.3.1.1 Regulatoriske krav til kommunenes planarbeid (plan- og bygningsloven)**

Plan- og bygningsloven stiller blant annet krav til at kommunene har en kommunal planstrategi, som kommuneplanens arealdel og samfunnsdel skal ta utgangspunkt i. Kravene til kommuneplanens samfunns- og arealdel innebærer at kommunen forventes å ta stilling til hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommunen skal følges opp gjennom konkrete tiltak som forankres i reguleringsplaner, i økonomiplaner og gjennom sosial planlegging, eksempelvis ved egne boligplaner ved behov. I arealplanleggingen har kommunene et handlingsrom når det gjelder regulering av tomter til ulike formål, som bolig eller areal for off. tjenesteyting og legge føringer for utbygging på disse tomtene. Kommunene kan også bruke utbyggingsavtaler eller kjøp og salg av kommunal tomt for å ta en mer aktiv rolle i boligpolitikken.

#### **6.3.1.2 Krav til utforming av bolig og bomiljø (byggteknisk forskrift, TEK17)**

Alle nye boliger må oppfylle kravene til utforming som er gitt gjennom [byggteknisk forskrift](#). Forskriften trekker opp grensen av det som er minimum av egenskaper for byggverk som kan oppføres lovlig i Norge. I dette ligger også føringer for utforming av bolig, som tilgjengelighet for rullestol, i tillegg til utføring av enkelt bygningsdeler som dør, vindu, trapper og heis. I utgangspunktet har nyoppførte boliger krav om tilgjengelig boenhet noe som innebærer at alle hovedfunksjoner skal være på inngangsplanet og tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelse. Derfor er brorparten av nye boliger som oppføres egnede boliger for personer med nedsatt funksjonsevne, som også inkluderer mange eldre. TEK 17 er det regulatorisk virkemiddel som legger grunnlaget for at de virkemidlene som hjemles i plan- og bygningsloven har de nødvendige boligkvalitetene for å framskaffe egnede boliger for eldre.

Selv om de fleste boligene oppfyller kravene til tilgjengelig boenhet, er det mulig å gjøre unntak fra hovedregelen. Dette gjelder:

- I bygning med heis kan det gjøres unntak for kravene for halvparten av boligene som er under 50 m<sup>2</sup>
- I boliger som har tilkomst over bratt terreng
- I boliger der ikke alle nødvendige boligfunksjoner ikke er på inngangsplanet

#### **6.3.1.3 Regulatoriske virkemidler i plan- og bygningsloven**

Kommeplanens arealdel skal vise sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling skissert i kommuneplanens samfunnsdel og arealbruken i kommunen og legger grunnlaget for bruken av de regulatoriske virkemidlene i kommunen. Gjennom plankartet avgjøres eksempelvis hva som skal brukes til næring, friområder og hvor det skal være mulig å bygge boliger. Iht. plan- og bygningsloven §11-7 skal kommunen også sette av areal til offentlig og privat tjenesteyting. Under dette sorterer også omsorgsboliger og boliger med service (helse- og omsorgsinstitusjoner). Plankartet er juridisk bindende (jfr. plan- og bygningsloven §11-6).

### 6.3.1.4 Detalj og områderegulering (reguleringsplaner)

Reguleringsplan er et arealplankart med tilhørende bestemmelser som angir bruk, vern og utforming av arealer og fysiske omgivelser (plan- og bygningsloven §12-1). En reguleringsplan kan utarbeides som områderegulering (større område) eller som detaljregulering (mindre tomter og enkelte tomter). Gjennom plan- og bygningsloven §12-7 kan kommunen gi bestemmelser som vil ha relevans for eldres boligsituasjon. Dette er krav til boligtype, antall, størrelse på rom, tilgjengeligheten og boligens utforming der det er hensiktsmessig (må oppfylle kravene til tilgjengelig boenhet i TEK17) og at fellesområder skal være universelt utformet. I forbindelse med [ny strategi for den sosiale boligpolitikken](#) pågår det nå i regi av KMD en ekstern utredning som skal vurdere om kommunene skal ha større handlingsrom for å påvirke fordelingen mellom eie- og leieboliger (ferdigstilles før utgangen av året).

Selv om kommunene kan fastsette planer for hvordan områdene skal utvikles, kan de ikke sikre at planene blir gjennomført. Kombinasjoner av lave boligpriser og høye kostnader ved å klargjøre tomtene for bygging, eller høy risiko i byggeprosjekter, kan hindre grunneiere og utbyggere i å bygge ut.<sup>208</sup> Mange kommuner kjenner til utbyggingsprosjekter som har stoppet opp fordi utbygger mangler gjennomføringsevne. Andre årsaker til at boligprosjekter stopper opp, er blant annet manglende enighet mellom grunneiere, naboprotester og problemer med vei- eller skolekapasitet.<sup>209</sup> Kommuner rapporterer også at det kan være krevende å balansere mellom hensynet til å få bygd ut områder i tråd med de overordnede arealplanstrategiene, og hensynet til utbyggere og grunneiere som ønsker å få bygd ut sine prioriterte områder.<sup>210</sup>

Mange kommuner forsøker å få i gang ønsket boligbygging gjennom ulike investeringer som øker områdets attraktivitet, slik som å investere i kommunale bygg, møteplasser og grøntområder. I mange tilfeller tar kommunene også ansvar for en stor del av grunnlagsinvesteringene i teknisk infrastruktur for å fremme ønsket boligbygging.<sup>211</sup> Forutsigbare planprosesser og jevnt tilfang av byggegrunn er andre aktuelle strategier kommunene kan bruke for å dempe utbyggerens risiko (NIBR-rapport 2011:31).<sup>208</sup>

### 6.3.1.5 Bruk av utbyggingsavtaler

Etter plan- og bygningsloven §17-2 kan kommunen inngå utbyggingsavtaler i ny utbygging. En slik avtale gjør at kommunen kan utøve kommunal forkjøpsrett i utbyggingsprosjekt. Dette kan være et verktøy for kommunen til å gi bedre spredning av den kommunale boligmassen og motvirke dårlige bomiljø. Eksempelvis kan kommunen fordele sine kommunale boliger ved å kjøpe en andel boliger er i ulike prosjekt spredd rundt om i kommunen. Som et ledd i arbeidet med å optimalisere bruken av utbyggingsavtaler ble [ny modell for utbyggingsavtaler sendt på høring i sommer](#).

Utbyggingsavtaler kan blant annet regulere utbyggers bidrag til å finansiere teknisk infrastruktur som er nødvendig for byggeprosjektet, men kan ikke be om finansieringsbidrag til sosial infrastruktur. Slike finansieringsbidrag må stå i rimelig forhold til utbyggingens art og omfang og den belastning som den aktuelle utbyggingen påfører kommunen. Utbyggeres finansieringsbidrag kan framskynde

---

<sup>208</sup> Barlindhaug, R., og Nordahl, B. (2011). *Boligbyggingens prisrespons. For mange hensyn eller for lite tilrettelegging?* NIBR-rapport 2011:31

<sup>209</sup> og <sup>156</sup> Barlindhaug, R., Holm, A., og Nordahl, B., (2014) *Kommunenes tilrettelegging for boligbygging* (NIBR-rapport 2014:13)

<sup>210</sup> Barlindhaug mfl. (2014). *Boligbygging i storbyene og handlingsrom*. NIBR-rapport 2014:8

utbygging av offentlig infrastruktur som kommunene ikke kan prioritere i budsjettene sine, men slike krav kan også forsinke byggeprosessen.<sup>212</sup>

Bruk av føresegn og utbyggingsavtaler i en stor og liten kommune, representert henholdsvis ved Asker og Nittedal kommune:

*Asker kommune: For boligutbygging med 5 eller flere boenheter, kan det inngås utbyggingsavtale om fortrinnsrett for kommunen eller andre for kjøp av inntil 10 prosent av boligene til markedspris. Kommunen skal ha rett til å kjøpe minimum én boenhet i de minste boligprosjektene, for øvrig gjelder de vanlige normer for avrunding.*

*Nittedal kommune: For første gangs salg av et salgs-/byggetrinn har Nittedal kommune forkjøpsrett til markedspris for inntil 10 prosent av utbyggers boliger, men det gjelder kun for leiligheter. Utbygger plikter å oversende kommunen komplett elektronisk salgsinformasjon 21 dager før salgsstart. Kommunen har deretter 14 dagers frist til å utøve sin forkjøpsrett.*

### 6.3.1.6 Kjøp og salg av kommunal tomt på vilkår

Hvis kommunene selv eier tomtene, kan de ved salg kreve at det skal legges en klausul på tomten om at boligene for eksempel skal være utleieboliger, eventuelt nærmere spesifisert for grupper som eldre, unge eller studenter. Dette er et virkemiddel som kommunene bruker i liten grad, men som det kan være potensial for å benytte mer.<sup>213</sup> Enkelte kommuner ønsker å benytte salg av kommunale tomter til å påvirke sammensetningen av beboere og sikre bestemte kvaliteter. En del kommuner kjøper også tomter som skal brukes til boligformål, mens andre kommuner ikke ønsker å benytte tomtekjøp på denne måten.<sup>214</sup>

Kjøp og salg av tomter på vilkår er det sterkeste virkemiddelet som kommunene har til rådighet knyttet til kommuneplanens arealdel. Selv om kommunen kan påvirke en utbygging med å kjøpe boliger i et utbyggingsprosjekt, så kan ikke kommunen påvirke den sosiale profilen i nye utbyggingsprosjekt. Eier kommunen en tomt eller kjøper en tomt, så blir handlingsrommet betraktelig større. Da er det rom for å stille krav til sosiale faktorer for å få bygge på tomten. Dette kan ha høy relevans for hvordan kommunen legger til rette for egnede boliger for eldre. Mulige vilkår som kan brukes:

- Regulere hvem som kan kjøpe eller leie bolig. Eksempelvis eldre som bor i uegnet bolig i dag
- Regulere pris for sluttbruker som gjør det mulig for vanskeligstilte eldre å kjøpe/leie
- Standard på boligene. Kommunen kan for eksempel kreve at alle boligene som blir bygget skal oppfylle Husbanken sine krav til [livsløpsbolig](#).
- Basere prosjektet på utlyst konkurranse med konsept til fast satt pris.
- Organisasjonsform. Eksempelvis som borettslag der vedtektene nærmere kan regulere drift

Selv om handlingsrommet kan være stort ved kjøp og salg av tomt i kommunal regi er det mange som vegrer seg for å bruke dette virkemiddelet og det er et avgrenset antall kommuner som benytter dette.

---

<sup>212</sup> Gran mlf. (2018). *Finansiering av offentlig infrastruktur i utbyggingsområder*. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 36:2018.

<sup>213</sup> Bing Hodneland (2017). juridisk veileder.

<sup>214</sup> Barlindhaug, R., Holm, A., og Nordahl, B., (2014) *Kommunenes tilrettelegging for boligbygging* (NIBR-rapport 2014:13)

Det eksisterer mange ulike modeller på hvordan kommunen kan bruke tomtene sine, men det er viktig med en god dialog med utbygger og vurderinger knyttet til boligmarkedet i området. Et eksempel på dette er vilkår laget av [Bærum kommune for Vallerveien 146](#).

Her har kommunen eksempelvis i krav til prosjektet lagt inn krav om at en andel skal være rimelige boliger og noen skal være forbeholdt mottakere av startlån. I tillegg skal det bygges omsorgsboliger der kommunen har krav til utforming av boligene, samlokalisering og fellesrom.

### **6.3.2 Oppsummering regulatoriske virkemidler**

Som vi har vist i kapittel 3, er det flere lover med tilhørende forskrifter som regulerer roller og ansvar knyttet til bolig og helse- og omsorgstjenester for eldre. Av statlige virkemidler er byggt teknisk forskrift, TEK17, viktig for å bidra til at nye boliger oppfyller kravet til utforming som bidrar til økt tilgjengelighet også for personer med funksjonsnedsettelse. Kommunen kan med hjemmel i plan- og bygningsloven bruke ulike regulatoriske virkemidler i sin boligpolitiske rolle og for å følge opp ansvaret for god samfunns- og arealplanlegging i kommunen. Eksempler på dette er område- og detaljregulering og tomte- og utbyggingsavtaler.

## **6.4 Virkemidlenes plassering i omsorgstrappen**

Omsorgstrappen er ett av flere verktøy kommunene kan ta i bruk for å belyse og ivareta brukernes sammensatte behov, uavhengig av alder. Vi ønsker å utvikle denne trappen videre slik at også boevnen kan inngå som del av den eldres behov på ulike trinn i trappen. Dette som et grunnlag for å se tjenestebehov og boligbehov i sammenheng når tiltak skal velges, og på den måten også få et verktøy som gjør det mulig å vurdere virkemidlene knyttet til boligsituasjonen i sammenheng med tjenester som tilbys for å ivareta helse- og omsorgsbehovet til den enkelte.

I dette kapitlet gir vi først en kort introduksjon til omsorgstrappen som modell og beskriver den tilnærmingen vi har valgt for omsorgstrapp-modellen som brukes i denne kartleggingen.

Deretter vil vi plassere de ulike virkemidlene inn på aktuelle trinn i omsorgstrappen – og på den måten utvide omsorgstrappen til en bolig- og omsorgstrapp. Her vil vi belyse hvordan dagens virkemidler er innrettet med vekt på når i et aldrings- og behovsforløp virkemiddelet kan benyttes og hvilke behov de er innrettet mot å dekke.

### **6.4.1.1 Kort om omsorgstrappen som modell**

Omsorgstrappen beskriver det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede, og bygger på LEON-prinsippet som innebærer at helsetjenester skal ytes på *Laveste Effektive OmsorgsNivå* i helsevesenet. Tankegangen bak trappebegrepet er at de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan plasseres eller rangeres på ulike nivå. Omsorgstrappen finnes i mange ulike utforminger og modeller, og hver kommune har ofte utviklet sin egen omsorgstrapp slik at den er tilpasset og kan belyse kommunens tjenestetilbud.

Vi har hentet inspirasjon fra flere ulike modeller, men har basert hovedtilnærmingen på Helsedirektoratets omtale i rapporten *Helse- omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk – Eldres helse og*

*bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester.*<sup>215</sup> Her legges det til grunn tre kriterier som førende for hvor i trappen tjenestene skal plasseres. Dette er henholdsvis *brukerens bistandsbehov* (som reflekterer sykkelighet og funksjonsnedsettelse), *graden av spesialiserte tjenester* som kreves (eksempelvis behov for heldøgnsomsorg) og *ressursinnsatsen* som vil kreves per bruker. I tilfeller med større behov for hjelp til hverdagslige gjøremål eller i tilfeller med økt sykkelighet, vil en måtte øke volumet av eksisterende tjeneste på samme trinn eller vurdere å begynne med tjenester på høyere trinn.

#### **6.4.1.2 Omsorgstrappen slik vi bruker den**

I vår framstilling har vi vektlagt en inndeling som gjør det mulig å plassere inn virkemidlene i forhold til om de innrettes forebyggende, dvs. før behovet oppstår, eller underveis i et behovs-løp. Behovene øker på etter hvert som man beveger seg oppover i trappen.

Tilnærmingen bygger på kommunenes sørge-for-ansvar som innebærer at eldre, på lik linje med andre grupper, har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose eller funksjonsnedsettelse. Dette omfatter tjenester i hele spekteret fra ulike former for hjemmetjenester til heldøgns omsorg i institusjon eller annet tilbud med heldøgns omsorg. De fleste av kommunenes tjenester er lovpålagte i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men det finnes også tjenestetilbud i kommunene utover det som er lovpålagt som eksempelvis praktisk hjelp og matombringing.

For mange eldre vil behovet for kommunale tjenester komme som følge av funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å bli boende hjemme og klare seg selv. Funksjonsnedsettelse kan både handle om fysiske funksjonstap og tap av kognitive funksjoner. Både utfra hensynet til mer effektive og bærekraftige offentlige tjenester og av hensyn til den enkelte eldre som ofte ønsker å bo hjemme, er det et mål å utsette behovet for sykehjems plass. Det er derfor etablert en rekke virkemidler som kan støtte opp om muligheten til å bli boende hjemme på tross av aldring og funksjonstap. Boligvirkemidlene er dels innrettet mot å bidra til at boligene kan tilrettelegges, dels innrettet mot å bidra til at boligmarkedene har et bedre tilbud for personer med funksjonsnedsettelse og dels innrettet mot å påvirke den enkelte eldres egen vilje og evne til å gjøre tilpasninger og valg som forebygger behov for sykehjems plass eller plass med heldøgns omsorg.

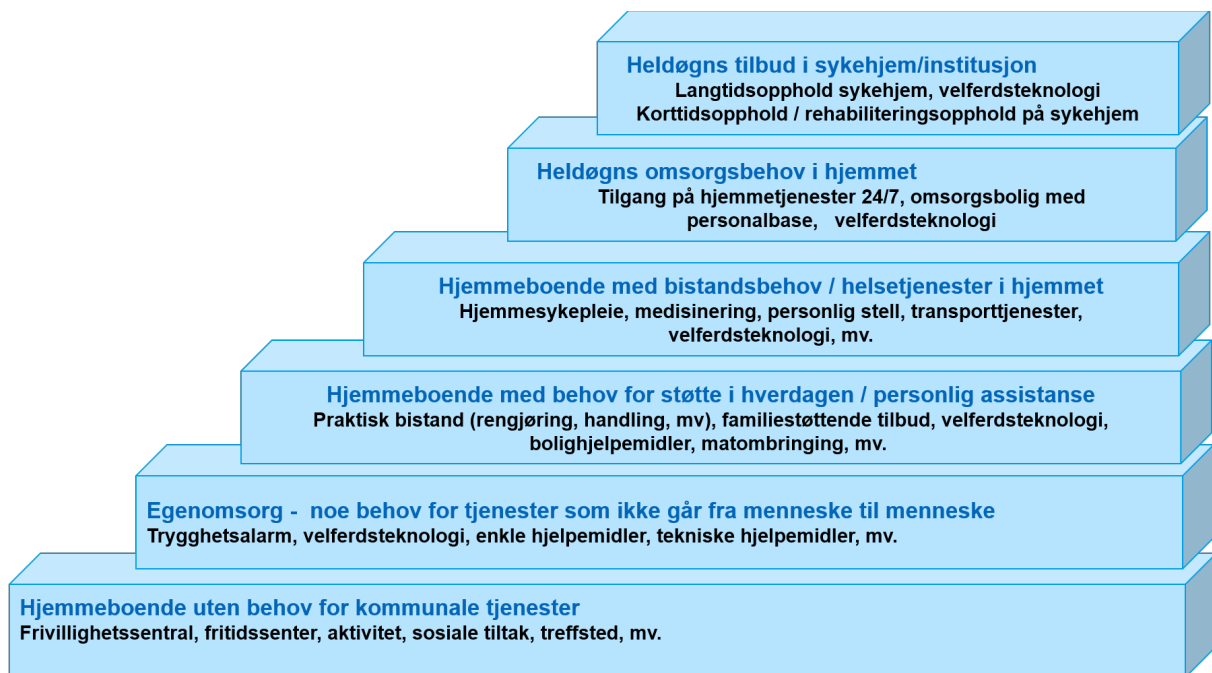
Når det gjelder tjenestebehov, ser vi at både omfang, spesialisering og ressursbehov øker på etter hvert som en beveger seg oppover i trappen. På det øverste trinnet finner vi tilbud i form av sykehjemsplasser. På nest øverste trinn finner vi tilbud i form av plass i heldøgns omsorgsboliger eller tilsvarende. På trinnene under der igjen har vi situasjoner der omsorgsbehovet er avtagende. Velferdsteknologi ligger inne i alle trappetrinnene, og viser at velferdsteknologi kan opptre i ulike former og med ulik grad av avanserte løsninger – fra enkle armbånd/trygghetsalarmer til avanserte følere på bad og i gulv som eksempelvis kan fange opp at en bruker faller og trenger hjelp.

Trinnene med de mest spesialiserte tjenestene øverst i omsorgstrappen krever i utgangspunktet størst ressursinnsats. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at en bruker kan ha behov for tjenester fra ulike trinn i trappen. Samlet tjenestebehov på lavere nivåer kan derfor summere seg opp til omfattende ressursbehov, uten at vedkommende bruker plasseres på et høyt trinn i omsorgstrappen. Forløpet mellom tjenestestart og tjenesteslutt er også svært individuelt, og kan

---

<sup>215</sup> Helsedirektoratet. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester*. Rapport IS-2375.

innbære sprang mellom trinnene i omsorgstrappen, både opp og ned. Ingen omsorgsforløp er like, men ofte vil de eldre ha et sykehusopphold nokså umiddelbart før innleggelse i sykehjem.



Figur 6-26 Omsorgstrapp - vår versjon

### 6.4.1.3 Plassering av virkemidler i trappen – fra omsorgstrapp til bolig- og omsorgstrapp

Som vi har sett ovenfor, viser omsorgstrappen hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester som kan være aktuelle på ulike trinn i trappen for å kunne avhjelpe bistandsbehovet hos en person med ulike grader av funksjonsnedsettelse. I dette kapittelet ønsker vi å videreutvikle omsorgstrappen, slik at en også kan se hvordan virkemidlene som inngår i kartleggingen kan plasseres på de ulike trinnene. Hensikten er å legge til rette for å se tjenestebehov og boligbehov i sammenheng når tiltak skal velges. På den måten kan en få et verktøy som bidrar til å se hvordan virkemidlene kan og bør innrettes og kombineres for å ivareta helse- og omsorgsbehovet til den enkelte.

Vi har først plassert de økonomiske virkemidlene som er omfattet av denne kartleggingen på de ulike trinnene i trappen. Selv om det enkelte virkemiddelet kan være aktuelt på flere av trinnene i omsorgstrappen, har vi her valgt å plassere virkemidlene på det trinnet hvor vi tenker at de tidligst kan være aktuelle. For flere av virkemidlene er det vanskelig å fastslå helt klart om de hører til i det ene eller det andre trinnet. Hensikten her er imidlertid ikke å fastslå en utvetydig sannhet, men å synliggjøre en tilnæringsmåte for hvordan virkemidlene kan koples opp mot omsorgsbehov og slik tilføre en ny dimensjon i omsorgstrappen – og utvikle denne til en «bolig- og omsorgstrapp».

I det nederste trappetrinnet, har vi plassert hjemmeboende (herunder også eldre) uten behov for kommunale tjenester. På dette trinnet i trappen finner vi personer som klarer seg selv. Det kan være at disse både helsemessig og økonomisk er i en situasjon hvor de har mulighet for å gjennomføre forebyggende tiltak både i forhold til egen helse og egen boligsituasjon med sikte på fortsatt å kunne



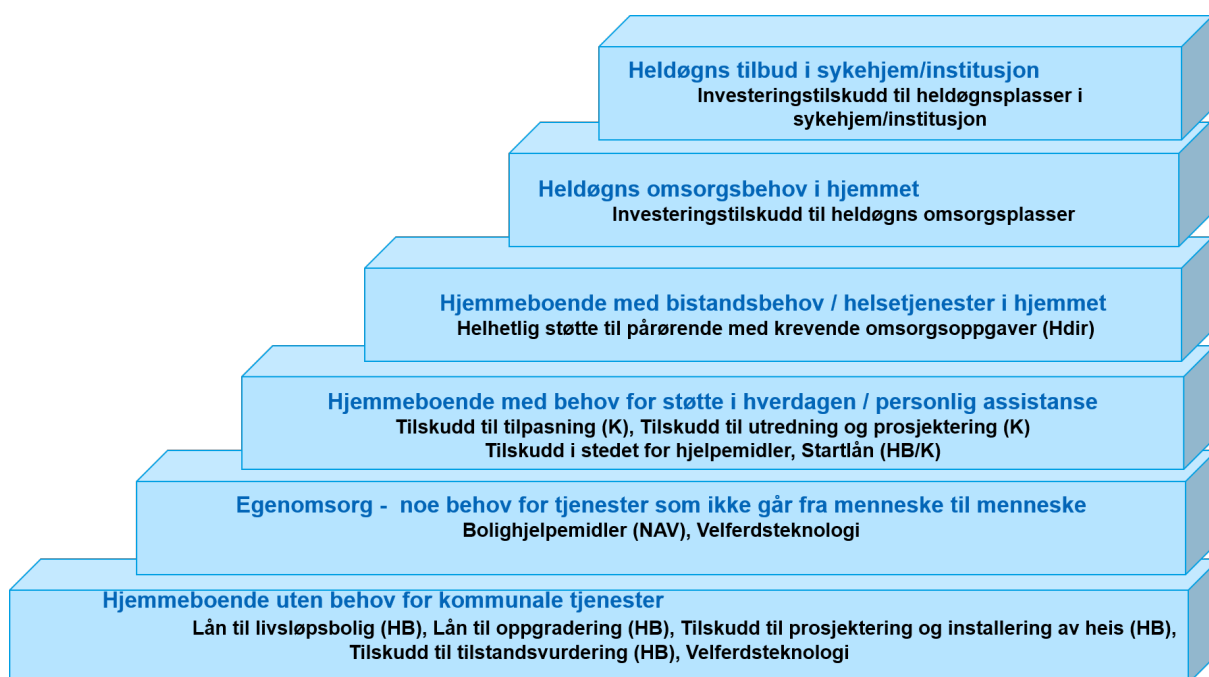
bo hjemme uten kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kan også være at de er i en situasjon hvor de i utgangspunktet har mulighet til å flytte til ny bolig, eller å bygge om eller tilpasse en eksisterende bolig slik at den også kan fungere i en situasjon med funksjonsnedsettelse. Men – det kan også hende at personer på dette trinnet i trappen av økonomiske eller helsemessige grunner ikke evner å gjøre forebyggende tiltak. I så fall vil de i en situasjon med aldring som medfører funksjonsnedsettelse, kunne havne på et høyere trinn i trappen hvor de blir avhengig av bistand fra det offentlige.

Som det framgår vil virkemidlene på trinn 1 i trappen, dvs. for hjemmeboende uten behov for kommunale tjenester, kun være virkemidler som kan brukes forebyggende, dvs. uten at tildeling/vedtak forutsetter at det foreligger funksjonsnedsettelse e.l. Eksempler her er lån til livsløpsbolig og tilskudd til prosjektering og installering av heis. Virkemidler til boligtilpasning som kun gis etter at behov har oppstått, eksempelvis ved oppstått funksjonsnedsettelse, kommer tidligst inn på trinn 2 i trappen, men kan også være aktuelle på høyere trinn i trappen. Vi har forutsatt at personer som er på trinn to i trappen i liten grad har funksjonsnedsettelse slik at det her primært er enklere bolighjelpemidler fra NAV som er aktuelle i tillegg til enklere velferdsteknologi. På trinn 3 har vi lagt til grunn at ulike virkemidler innrettet mot å avhjelpe et større behov som følge av funksjonsnedsettelse slår inn. På trinn 4 hvor vi har hjemmeboende med stort bistandsbehov, har vi plassert inn virkemidler som skal støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver.

På de to høyeste trinnene i omsorgstrappen vil investeringstilskuddet være det mest aktuelle virkemiddelet. Imidlertid kan det også være aktuelt å benytte virkemidler som bidrar til tilpasninger i boligen selv om beboeren er på disse trinnene i trappen. Dette gjelder eksempelvis dersom en person, herunder eldre, er på korttidsopphold på sykehjem for rehabilitering med sikte på å flytte hjem igjen. I noen tilfeller vil den eldre mulighet til å bo hjemme etter rehabiliteringsopphold kunne avhenge av at det gjøres tilpasninger i boligen, og i en slik fase kan for eksempel tilskudd til tilpasning eller oppgradering, eventuelt bolighjelpemidler eller tilskudd i stedet for hjelpemidler være aktuelle virkemidler å sette inn.

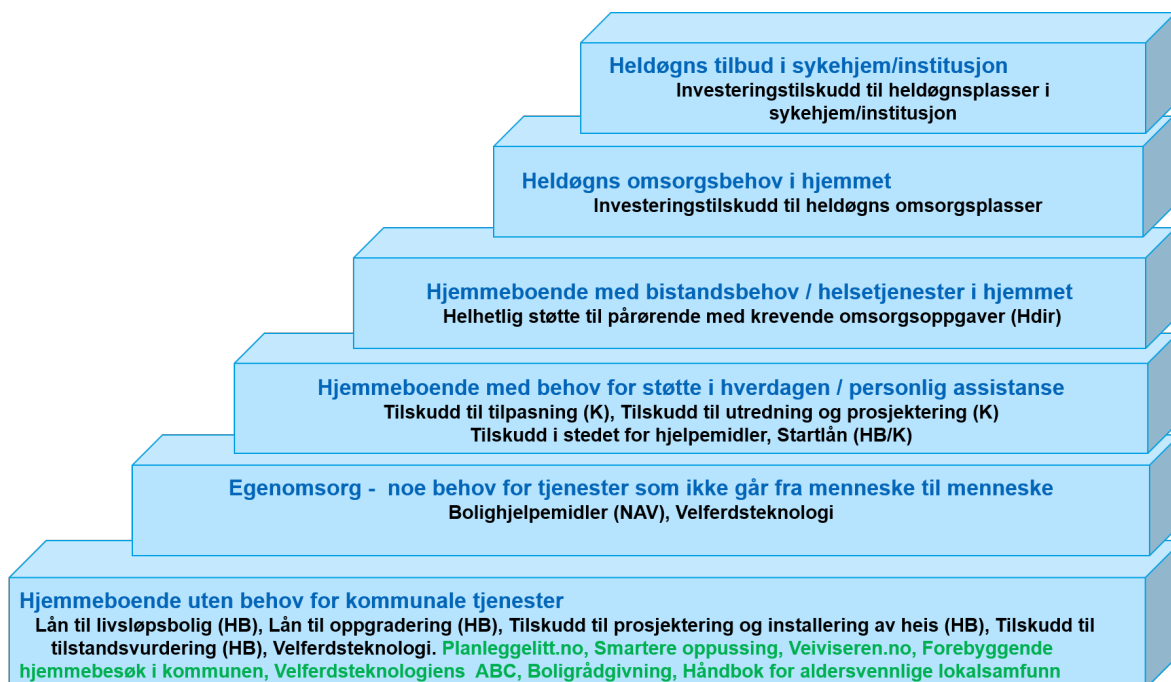
Selv om virkemidlene kan plasseres inn på ulike trinn i omsorgstrappen, er det viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis er slik at disse virkemidlene i praksis brukes slik at eldre som målgruppe nås. Som vi har sett i beskrivelsene foran, er det for de aller fleste økonomiske virkemidler slik at de dekker en bred målgruppe der eldre bare er en blant flere. Samtidig dekker mange av virkemidlene brede formål og tiltak, eksempelvis både boligtilpasning med sikte på bedret tilgjengelighet og energieffektiviseringstiltak. Hvor mye som reelt sett rettes inn mot eldre mulighet til å bli boende lenger hjemme er derfor svært varierende.

Investeringstilskudd til plasser i sykehjem og omsorgsbolig og bolighjelpemidler er de virkemidlene som tydeligst rettes mot eldre som målgruppe. Selv om tildeling av plass i sykehjem og omsorgsbolig avhenger av funksjonsnivå og ikke alder, er hovedtyngden av personer som benytter disse plassene eldre. Eldre er også en stor og viktig brukergruppe når det gjelder bolighjelpemidler.

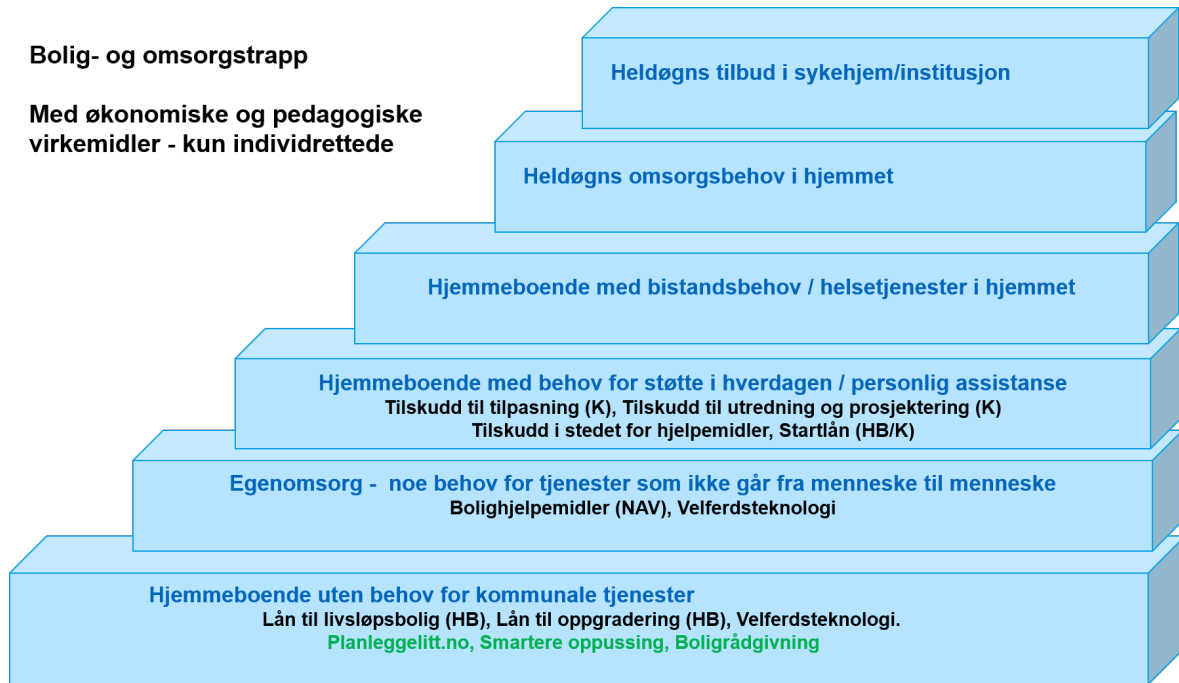


Figur 6-27 Bolig- og omsorgstrapp - med plassering av økonomiske virkemidler på aktuelle trinn – vår versjon

I en ny versjon av bolig- og omsorgstrappen nedenfor, har vi utvidet perspektivet slik at også de pedagogiske virkemidlene er lagt inn. I og med at disse som hovedregel kan nyttes før et behov oppstår, er de lagt inn på nederste trappetrinn, men kan selvsagt også komme til anvendelse på høyere trappetrinn. Vi har valgt å ikke plassere inn de regulatoriske virkemidlene i trappen siden disse i liten grad er rettet mot den enkelte eldres situasjon, men vil påvirke indirekte blant annet gjennom kravene som stilles i område- og detaljreguleringer, teknisk standard på nybygg mv.



I den siste versjonen av bolig- og omsorgstrappen, ser vi spesielt på virkemidler som er innrettet mot enkeltpersoner/husstander. Det innebærer at virkemidler innrettet mot boligsameier/borettslag og foretak, og virkemidler innrettet mot kommuner ikke tas med.



Figur 6-29 Bolig- og omsorgstrapp med kun individrettede økonomiske og pedagogiske virkemidler

## 7 Samlet bilde – perspektiver og problemstillinger

Vi forsøker i dette kapitlet å trekke sammen trådene fra kapitlene foran. Hensikten er å få et samlet blikk på kunnskapsgrunnlaget vi har funnet, og peke på områder hvor det vil være interessant å innhente mer kunnskap.

### 7.1 Kunnskapsgrunnlag og erfaringer – hva forteller kartleggingen oss?

Kartleggingen skal danne et kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med analyser, vurderinger og anbefalinger om hvordan stat og kommune på en mer effektiv måte kan legge til rette for at eldre tar ansvar for egen bosituasjon og blir boende hjemme lengst mulig.

Gjennom kartleggingen har vi samlet og dokumentert mye data, kunnskap og perspektiver. Her ser vi nærmere på hva funnene kan fortelle, noen interessante perspektiver og spørsmål vi har stilt oss gjennom arbeidet, og hvor vi savner mer kunnskap. Vi peker også på noen sentrale drivere som vil være vesentlige for områdegjennomgangen, men som vi bare omtaler helt overordnet i denne kartleggingen.

#### 7.1.1 Virkemidlenes innretning og mulige betydning

##### 7.1.1.1 Aktørene er tjent med at flere eldre har egnet bolig

Boligen er den enkeltes ansvar, men det er ingen plikt å skaffe seg en egnet bolig.

Som vi viste i kapittel 5, er det potensial for at eldre og unge eldre i større grad kan gjøre strategiske valg for egen bosituasjon, i forberedelse til alderdommen. Selv om mange eldre bor i en bolig som er uegnet for en situasjon for funksjonsnedsettelse, svarer mange at det ikke er aktuelt å gjennomføre noen form for tilpasning av boligen. Dette kan både ha økonomiske og helsemessige årsaker. Det kan også ha med å gjøre at eldre er den aldersgruppen som er mest tilfreds med egen bolig og derfor har høy terskel for å flytte. Mangel på egnede boliger kan også være en forklaringsfaktor.

Gjennomgangen i kapittel 4 viser at økningen i antallet eldre, og særlig de eldste eldre forventes å føre til en stor økning i kostnadene til omsorgstjenester, og at eldre og særlig de eldste eldre vil være en betydelig kostnadsdriver. Både den enkelte eldre og kommunen er tjent med at eldre kan bli boende i egen bolig lengst mulig og gjør forebyggende tiltak rundt egen bosituasjon. For kommunen gjelder dette fra et samfunnsmessig perspektiv knyttet til kostnader til helse- og omsorgstjenester. For den enkelte bidrar det til en mer stabil boligsituasjon på sikt og trolig høyere livskvalitet ved å kunne bli boende i eget hjem lenger.

Kommunen kan veilede til bruk av andre virkemidler og kan bidra til at eldre gjør forebyggende tiltak for egen bosituasjon, for eksempel med tilskuddstildeling. Kommunen har ikke plikt til dette. *Helse- og omsorgstjenesteloven* gjelder kommunens lovfestede plikt når et behov for helse- og omsorgstjenester har oppstått.

Virkemidlene rettet mot å påvirke boligsituasjonen og helse- og omsorgsbehovet til eldre skal legge til rette for at det blir gjort forebyggende tiltak og at de som har behov for tjenester får det. Et ideelt

resultat av virkemidlene som en helhet vil dermed være at eldre i størst mulig grad gjør strategiske valg rundt egen bosituasjon som et forebyggende tiltak, og at kommunen og stat først bidrar når den enkelte ikke lenger selv kan ivareta eget behov.

Gjennomgangen under ser nærmere på i hvilken grad dagens virkemiddelbruk på området legger til rette for dette.

### **7.1.1.2 Økonomiske virkemidler til forebyggende tiltak**

I kapittel 6.1.4 ble de ulike økonomiske virkemidlene kategorisert etter grad av behov for tjenester. Gjennomgangen viste at det er relativt få virkemidler som brukes forebyggende for å gjøre strategiske valg rundt egen bosituasjon.

I henhold til statistikken oppsummert i kapitel 5.2 bor de fleste eldre over 67 år i boliger som er bygget før 1980 og godt over halvparten bor i enebolig, tomannsbolig eller rekkehus (småhus). Boliger bygget før 80-tallet hadde få krav til tilgjengelighet i byggt teknisk forskrift. Småhus er også boliger som i mindre grad er egnede for eldre, eksempelvis sammenliknet med boligblokker med heis og alle nødvendige boligfunksjoner på inngangsplanet. Dette betyr at mange eldre bor i frittstående boliger som trolig er uegnet for en situasjon med nedsatt funksjonsevne. I så måte burde det være en motivasjon for en del av disse å tilpasse boligen med tanke på alderdommen.

Likevel er det få enkeltpersoner som søker og får lån til oppgradering fra Husbanken. De siste fem årene har i gjennomsnitt 16 personer i året fått lån til å oppgradere egen bolig. Hvorfor lånet blir gitt til så få enkeltpersoner påvirkes av mange faktorer. Det kan være strukturelt, som for høye krav for å få lån og for lite insentiv. Det kan også være et utnyttet potensial når det gjelder de pedagogiske virkemidlene som gir lite kjennskap til ordningen (både hos bransje, enkeltpersoner og kommuner) eller at mange eldre generelt sett ikke ser nytten av å ta opp lån for å investere i tilgjengelighet og forebyggende tiltak i egen bolig, eller vurdere at nytten er lavere enn kostnaden. Ser en på lån til livsløpsbolig blir dette også i liten grad gitt til personlige søkere fordi det i hovedsak er utbyggere som videreformidler lån til kjøpere i boligprosjekter. Siden hver mottaker av lån ikke registres med alder er det vanskelig å si hvor mange eldre som nyttiggjør seg av lån til oppgradering og lån til livsløpsbolig.

### **7.1.1.3 Økonomiske virkemidler ved oppstått behov**

Ved oppstått eller nært forestående behov for en mer tilpasset bolig, er det flere økonomiske virkemidler som kan tildeles enkeltpersoner. Dette inkluderer startlån, tilskudd til utredning og prosjektering og tilskudd til tilpasning som kommunen har ansvar for og rettighetsbaserte bolighjelpemidler og eventuelt tilskudd i stedet for hjelpemiddel fra NAV. For disse ordningene er det færre absolutte krav og fleksibiliteten er større. Kommunen plikter til å behandle søknader om de økonomiske virkemidlene jfr. føringer fra *Bustøttelova*, men har ikke plikt å gi tilsagn.

Insentivet for kommunen til å ta i bruk de økonomiske virkemidlene bør være stor, ettersom en mer tilpasset bolig kan redusere tidsbruk og kostnader for helse- og omsorgstjenester og kunne utsette behovet for omsorgsboliger og sykehjem. Gjennomgangen av økonomiske virkemidler tyder på at kommunene generelt bruker disse lite på eldre over 67 år og at bruken for tilskuddsordningene som ble overført til kommunenes rammetilskudd ser ut til å ha en nedgang. Det virkemiddelet som i størst grad blir brukt for å bedre bosituasjonen for eldre i uegnet bolig er rettighetsbaserte

bolighjelpemidler fra NAV der innkjøp, vedlikehold og montering/demontering blir finansiert av staten.

Det å bidra til at eldre med behov for tjenester får en mer egnet bolig vil trolig gi lavere kostnader knyttet til helse- og omsorgstjenester og et utsatt behov for heldøgns omsorg. Selv om kommunen har incentiver for å aktivt bruke lån og tilskudd som de forvalter forebyggende for å bidra til at eldre får en mer egnet bolig, så tyder tallene på at de gjør det i forholdsvis liten og redusert grad. Det kan være mange årsaker til at kommunene i mindre grader bruker økonomiske virkemidlene de har til rådighet for å bedre bosisasjonen for eldre som bor i en uegnet bolig. Det kan eksempelvis være manglende kjennskap til ordningene i kommunene, prioriteringer opp mot andre områder eller at incentivet for den enkelte eller kommunen er for små. Rettighetsbaserte, statlig finansierte hjelpemidler kan også påvirke kommunenes incentiver til å tilby andre, egnefinansierte løsninger. I hvilken grad disse og andre faktorer påvirker virkemiddelbruken har ikke blitt vurdert nærmere i denne kartleggingsrapporten.

#### **7.1.1.4 Bruk av økonomiske virkemidler som kan gis ved omfattende behov**

Investeringsstilskuddet er det økonomiske virkemiddelet det har blitt brukt mest penger på fra statens side som påvirker boligsituasjonen til eldre direkte. De tre foregående årene er det samlet gitt 10,2 mrd. i tilskudd. Det er også det virkemiddelet der tilskuddssatsen er størst. Her dekker staten gjennom tilskudd fra Husbanken inntil 45 prosent av kostnaden for omsorgsboliger og 55 prosent av kostnadene for sykehjemsplasser, i tillegg til momskompensasjon. Dette innebærer at staten og kommunen deler det økonomiske ansvaret for investeringer på området. Investeringskostnaden for kommunen er derfor lavere enn den reelle totalkostnaden for det offentlige som helhet. Spørsmålet er på hvilken måte dette påvirker investeringene som gjøres i sykehjem og omsorgsboliger.

I henhold til *helse- og omsorgstjenesteloven* og kommunens «sørge for»-ansvar er kommunen pliktet til å ha tilbud til eldre og andre med behov for omfattende tjenester. Nivået på tilskuddssatser og en sterk lovfestet plikt til å tilby nødvendige tjenester til de med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester kan være to av driverne for kommunenes bruk av omsorgsboliger og sykehjem som en sentral del av eldre(bolig)politikken. Denne kartleggingsrapporten har ikke gått nærmere inn på det helhetlige bildet på hva som påvirker kommunenes vurderinger og prioriteringer på området.

### **7.1.2 Datakilder, begrepsbruk og kunnskapsgrunnlag**

#### **7.1.2.1 Utgifter til helse- og omsorgstjenester**

Det har vært en ambisjon å belyse helse- og omsorgsutgifter til eldre, men kartleggingen viser at det er krevende å framskaffe tallgrunnlag som belyser kostnader knyttet til relevante aldersgrupper. Ettersom helse- og omsorgstjenester gis etter behov, er utgiftene ikke spesifisert på alder. Vi har derfor måttet basere oss på estimater og beregninger gjort i utvalgte statistikker og enkeltanalyser. En svakhet ved disse er at flere av dem har gamle data, eller kun omfatter et utvalg av kommuner.

#### **7.1.2.2 Ulik begrepsbruk**

Kartleggingen har vist at det eksisterer et omfattende kilde- og statistikkgrunnlag både hva angår utgifter til helse- og omsorgstjenester og om bruk og bruksmønster. Samtidig viser kartleggingen at

begrepsbruk og definisjoner av ulike sentrale begreper varierer mellom kilder og statistikker. Dette har gitt utfordringer i arbeidet med å sammenstille og sammenlikne data fra ulike kilder.

Med bakgrunn i erfaringene som er gjort kan en stille spørsmål ved om det hadde vært hensiktsmessig med en bedre samordning av begrepsbruk og statistikk.

### **7.1.2.3 Mye sektorvis kunnskap som det er viktig å se i sammenheng**

Det finnes et stort og mangfoldig kunnskapsgrunnlag som dekker store deler av temaene for denne kartleggingen. Det finnes en stor mengde dokumenter i form av evalueringer, rapporter, kartlegginger, analyser, mv. Disse har som hovedregel oppmerksomheten innrettet mot sektorvise utfordringer og virkemidler. Kunnskapstilfanget er derfor stort, men noe fragmentert. En utfordring er å se kunnskapen i sammenheng på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

## **7.1.3 Informasjon vi ikke har funnet i eksisterende kunnskapsgrunnlag**

Kartleggingen er basert på allerede tilgjengelig kunnskap. Selv om kunnskapstilfanget som omtalt over er stort, har vi erfart at det er noen områder hvor kunnskapen er mangelfull. I avsnittene under belyser vi noen aspekter som ville vært belyst nærmere hvis kunnskap hadde vært tilgjengelig.

### **7.1.3.1 Insentiver og effekter for målgruppen eldre**

Vi har begrenset kunnskap om effektene for målgruppen eldre når det gjelder dagens økonomiske virkemidler. Dette gjelder både for de statlige og de kommunale økonomiske virkemidlene, og har sammenheng med at virkemidlene som inngår i kartleggingen i liten grad er spesifikt rettet mot eldre som målgruppe. Vi har derfor ikke funnet evalueringer som særlig belyser dette.

Ifølge Statistisk sentralbyrå vil framtidens eldre skille seg fra dagens eldre når det gjelder blant annet utdanning, økonomi og boforhold. Hvordan dette slår ut og hvilken betydning det kan ha for behov og innretning på økonomiske virkemidler framover har vi heller ikke belyst i denne kartleggingen.

De pedagogiske virkemidlene vektlegger økt kunnskap og oppmerksomhet om fordelene som ligger i å framskaffe egnede boligløsninger for eldre fremover, og vil kunne gi økt legitimitet til handling både for den enkelte og for det offentlige. Pedagogiske virkemidler rettet mot kommunene, oppfordrer til å se ulike sektorer, herunder helse og omsorg, i sammenheng med boligpolitikken. Vi har gjennom denne kartleggingen fått liten innsikt i hvilken grad de pedagogiske virkemidlene brukes, oppfattes og virker. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad disse tilbudene benyttes og sees i sammenheng, samt treffer behov hos dagens og morgendagens eldre.

Videre er det et spørsmål om vi vet nok om hva målgruppen kjenner til og ser som interessant og nyttig, og hva som reelt sett gir mest påvirkningskraft. SINTEF påpeker i sin rapport at det er et stort potensial i å informere beboere om de økonomiske virkemidlene de har til rådighet. Denne informasjonen kan komme gjennom oppsøkende virksomhet fra kommunen hos nye boligeiere eller markedsføring gjennom plattformer som sosiale medier og tv.<sup>216</sup>

---

<sup>216</sup> Høyland, K., Denizou, K., Halvorsen, T. og Moe, E. *Bo hele livet. Nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung*. SINTEF Fag 65

### **7.1.3.2 Tilskuddsordninger overført fra Husbanken til kommunenes rammetilskudd**

For de kommunale boligtilskuddene som ble overført i rammetilskuddet til kommunene i 2020 er det ikke eksakte tall for bruken. Når det gjelder tilskudd til etablering og tilpasning er det mulig å hente ut noen tall gjennom Startskudd, som er kommunenes saksbehandlingssystem for startlån og tilskudd. Det er ikke obligatorisk å bruke Startskudd ved behandling av tilskudd. Det er mulig noen kommuner bruker egne system for forvaltning av tilskuddene. Derfor kan en ikke med sikkerhet si at tallene som er tilgjengelig viser all bruk av tilskuddet. For tilskudd til utredning og prosjektering er det ikke mulig å hente ut tall gjennom Startskudd da det ikke er en del av saksbehandlingssystemet. Derfor er det ingen data som kan si noe om kommunenes bruk av dette tilskuddet etter 2019.

## **7.2 Problemstillinger det kan være interessant å se nærmere på**

I denne delen ønsker vi å trekke sammen trådene fra kartleggingen og peke på perspektiver og problemstillinger det kan være interessant å se nærmere på. Videre omtaler vi viktige drivere som vil være av betydning for problemstillingene i denne områdegjennomgangen, men som vi av tidshensyn ikke har kunnet gå nærmere inn på i kartleggingsarbeidet.

### **7.2.1 Hva vet vi om sammenhengen mellom økt levealder og omsorgsbehov?**

Utgangspunktet for denne områdegjennomgangen er at vi blir flere eldre og at dette vil gi økte offentlige utgifter. Samtidig viser utviklingstrekkene på den ene siden at forbruket av helse- og omsorgstjenester til eldre går ned, målt i andel av brukerne – og på den andre siden at en vekst i antall eldre, og spesielt de eldste eldre, trolig vil bety flere eldre med stort hjelpebehov.

Blant eldre over 67 år er det hos de eldste aldergruppene vi finner det største tjenestebehovet når det gjelder helse- og omsorgstjenester. Samtidig viser statistikken at yngre i gjennomsnitt mottar flere timer bistand enn eldre. De siste tiårene har det også vært en sterk vekst i antall yngre brukere.

Parallelt med denne utviklingen har det skjedd en vridning i sammensetningen av tjenester i retning av mer vekt på tjenester til hjemmeboende. Historisk sett har utgifter til omsorg i institusjon vært større enn utgifter til tjenester til hjemmeboende i kommunene, men dette bildet ble på begynnelsen av 2000-tallet snudd. Mens sykehjem og tjenester til hjemmeboende for 30 år siden i hovedsak var eldreomsorg, var nær 40 prosent av de som mottok helse- og omsorgstjenester gjennom året i 2016 under 67 år.

Disse utviklingstrekkene illustrerer at sammenhengen mellom økt levealder og framtidige behov for helsetjenester er usikre. Det er behov for mer kunnskap om årsakene til dette og hvordan disse sammenhengene kan slå ut.

### **7.2.2 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved at eldre bor hjemme**

I Meld. St. 15 (2017-2018) sies det at «... Det er en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst ved at eldre kan bli boende i egen bolig og få pleie og omsorg her framfor å måtte flytte på institusjon.»



Kartleggingen av eksisterende kunnskap viser at forhold som omfanget av den enkeltes tjeneste- og omsorgsbehov, reiseavstand for personalet som skal gi bistand og pleie i hjemmet, boligens egnethet for bistand (eksempelvis uegnete bad som krever at to personer må reise ut for å gi nødvendig hjelp og bistand), mv. påvirker både den enkeltes trygghet og livskvalitet og effektiviteten og bærekraften i helse- og omsorgstjenestene.

Et deltema som vi bare i begrenset grad har funnet data på i kartleggingen, er konsekvenser av reiseavstander for den kommunale hjemmetjenesten. Hvor stor kan reiseavstanden mellom tjenestebase og Eldres bosted være før det er mer lønnsomt å tilby tjenestene samlet for eksempel ved at kommunen tilbyr boligfellesskap mer sentralt?

En utfordring i eventuelle samfunnsøkonomiske analyser er at sammenheng mellom tiltak i boliger på den ene siden, og effekter på behovet for hjemmetjenester og institusjon på den andre siden, er uklar. Dette gjelder både på individnivå og ved mer aggregerte analyser. En annen utfordring er fordelingen av kostnader og gevinster mellom stat, kommune og individ.

Det kan være interessant å belyse nærmere hvordan ulike premisser påvirker den samfunnsøkonomiske nytten ved at flere eldre kan bli boende i egen bolig og få pleie og omsorg hjemme. En mer helhetlig inngang til hvilke parametre som påvirker, og hvor lenge det faktisk er samfunnsøkonomisk lønnsomt at eldre bor hjemme vil gi ny innsikt av betydning for virkemiddelvalgene framover.

### **7.2.3 Sammenhengen mellom bosituasjon og tjenestebehov**

At eldre bor hjemme i egnede boliger kan bidra til mer effektive og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester. En egnet bolig kan legge til rette for at eldre kan bo lenger hjemme og klare seg selv og på den måten utsette et behov for framtidige helse- og omsorgstjenester i eget hjem eller institusjon. En egnet bolig kan også tilrettelegge for bedre kvalitet og effektivitet i hjemmebaserte tjenester.

Egnede boliger for eldre handler både om tilgjengelighet og beliggenhet. Tilgjengelighet kan måles på flere måter, og kan både være basert på subjektive og objektive kriterier. Behovet for tilgjengelighet i boligen varierer ut fra fysiske og kognitive behov til den enkelte eldre. I den sammenheng er det viktig å ta med at det ikke nødvendigvis er et sammenfall mellom det den enkelte selv opplever som en egnet bolig og det som er egnet etter de kommunale hjemmetjenestenes vurdering. Eksempelvis kan dårlig tilpassede bad kunne medføre at det trengs to personer til å utføre bistanden, noe som kan gi et effektivitetstap i de kommunale tjenestene. Beliggenhet kan ha betydning både for den enkeltes trivsel og trygghet, men også for hvor ressurskrevende og hensiktsmessig det vil være å yte hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, blant annet som følge av reisevei. Kombinasjonen av lang reisevei og stort bistandsbehov, for eksempel i form av flere besøk per dag, vil ha betydning.

Bolig er den enkeltes eget ansvar. NOVA-rapport 11/16 indikerer at et stort flertall i befolkningen likevel mener at det offentlige har et betydelig ansvar for Eldres boligsituasjon. Vi har i denne kartleggingen vist til flere analyser og rapporter som peker på at en stor del av hjemmeboende i liten grad gjør tilpasninger i egen boligsituasjon i forberedelse til alderdommen, enten det handler om å flytte til mer egnet bolig eller det handler om å gjøre tilpasninger i den boligen man bor i. Dette kan ha mange årsaker, men NOVA-rapport 11/16 tegner et bilde av eldre som en gruppe som økonomisk sett vil ha mulighet til å planlegge for egen alderdom. I lys av dette er det interessant å se nærmere på NOVA-rapportens funn når det gjelder Eldres forståelse av eget ansvar og hva dette kan ha å bety for ønsket om at flere bor hjemme lenger.

Samtidig som bolig er den enkeltes ansvar, finnes det et sikkerhetsnett fra det offentlige i form av ordninger for vanskeligstilte, rettighetsbaserte bolighjelpemidler over folketrygden, samt gunstige låneordninger og statlige og kommunale tilskudd. Hvordan dette påvirker insentivene for den enkelte til selv å ta strategiske boligvalg vet vi lite om. På den ene siden kan dette bidra til at den enkelte utsetter tiltak til behovet oppstår og ulike virkemidler som kun er tilgjengelige ved funksjonsnedsettelse slår inn. På den andre siden kan forutsetningene hos dagens og morgendagens eldre med hensyn til økonomi, holdninger og preferanser innebære en større bevissthet om selv å ville velge hvordan en vil bo i alderdommen. Det kan gi insentiv til handling når en selv finner det passende og med egne midler. Det kan være interessant å undersøke dette nærmere, blant annet for å kunne vurdere om det er et uutnyttet potensial for bruk av pedagogiske virkemidler.

Den enkeltes evne og insentiver til å bo hjemme lenger avhenger i tillegg til egen helse av bl.a. av forhold som mulighet for bistand fra pårørende, trygghet for tilgjengelige tjenester når man trenger dem, i hvilken grad egen økonomi gjør det mulig å gjøre strategiske boligvalg som tilpasning av eksisterende bolig eller flytting til ny bolig, kostnader ved å tilpasse boligen, boligmarkedet i området hvor vedkommende bor, med videre. Dette kan være spesielt utfordrende i distrikter med «tynne boligmarkeder».

I lys av problemstillingene over, kan det være interessant å se nærmere på forhold som:

- Er det økonomisk rasjonelt å påvirke til forebyggende tilpasninger «hos alle» for å møte et mulig behov hos «noen» senere i livet?
- Hvor stor er gruppen som ville kunne klart seg lenger hjemme ved tilpasninger i boligen?
- Hva skal til for at privatpersoner selv gjør nødvendige tilpasninger i egen bolig?
- Når og hvor store boligtilpasninger er det hensiktsmessig å gjøre for å gjøre boligen egnet, sett opp mot muligheten for å utsette eller redusere et bistandsbehov? Hvordan vil forhold som boligens beliggenhet og aktuell helsesituasjon påvirke dette?

## 7.2.4 Fra eget hjem til sykehjem

Et mål med områdegjennomgangen er å finne løsninger slik at eldre kan leve et mest mulig selvhjulpent liv som utsetter behovet for bistand fra det offentlige, og på sikt behovet for en heldøgns bemannet omsorgsplass.

Til tross for oppmerksomheten på sykehjem, både i den offentlige debatten og gjennom et eget investeringstilskudd, har antallet plasser i sykehjem vært stabilt over tid, på om lag 40.000 plasser. Andelen eldre (80+) som bor på sykehjem går ned. I 2015 var andelen over 80 år eller eldre som bodde på sykehjem 13,6 prosent, mens dette tallet i 2020 var på 11,4 prosent. Videre ser vi at botiden i sykehjem har gått ned, både målt i gjennomsnitt og median.<sup>217</sup>

Gitt at utviklingen over tid har vist en nedgang i andelen eldre i sykehjem, er det slik at terskelen for å tildele langtidsplass i sykehjem er hevet? Eller kan dette tilskrives endret helsetilstand i den eldre del av befolkningen? Sentrale spørsmål å undersøke videre er blant annet:

- Hvilke forutsetninger må være på plass for at eldre skal kunne bli boende lenger hjemme?
- I hvor stor grad vil det at eldre blir boende lenger hjemme påvirke etterspørselen etter heldøgns omsorgsplasser?
- Hvor lenge vil en kunne utsette en sykehjems plass?

---

<sup>217</sup> Helsedirektoratet (2017): Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. Analysenotat 2/17

- Hvor syke er/omfattende bistandsbehov har de som bor i sykehjemmene i dag?
- Har terskelen for å få bistand i hjemmet eller plass på sykehjem endret seg?

I den sammenheng kan det være interessant å se på hvilke tiltak som settes inn til ulike tidspunkt i et forløp, f.eks. antall timer med tjenester i hjemmet rett forut for innleggelse i sykehjem. Helse- og omsorgstjenester ytes etter behov, og det vil derfor ikke finnes en «typisk sykehjemsbeboer» eller «typisk mottaker av hjemmetjenester». Det vil likevel være mulig å finne noen fellestrekk av interesse, som kan være utgangspunkt for videre analyser. Funn fra ulike undersøkelser viser imidlertid at eldre gjennomgående mottar få timer hjemmetjenester i siste måned før innleggelse i sykehjem, mellom 1 til 18 timer hjemmesykepleie.<sup>218 219</sup> Tilsvarende viser de samme undersøkelsene at pårørende i gjennomsnitt yter mellom 142-160 timer uformell omsorg per måned i samme periode. Denne typen betraktninger kan være interessant for å illustrere hva som skal til for å opprettholde funksjoner eller utsette et behov for plass med heldøgns omsorg, og dermed finne noen fellestrekk.

Det er også interessant å se nærmere på kommunal tildelingspraksis. Vi har ikke hatt mulighet til å se på dette i kartleggingen, men har i dialog med enkeltkommuner fått inntrykk av at bevissthet om hvordan kommunen bør møte den eldre, og betydningen av god kartlegging av vedkommendes reelle behov, vektlegges. Noen kommuner har påpekt at ved å bruke mer tid i første møte med brukeren, kan hver bruker få et tilbud som er bedre tilpasset vedkommendes helse og boligsituasjon- og ofte også et mindre omfangsrikt tjenestetilbud enn det en enklere tildelingspraksis ville gitt.

SSB oppgir i rapporten «Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester» fra 2013 at eldre er hyppige brukere av sykehustjenester. De ligger også oftere og lenger på sykehus enn yngre. Seks av ti personer 70 år og over hadde kontakt med somatiske sykehus i 2011. Hjerter- og karsykdommer, skader og kreft er de vanligste årsakene til sykehusopphold blant eldre. Sammenhengende tjenester, gode overganger, rehabilitering og oppfølging etter sykehusinnleggelse vil også kunne ha betydning for hvor lenge den enkelte klarer seg hjemme.

### **7.2.5 Kostnads- og gevinstbetraktninger hos den enkelte i eldre år**

En problemstilling som kartleggingsarbeidet ikke har gått inn i, men som kan være interessant å se nærmere på, er i hvilken grad og hvordan Eldres valg om tilpasninger i egen boligsituasjon farges av mer eller mindre eksplisitte kost-nytte betraktninger. Boligtilpasninger kan være kostbare, samtidig som rest-botid kanskje vurderes å være relativt kort enten fordi en har nådd en høy alder, eller fordi helsesituasjonen tilsier at behov for heldøgnsomsorg anses nært foreliggende. Dersom kostnaden er høy og gevinsten for den eldre anses kortvarig eller liten, kan motivasjonen for å gjøre tiltak være liten. Det at kommunen oppnår gevinst gjennom utsatt behov for sykehjems plass eller mer effektiv utførelse av hjemmebaserte tjenester, er forhold som den enkelte eldre antakelig i liten grad anser som motivasjon for å påta seg økte kostnader når rest-levetiden anses begrenset.

<sup>218</sup> Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) langversjon

<sup>219</sup> Ydstebø, A E (2020): Hjemmeboende personer med demens: Hva påvirker deres livskvalitet og bruk av helse- og omsorgsressurser. Tidsskrift for omsorgsforskning, årgang 7 nr. 1-2021

## 7.2.6 Økonomiske incentiver og ansvars plassering

Det finansielle ansvarsprinsipp innebærer at forvaltningsnivået eller enheten som har beslutningsmyndighet på et område, også skal bære kostnadene ved beslutninger som tas. Rammestyring av kommuneforvaltningen er i tråd med dette prinsippet og legger til rette for gode avveininger av nytte og kostnad ved beslutningene, samtidig som det bidrar til å plassere beslutningen i en helhet. Som Perspektivmeldingen 2021 peker på, gir det effektiv ressursbruk fordi kommunene får mulighet til selv å vurdere hvilke behov innbyggerne har, prioritere mellom ulike oppgaver og bestemme hvordan kommunens oppgaver skal løses innenfor rammene av lover og annet regelverk.

Øremerkede tilskuddsordninger bryter med det finansielle ansvarsprinsipp. I det videre arbeidet vil det være interessant å se nærmere på hvilke økonomiske incentiver som skapes av finansieringssystemet, herunder bestemmelser om egenandeler, når det gjelder valg av tjenestesammensetning i kommunene. Kan det være slik at helheten av dagens finansiering og virkemidler skyver utgifter over på andre aktører enn det som er tiltenkt? Det kan eksempelvis være fra den enkelte til kommunene, fra kommune til pårørende, fra stat til kommune eller fra kommunene til staten. Dette er sentralt for vurderinger av den enkeltes ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom og hvilke incentiver offentlige ordninger i dag gir for å ta dette ansvaret.

Vi har i kartleggingen vist til en rapport fra HERO 2011 *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986 – 2010* der det er gjort ulike analyser for å belyse i hvilke situasjoner det vil være mer lønnsomt for kommunen å tilby hjemmebaserte tjenester framfor institusjonsomsorg. Rapporten er over 10 år gammel, og bygger slik sett på tall og premisser som kan være endret i dag. Rapporten understreker at analysen først og fremst er en illustrasjon av de økonomiske incentivene som kan skapes av finansieringssystemet for kommunene i valg av tjenestesammensetning.

Hovedkonklusjonen til Hero er at finansieringssystemet i 2011 gir økonomiske incentiver for kommunen til å satse på heldøgns bemannede omsorgsboliger for pleietrengende eldre hvis den inntektsavhengige brukerbetalingen dekker mindre enn ekstrautgiftene kommunene har i institusjon.

## 7.3 Viktige drivere av betydning for områdegjennomgangen og som ikke er belyst

Sammenhengen mellom utviklingen i behovet for helse- og omsorgstjenester og Eldres boligsituasjon er et stort og sammensatt tema. Siden kartleggingen er gjennomført innenfor en tidsavgrenset periode, har det ikke vært rom for å gå nærmere inn i samtlige problemstillinger og spørsmål.

Nedenfor nevnes temaer som vurderes å ha betydning for denne områdegjennomgangen, men som det ikke har vært rom for å belyse og drøfte i kartleggingen.

### 7.3.1 Utvikling i antall personer med demens

I tillegg til den «generelle» aldringen i befolkningen, er antallet personer med demens ventet å øke betraktelig i årene framover. Det vil variere hvor stort behov personer med demens vil ha for tjenester, men dette er en diagnose uten noen form for kur per i dag. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt være helt avhengig av hjelp. Gjennom Demensplan 2020 har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse gjennomført en forekomstundersøkelse av demens i Norge. Undersøkelsen slår fast at det i 2020 var vel 101.000 personer med demens i Norge, og at dette er

estimert til å øke til 236.789 i 2050 og til 380.134 i 2100. Dette vil skape et press på helse- og omsorgstjenestene.

Prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) har anslått at de årlige kostnadene for personer med demens er 358.000 kroner (per person). I 2020 var etter disse kostnadsanslagene, utgiftene på om lag 3,6 mrd. kroner Dette er tall fra 2015, men gir en klar indikasjon på kostnadene knyttet til demens.

Problemstillingen belyses også i Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. Meldingen viser til en samfunnsøkonomisk analyse av kostnadene knyttet til demens hvor det framgår at den siste måned før innleggelse på sykehjem får pasienter med demens fire timer hjemmesykepleie og litt hjemmehjelp i uken. 20 prosent av dem har også et dagtilbud 1,5–2 dager i uken. Til sammenligning viser meldingen til at kostnadene i sykehjem er godt over 1 mill. kroner per plass per år i gjennomsnitt. Dette innebærer at antall timer med hjemmebasert omsorg kan økes betydelig, før kostnadene tilsvarer kostnadene til en sykehjemsplass.

Prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) ved Alderspsykiatrisk forskningssenter ved sykehuset Innlandet har sett på hva som skal til for å opprettholde funksjoner eller utsette et behov for plass med heldøgns omsorg for personer med demens. I rapporten Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)<sup>220</sup> viser de til at personer med demens får en moderat økning i antall timer hjemmesykepleie fra diagnosetidspunkt til innleggelse på langtids plass i sykehjem fra 9 til 16 timer i måneden i gjennomsnitt. Disse tallene er sammenfallende med statistikken over gjennomsnittlige timer til eldre med omfattende bistandsbehov.

Det er en relativt stor forskjell fra 16 timer i måneden til å motta heldøgns omsorgstjenester i sykehjem, selv om tjenestebehovet må antas å ikke være endret fra én dag til den neste. En antakelse kan være at for en hjemmeboende bidrar pårørende med omfattende bistand, mens denne innsatsen reduseres ved innleggelse i sykehjem. Pårørendeomsorg, eller uformell omsorg i Norge er beregnet til å utgjøre 136.000 årsverk<sup>221</sup>. Til sammenligning utgjør den kommunale omsorgstjenesten om lag 142.000 årsverk. De nevnte årsverkene til uformell omsorg omfatter ikke bare omsorg for eldre. Tall fra REDIC viser at personer med demens mottar 160 timer bistand fra pårørende per måned i snitt rett før innleggelse, mens dette faller til 6,7 etter innleggelse på sykehjem.

Tilsvarende viser en doktoravhandling<sup>222</sup> ved Universitetet i Stavanger at kun halvparten av nyinnlagte sykehjemsbeboere med demens mottok hjemmesykepleie i siste måned før innleggelse i sykehjem. Videre viser studien at pårørende i gjennomsnitt ytte 142 timer uformell omsorg per måned, mens det i snitt var 18 timer formell omsorg per måned fra hjemmesykepleien. Den uformelle omsorgen er vesentlig høyere for de som bor sammen, sammenlignet med de som bor alene (343 timer i snitt mot 67 timer).

160 timer i måneden, eller 40 timer i uken er en betydelig innsats, og det er nærliggende å anta at innsats fra pårørende i mange tilfeller er en forutsetning for at eldre skal kunne bli boende hjemme.

---

<sup>220</sup> Bergh, S. mfl. (2015). Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Utgitt av: Alderspsykiatrisk forskningssenter. Sykehuset Innlandet. Hentet fra: <https://docplayer.me/70769159-Ressursbruk-og-sykdomsforlop-ved-demens-redic-langversjon.html>

<sup>221</sup> Departementene. (2020). *Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*, s. 11).

<sup>222</sup> Ydstebø, A E (2020): Hjemmeboende personer med demens: Hva påvirker deres livskvalitet og bruk av helse- og omsorgsressurser. Tidsskrift for omsorgsforskning, årgang 7 nr. 1-2021

Samtidig viser flere studier at innsatsen fra pårørende kan være så omfattende at den går sterkt utover pårørendes helse og gjennom det utløse behov for tjenester.

### 7.3.2 Pårørendeomsorg

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet oppgir at den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen, er nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. En av fem eldre som bodde hjemme i 2008 fikk regelmessig hjelp fra slekt, venner eller naboer. Et forsiktig anslag med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen fra 2008 viser at det ble utført nesten 100 000 årsverk i ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede i og utenfor husholdningen. Tilsvarende viser tall fra pårørendestrategien at den uformelle omsorgen i Norge er beregnet til å utgjøre 136.000 årsverk.<sup>221</sup> Til sammenligning utgjør den kommunale omsorgstjenesten om lag 142.000 årsverk. Pårørendealliansen oppgir, med referanse til SSB, at det er 800 000 mennesker som til enhver tid er pårørende i Norge, og sammen yter de rundt 100 000 årsverk i form av uformell omsorg.

I framskrivninger legges det ofte til grunn at pårørendeomsorgen opprettholdes på dagens nivå eller økes. Samtidig er det enkelte studier som viser at dette er urealistisk. Blix et al (2021)<sup>223</sup> viser til at familieomsorgskoeffisienten vil falle dramatisk fremover, noe som betyr at det vil finnes færre pårørende per eldre som trenger støtte og hjelp. Dersom pårørendeomsorgen skal opprettholdes, betyr dette at færre antall pårørende skal bidra med like mye som dagens store pårørendegruppe til en større gruppe eldre med omsorgsbehov.

### 7.3.3 Friskere aldring? Helsesituasjonen blant eldre påvirker tjenestebehovet

Som omtalt i kartleggingen, har vi blitt flere eldre de siste par tiårene, samtidig som antall tjenestemottakere har økt i et mye lavere tempo. Spørsmålet som stilles er blant annet om vi egentlig vet om og hvordan en aldrende befolkning vil påvirke kostnadsbildet. Vil friskere aldring medføre at kostnaden egentlig bare forskyves, eller vil man få et annet kostnadsforløp eller kostnadsnivå?

Meld. St. 15 (2017-2018) framhever at ifølge Statistisk sentralbyrå, vil framtidens eldre skille seg fra dagens eldre på flere viktige områder med betydning for ressursituasjon, helse og funksjonsevne. Framtidens eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold og færre vil bo alene. Forskning og statistikk på Eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er bedre i stand til å håndtere utfordringer i hverdagen.

Forutsetningen om friskere aldring er usikker. Det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom økt levealder og økt tjenestebehov. I et pågående forskningsoppdrag for Finansdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal SINTEF forsøke å kartlegge sammenhengen mellom utvikling i levealder, endringer i helsetilstand og behovet for helse- og omsorgstjenester.

---

<sup>223</sup> Blix, H, Stalsberg H, og Moholt J-M (2021): Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. Tidsskrift for omsorgsforskning 1/2021 (volum 7)

### **7.3.4 Velferdsteknologi – kostnad, bruk og nytte**

Velferdsteknologi gir nye muligheter for løsninger som kan bedre eldre livskvalitet, trygghet og muligheter til å klare seg selv. Velferdsteknologi kan også bidra til økt kvalitet og effektivitet i offentlige helse- og omsorgstjenester. I kartleggingen er det gitt en omtale av Nasjonalt velferdsteknologi-program, tilskuddsordningen «Teknologier for trygghet og mestring», samt helsedirektoratets og statsforvalterens arbeid med utvikling og spredning av velferdsteknologi til kommunene. Kartleggingen har imidlertid ikke kunnet belyse kostnader, nytte og bruk av velferdsteknologi som del av eldreomsorgen, men vurderer at dette vil være sentralt når fremtidige løsninger skal vurderes.

# Litteraturliste

- Astrup, K., Monkerud, L. C., og Aarland, K. (2019). Kommunenes startlånspraksis – analyser av praksisinnretning og tildelingsprofil basert på Startlånsundersøkelsen. NIBR-rapport 2019:3.
- Becken, L.E. (2014). Evaluering av tilskudd til tilpasning. Proba-rapport nr 2014-14
- Bergen kommune. (2019). Et eldrevennlig Bergen Seniorplan for Bergen kommune 2019-2024. Hentet fra:<https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1896193/Et-eldrevennlig-Bergen-Seniorplan-for-Bergen-kommune-2019-2024-Korrigert-versjon-06-06-19>
- Bergh, S. mfl. (2015). Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Utgitt av: Alderspsykiatrisk forskningscenter. Sykehuset Innlandet. Hentet fra: <https://docplayer.me/70769159-Ressursbruk-og-sykdomsforlop-ved-demens-redic-langversjon.html>
- Bjerkmann, I. L., Holden, M. B. og Kristiansen, A. (2019). Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem. Vista Analyse. Rapport 2019/01
- Blix, H, Stalsberg H, og Moholt J-M (2021): Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. Tidsskrift for omsorgsforskning 1/2021 (volum 7)
- Bloch, V. V. H. (2018) Geografisk analyse av nyboligbygging i Norge. Igangsettingstillatelser etter mål for sentralitet og konsentrasjon. SSB-rapport 2018/32
- Borge, L.E. et al. (2017). Nullpunktsmåling: Hovedrapport. SØF-rapport nr. 01/17. Senter for økonomisk forskning.
- Breivik, E. (2019). Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Nasjonalt senter for e-helseforskning 07-2019.
- Brevik, I. & Schmidt, L. (2005), Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. NIBR-rapport 2005:17.
- Bustøttelova (2012) Lov om bustøtte og kommunale bustadtilskot. (LOV-2012-08-24-64) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2012-08-24-64>.
- Dahl, E. S. og Lien, O. C. (2019) [NAV-ytelsene mot 2060](#). En oppdatering. NAV-notat nr. 2/2019. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Denizou mfl. (2011). Referert til i Oxford Research 2016:58
- Denizou mfl. (2019). Nye kriterier for Husbankens grunnlån. Merknader og betalingsvilje for livsløpsboliger. SINTEF Fag.
- Departementene. (2020). *Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*.
- Direktoratet for byggkvalitet (2017) Byggteknisk forskrift (TEK17) med veiledning.
- Ekhaugen mfl. (2017). Fra bostøtte til programarbeid: En evaluering av statens boligsosiale virkemidler. Vista Analyse. Rapport nummer 2017/20.
- Ekhaugen, T., Bjerkmann, I., B., Ekeland, E. & Holden, M., B. (2018) Et godt bad forlenger livet (i egen bolig). Vista analyse Rapport 2018/24.



- FHI. (2021). Fremtidens helse- og omsorgstjenester. Hentet fra:  
<https://www.fhi.no/nettpub/folkehelseinstituttets-strategi/satsningsomrader/fremtidens-helse--og-omsorgstjenester/?term=&h=1>
- Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester. (2011). Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (FOR-2011-12-16-1349). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>.
- Gjevon og Romøren (2010) Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene? Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr. 10
- Gran mlf. (2018). Finansiering av offentlig infrastruktur i utbyggingsområder. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 36:2018.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet, KPR
- Helsedirektoratet. (2016). Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapport IS-2375.
- Helsedirektoratet (2017). Gevinstrealiseringsrapporter – Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>
- Helsedirektoratet. (2017). *SAMDATA kommune*. Rapport IS-2575. Hentet fra:  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-kommune/Samdata%20kommune.pdf/\\_attachment/inline/c3461b21-28b0-4cc3-9844-b59dc73978e5:1b63de546d206bf102410e207dd6e9b7dbfd3ed8/Samdata%20kommune.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-kommune/Samdata%20kommune.pdf/_attachment/inline/c3461b21-28b0-4cc3-9844-b59dc73978e5:1b63de546d206bf102410e207dd6e9b7dbfd3ed8/Samdata%20kommune.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Samlet rapport for Omsorgsplan 2015. Oppsummering og vurdering av resultater for hele planperioden 2007 -2015*. IS-2605
- Helsedirektoratet. (2018). Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester (2018)
- Helsedirektoratet. (2019). *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester*. Vedlegg til tilskudsregelverk 2011.
- Helsedirektoratet. (2019). Kommunale helse- og omsorgstjenester. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLoS). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf/\\_attachment/inline/47dc922a-6df8-499c-ac22-75895392f211:7392130011de41d3d199d1c16bb34b1bc7d9b22e/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf/_attachment/inline/47dc922a-6df8-499c-ac22-75895392f211:7392130011de41d3d199d1c16bb34b1bc7d9b22e/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018*. IS-2813
- Helsedirektoratet (2020). Helse- og omsorgstjenester (IPLoS) i KPR. Hentet fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>
- Helsedirektoratet (2021). Helse- og omsorgstjenester (IPLoS) i KPR. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

- Helsedirektoratet. (2021). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.*
- Helsedirektoratet. (2021). Antall personer på venteliste for langtids plass på sykehjem. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/venteliste-for-langtids-plass-pa-sykehjem>
- Hero. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. HELSEØKONOMISK FORSKNINGSPROGRAM (Skriftserie 2011: 5).*
- Hjemås, G., Holmøy, E., og Haugstveit, F. (2019) Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB 2019/12.
- Holm, A og Monkerud, L.C. (2021) [Boligrådgivning i kommunene](#) - kartlegging, vurdering og anbefalinger
- Holmøy, E., Hjemås, G. og Haugstveit, F. (2020). *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060.* SSB 2020/43
- Holmøy, E., Hjemås, G., Sagelvmø, I. og Strøm, B. (2020). *Skatteregningen for helse- og omsorgsutgifter mot 2060.* SSB 2020/42
- Husbanken (2014) [Boligrådgivning i kommunene](#) - Eksempelsamling for organisering av arbeidet med rådgivning om boligtilpassing i kommunene
- Husbanken. (2021). Lån til å oppgradere eksisterende bolig. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/bransje/lan-og-tilskudd/veileder-laan/2-5-laan-til-boligkvalitet/>
- Husbanken. (2021, september). Renter. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/rente/>
- Husbanken. (2021). *Statistikkbanken. Investeringstilskudd.* Hentet fra: <https://statistikk.husbanken.no/tilskudd/investeringstilskudd>.
- Husbanken. (2021). *Utmålingsregler.* Hentet fra: <https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/veileder/4-utmaalingregler/>
- Høyland, K., Denizou, K., Halvorsen, T., Moe, E. (2020) Bo hele livet, nye bofellesskap og nabolag for gammel og ung. SINTEF Fag
- Innst. 43 S (2018-2019). Om Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.
- Jardar Sørvoll mfl. (2020). *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer.* NOVA-rapport 5/20.
- Johnsen, G., M., (2015, 7. desember). Asker kommune har tomter til 3.000 boliger. *Budstikka.* <https://www.budstikka.no/nyheter/asker-kommune-har-tomter-til-3-000-boliger/37673!/>
- Kirsebom, K. og AarnesJournalist, H. (2021, 16. sep.) All inclusive alderdom. *Aftenposten.* <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/rE853w/all-inclusive-alderdom>
- Kommuneloven (2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-09-25-107>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019-2023.

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Finansiering av kommunesektoren*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/finansiering-av-kommunesektoren/finansiering-av-sektoren-samlet-herunder/id552048/>
- KS/ASSS. (2021). *ASSS samlet: Pleie og omsorg*. Hentet fra: <https://www.ks.no/asss-hjem/asss-2021/artikler/tabeller-og-figurer/asss-samlet/asss-samlet-pleie-og-omsorg/>
- KS (2020), Håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn.
- KS. (2020). Bolig og et aldrende samfunn. <https://www.ks.no/fagomrader/velferd/aldersvennlige-lokalsamfunn/handbok-i-aldersvennlige-lokalsamfunn/7-bolig-og-et-aldrende-samfunn/>
- Legalitetsprinsippet, jf. kommuneloven § 2-1 tredje ledd andre punktum.
- Magnussen, J. (2020). Omsorg, omsorgstjenester og omsorgstjenesteforskning. Tidsskrift for omsorgsforskning 01/2020 (Volum 6).
- Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Meld. St. 14 (2020–2021). Perspektivmeldingen 2021. Finansdepartementet.
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meltevik mlf. (2016). Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis. Oxford Research.
- Meltevik mlf. (2016). Ekstraanalyser av tilskudd til etterinstallering av heis. Oxford Research.
- Mørk, E., (2014). Kommunale helse- og omsorgstjenester. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB 2015/42. Hentet fra: [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/242516?\\_ts=150606744c0](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242516?_ts=150606744c0)
- Norberg-Schulz mlf. (2020). Evaluering av erfaringer og praksis knyttet til tilvisnings- og tildelingsavtaler. Samfunnsøkonomisk analyse AS, Rapport 25-2020.
- NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet - Omsorg
- NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester
- NOU 2011:15 Rom for alle – en sosial boligpolitikk for framtiden
- NOU 2020:15 (2020) Det handler om Norge. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- NOVA. (2020). Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer (Rapport 2020;5).
- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en> Plan- og bygningsloven § 12-17
- Prognosesenteret. (2021). Hva skjer med eldreboelgen? Hentet fra: <https://blogg.prognosesenteret.no/hva-skjer-med-eldreboelgen>
- Proba Samfunnsanalyse. (2019). Ansvarsforhold og ordninger knyttet til boligløsninger og offentlige helse- og omsorgstjenester i Norden (Rapport 2019 - 17).

- Prop. 1 S (2020 – 2021) og informasjon fra virkemiddelaktører og departementer
- Prop. 64 L (2020-2021) Endringer i plan- og bygningsloven, eierseksjonsloven og matrikkellova (endret regelverk for eksisterende byggverk og oppdeling av boenheter til hybler mv.)
- Regjeringen (2016). Flere år – flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Departementene
- Revolv, M. K., Sandvik, L. & M., L., With (2018), Bolig og boforhold – for befolkningen og utsatte grupper. SSB-rapport 2018/13.
- Rogne, A. F., Syse, A. (2017) Framtidens eldre i by og bygd – Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse. SSB-rapport 2017/32
- Ruud, M. E., Schmidt, L., Sørli, K., Skogheim, R. & Vestby, G. M. (2014) Boligpreferanser i distriktene. NIBR-rapport 2014:1
- Schanche, P. (2021). *Hypoteser om færre søknader om investeringstilskudd*. Agenda Kaupang RAPPORT NR: 1021404.
- Schanche, P. mlf. (2018). Enhetskostnad norske kommuner. Agenda Kaupang. RAPPORT NR: 9272-07. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester/Enhetskostnader%20norske%20kommuner%20januar%202019.pdf/\\_attachment/inline/af02add1-dce1-4e9e-b626-04dac5501cc0:d3e3b626ed0ab5cf8a8a249ba4dc6cee2bbdb367/Enhetskostnader%20norske%20kommuner%20januar%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester/Enhetskostnader%20norske%20kommuner%20januar%202019.pdf/_attachment/inline/af02add1-dce1-4e9e-b626-04dac5501cc0:d3e3b626ed0ab5cf8a8a249ba4dc6cee2bbdb367/Enhetskostnader%20norske%20kommuner%20januar%202019.pdf)
- Schmidt, L., Holm, A., Kvinge, T. & Nørve, S. (2013) BOLIG+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest. NIBR-rapport 2013:19
- Selvaag Bolig (2021). Prospekt, side 28. Hentet fra: <https://prospekt.selvaagbolig.no/konsepser-2021/selvaag-pluss/?page=28>.
- SSB- rapport 2019/8 Scenarioanalyser av tilgjengelighet i den norske boligmassen.
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 07450: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2021 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 10814: Helseutgifter, etter type tjeneste (mill. kr) 1997 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10814/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 11643: Timar til omsorgstenester i løpet av året, etter alder og timebasert teneste (K) 2009 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/11643>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 11644: Døgn til omsorgstenester i løpet av året, etter alder og døgnbasert teneste (K) 2009 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/11644>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K) 2015 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og detaljert teneste (K) 2009 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/11642>

- Statistisk sentralbyrå. (2021). 06969: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og tenestegruppe (F) 2007 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/06969>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 12292: Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall (K) 2015 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/12292>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 05065: Kommune, detaljerte regnskapstall, driftsregnskapet funksjonsfordelt (K) (avslutta serie) 2003 - 2016 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/05065/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 10811: Helseutgifter, etter finansieringskilde og type tjeneste (mill. kr) 2008 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10811/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 12362: Utgifter til tjenesteområdene, etter funksjon og art (K) 2015 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 11875: Helse- og omsorgsinstitusjoner - plasser (K) 2015 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/11875/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 12293: Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall (K) 2015 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/12293>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). 09933: Timar i veka til praktisk bistand og helsetenester i heimen, etter alder og bistandsbehov (K) 2007 - 2020 [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/09933>
- Stavanger kommune. (2019). Plan for omsorgsbygg 2019-2034.
- Stiberg-Jamt mfl. (2019). Evaluering av tilskudd til utredning og prosjektering. Oxford Research.
- Sæter, W.H., og Karlsen, R.K., (2020). Vanskelig å forebygge ensomhet. Hentet fra: [https://www.napha.no/ensomhet\\_strategi](https://www.napha.no/ensomhet_strategi)
- Sørvoll, J., Martens, C. & Daatland, S. O. (2014) Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene. NOVA-rapport nr. 17/2014.
- Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V & Guldbrandsen, L. (2016). Eldres bosituasjon – Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring. NOVA rapport nr. 11/16
- Sørvoll, J. & Løset, G., K. (2017) Samfunnsvirkninger av boligpolitikk. Boligsatsinger og samfunnsutvikling i ti norske distriktskommuner. NOVA-rapport nr. 3/2017.
- Sørvoll, J., Nordvik, V., Aarland, K. & Sandlie., H. C. (2018). Bolig i det aldrende samfunn. Analyse av rammebetingelser for fremskaffelse av velegnede boliger for eldre. NOVA rapport nr. 12/18
- Sørvoll, J. (red.), Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H., C., Skogheim, R. & Vestby, G., M., (2020) Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer. NOVA-rapport 5/20. Bing Hodneland (2017). juridisk veileder.
- Veiviseren.no
- Westberg mfl. (2019). Evaluering av investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. MENON-PUBLIKASJON NR. 43/2019



## **Vedlegg A – datakilder og rapporter brukt i arbeidet med kapittel 4**

I arbeidet med baseline brukes følgende datakilder:

**Pasient/brukerdata** baseres på rapportering til IPLOS-registeret (2006-2017) eller KPR (2018-) (ssb.no, helsedirektoratet.no)

**Befolkningstall** hentes fra ssb.no

**Kommunalt regnskap** baseres på regnskapsrapportering til KOSTRA (ssb.no)

**Plasser** i institusjon og i boliger med heldøgns bemanning baseres på skjemarapportering til KOSTRA (ssb.no)

**Årlig** oppdaterte sammenstillinger/rapporter:

KOSTRA-nøkkeltall (ssb.no)

Tjenesteprofiler (asss.no)

Befolkningsframskrivninger (ssb.no)

Kommunale helse- og omsorgstjenester (ssb.no før 2017, helsedirektoratet.no fra 2018)

Enkeltanalyser med størst betydning for rapporten (se referanseliste for en fullstendig oversikt):

SSB 2019/12; Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060

SSB 2020/42; Skatteregningen for helse- og omsorgsutgifter mot 2060

SSB 2020/43; Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

HERO 2011; Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 186-2010

Agenda Kaupang 2020; Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

## Vedlegg B – om kommuneregnskap (Kostra) og nasjonalregnskap

KOSTRA-funksjoner (tjenesteområder) i kommuneregnskapet som er relevant for denne rapporten.

- **Funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.** (inkluderer bl.a. eldresentre og dagsentre for hjemmeboende, støttekontakt, velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm).
- **Funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering** (inkluderer bl.a. fysioterapi med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapi praksis, ergoterapi, formidling av hjelpemidler).
- **Funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon** (inkluderer bl.a. helse- og omsorgstjenester i institusjon, herunder dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner)
- **Funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende** (inkluderer bl.a. Praktisk bistand og opplæring, Brukerstyrt personlig assistent, Avlastning utenfor institusjon, Omsorgsstønad, Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste)
- **Funksjon 261 Institusjonslokaler** (inkluderer bl.a. utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner, Forvaltningsutgifter knyttet til institusjonslokaler, Investeringer i og påkostning av institusjonslokaler)
- **Funksjon 265 Kommunalt disponerte boliger** (inkluderer bl.a. utgifter og husleieinntekter for omsorgsboliger og andre boliger til pleie- og omsorgsformål)

### Kommuneregnskapet

Kommunen rapporterer regnskapet til KOSTRA (KOmmune-STat-RApportering). Statistikk fra KOSTRA er tilgjengelig i statistikkbanken på ssb.no. Utgiftene og inntektene merkes med koder for bl.a. funksjon (tjenesteområde) og art (type utgift eller inntekt).

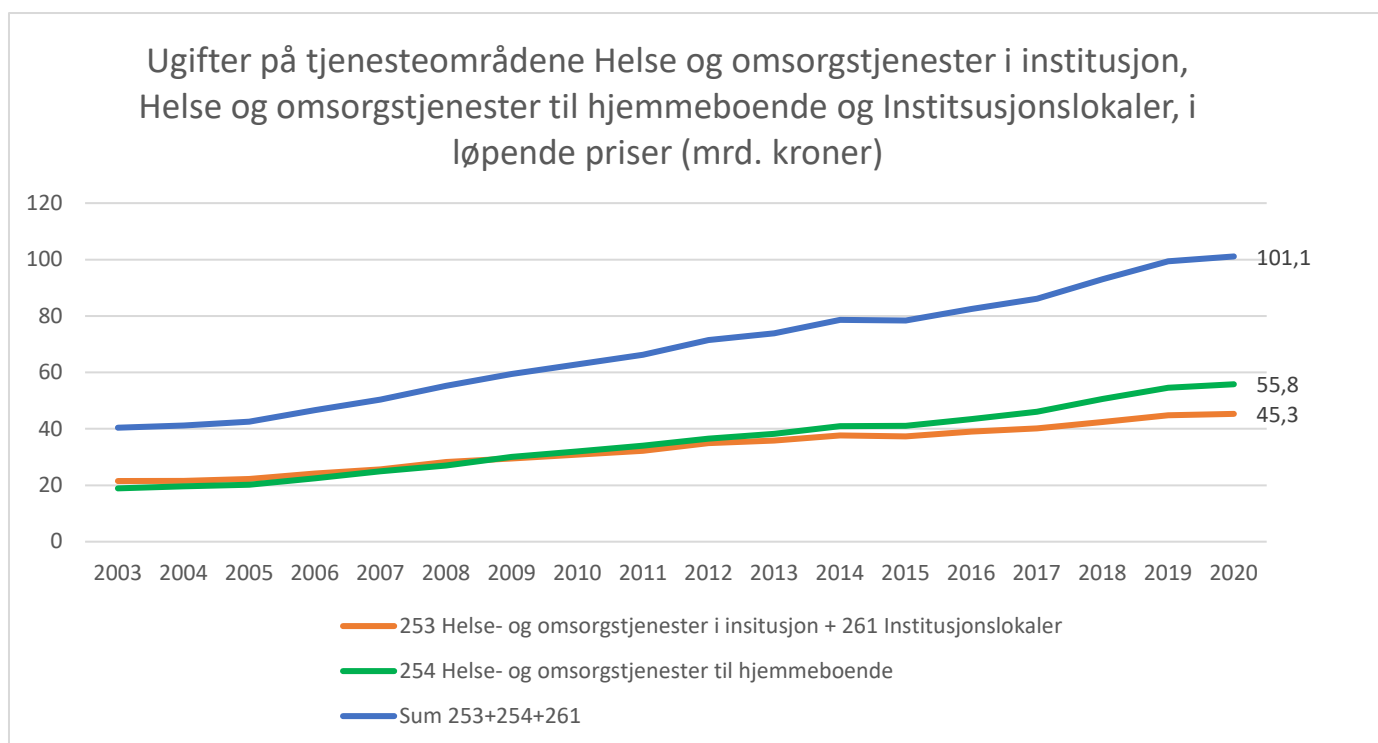
I KOSTRA-veilederen<sup>224</sup> fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet finner vi funksjoner (tjenesteområder) som danner grunnlag for samlede utgifter ved bruk av kommuneregnskap: *253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og 261 Institusjonslokaler*. Noen andre tjenesteområder er delvis relevante, men det er vanskelig å kun skille ut den delen av utgiften vil er interessert i (alle relevante tjenesteområder er opplistet i oversikten over).

### De samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester fra KOSTRA

SSBs statistikk på helseutgifter fra KOSTRA-tall viser i figur 0-1 utgiftene til tjenesteområdene «Helse- og omsorgstjenester i institusjon», «Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende», og «Institusjonslokaler». (Legg merke til at vi har valgt kun de mest relevante tjenesteområdene for denne gjennomgangen, og at utgiften kunne ha blitt større ved inklusjon av andre tjenesteområder)

<sup>224</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/2021/ny-forside/veileder-til-kostra-kontoplanen-2021-endelig-versjon-nov20-til-publisering.pdf>





Figur 0-1 Netto driftsutgifter etter funksjon/tjenesteområde. Kilde: SSB, tabell 12362 og 05065.

Samlet utgjorde utgiftene helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, helse- og omsorgstjenester i institusjon og institusjonslokaler 101 mrd. kr. i 2020.

Utgiftene var 10,5 mrd. kroner større på området Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende enn på området Helse- og omsorgstjenester i institusjon og Institusjonslokaler i 2020, mens i 2003 var utgiftene 2,6 mrd. kroner større på Helse- og omsorgstjenester i institusjon og Institusjonslokaler enn for Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

Utgiftene til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende var om lag 37 mrd. høyere i 2020 enn i 2003, mens utgiftene i institusjon og insititusjonslokaler har økt med 24 mrd. kroner i samme periode.

47 prosent av utgiftene gikk til Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende i 2003, mens denne andelen var på 55 prosent i 2020.

### Nasjonalregnskapet

Nasjonalregnskapet er strukturert annerledes enn kommuneregnskapet og inneholder bl.a. data fra private og ideelle organisasjoner. Her brukes det grupperinger definert i «A System of Health Accounts» (SHA)<sup>225</sup>. Et relevant område for denne rapporten har kode HC.3 Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie. Tallene fra nasjonalregnskapet publiseres i statistikkbanken på ssb.no.

<sup>225</sup> OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>

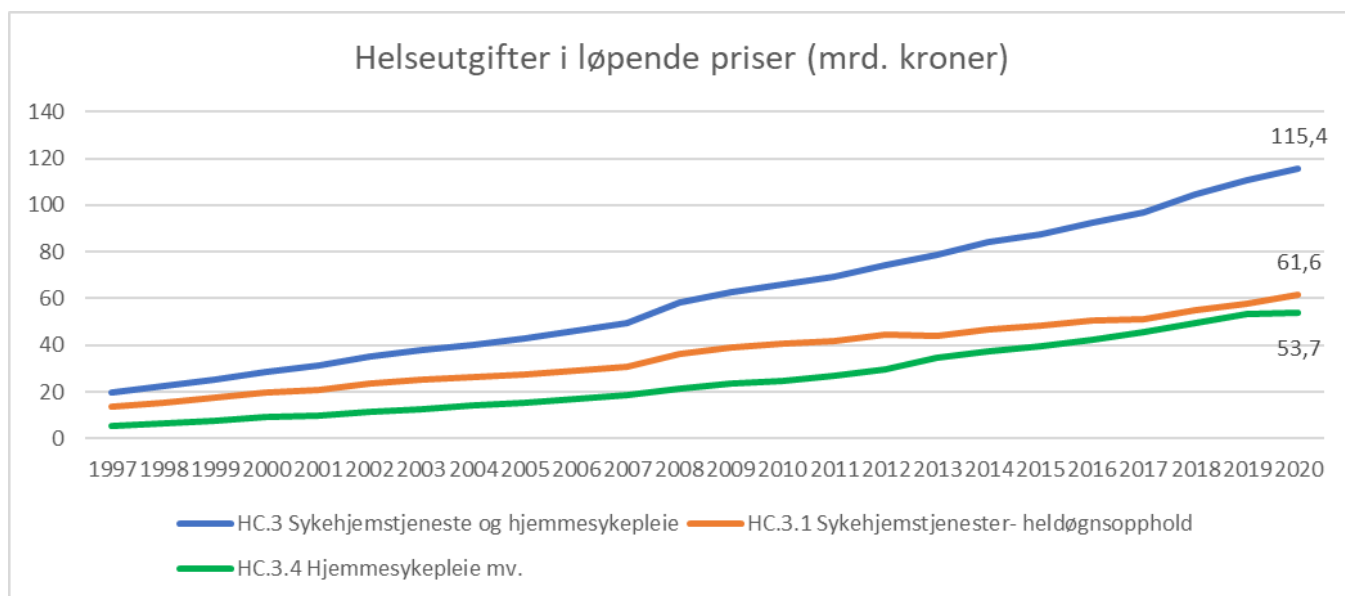
Tabell 0-1 Kode HC.3 Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie

<b>HC.3</b>		<b>Long-term care (health)</b>		SHA includes under long-term care (health) less intensive care than in hospitals.
HC.3.1	Long-term inpatient care (health)	93210 93301 93303	Residential health care services other than by hospitals; Residential care services for children and for adults suffering from mental retardation, mental health illnesses or substance abuse	HC.3.1 includes only long-term inpatient care (health) with stay overnight and excludes day-care and home-based treatment; no separate item in CPC.
HC.3.2	Day cases of long-term care (health)	93210	Residential health care services other than by hospitals	HC.3.2 only includes day cases of long-term care; no separate item in CPC.
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)	93192	Nursing services	HC.3.3 includes personal "body help" type services (e.g. help with ADL, while "assistance or home help" type services (e.g. help with IADL) should be separately counted separately as long-term care (social); see also HCR.1 below.
HC.3.4	Home-based long-term care (health)	93192 93199	Nursing services Other human health services <i>n.e.c.</i>	HC.3.4 includes ADL services at patient's home; long-term social personal care is reported in SHA as HC.R.1. See above.

## Vedlegg C - utgifter til sykehjemstjenester og hjemmesykepleie

Tabell 0-2 Samlede kostnader for sykehjemstjenester og hjemmesykepleie (nasjonalregnskap). Kilde: SSB, tabell. 10814

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Helseutgifter i løpende priser (mrd. kroner)</b>																								
<b>HC.3 Sykehjems- tjenester og hjemmesykepleie</b>	19,5	22,3	25,4	28,7	31,1	35,1	37,8	40,4	42,9	46,2	49,5	58,1	62,9	65,8	69,1	74,2	78,9	84,2	87,6	92,5	96,9	104,5	110,8	115,4
<b>HC.3.1 Sykehjems- tjenester - heldøgnsopphold</b>	13,8	15,6	17,5	19,6	21,1	23,4	25,1	26,4	27,4	29,2	30,7	36,5	39,2	40,9	42,0	44,8	44,0	46,7	48,2	50,4	51,3	54,9	57,7	61,6
<b>HC.3.4 Hjemme- sykepleie mv.</b>	5,7	6,7	7,9	9,1	10,1	11,6	12,8	14,0	15,5	17,0	18,8	21,6	23,7	24,9	27,1	29,5	34,8	37,6	39,5	42,1	45,6	49,5	53,1	53,7
<b>Helseutgifter i faste 2015-priser (mrd. kroner)</b>																								
<b>HC.3 Sykehjems- tjenester og hjemmesykepleie</b>	46,0	49,6	54,1	58,1	59,3	63,8	66,2	67,8	68,8	70,2	72,6	78,9	80,9	82,0	81,6	83,3	85,0	86,5	87,6	89,7	90,7	92,4	..	..
<b>HC.3.1 Sykehjems- tjenester - heldøgnsopphold</b>	28,8	30,9	33,2	35,3	35,7	38,1	39,2	40,0	40,1	40,2	40,9	45,2	45,4	46,5	45,4	46,3	47,4	48,2	48,2	48,8	48,0	48,5	..	..
<b>HC.3.4 Hjemme- sykepleie mv.</b>	16,2	17,8	20,0	22,0	22,8	25,0	26,4	27,2	28,3	29,8	31,6	33,4	35,5	35,4	36,2	37,0	37,6	38,4	39,5	40,9	42,7	43,9	..	..



Figur 0-2 Helseutgifter i løpende priser (mrd. kroner).

## Vedlegg D – dekningsgrad og belegg

Vi nevnte i kapittel 4.4.1 at belegg/dekningsgrad kan være en faktor som påvirker andel mottakere av omsorgstjenester. Vi setter nå søkelyset på hvor effektivt tilbudet av omsorgstjenester drives, altså hvordan tilbudet står i stil til etterspørselen. Et ineffektivt tilbud vil kunne føre til en overbruk av ressurser der mange plasser står tomme gjennom året eller at det er knapphet på plasser slik at det er mange som ikke får plass. En slik over- eller underdekning vil påvirke hvordan man tilpasser tilbudet i framtiden med tanke på den forventede veksten i antall eldre.

En måte å definere belegg på er *andel beboere i institusjon av antall plasser (i prosent)*. SSB oppgir data fra 2015-2017 som vist under. Belegget på norske institusjoner er stabilt rundt 98 prosent, noe som er ansett for å være et høyt tall, og indikerer at det er så godt som like mange beboere på institusjon som det er plasser. Skulle veksten i antall eldre fortsette som forventet de neste 10-30 årene vil en måtte bygge ut tilbudet for å unngå underdekning dersom dette ikke motsettes fullstendig av en dreining fra institusjonsbasert tjenestebruk til hjemmebasert.

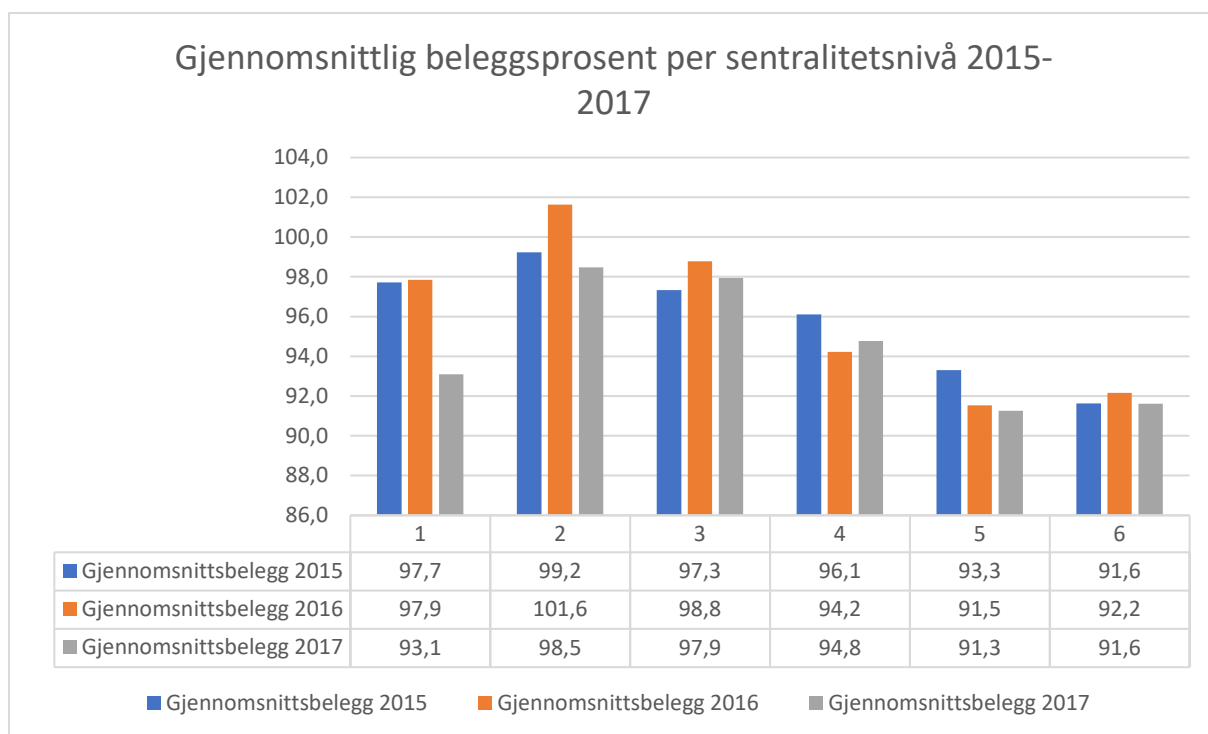
Tabell 0-3 Belegg i % (nasjonalt)

	2015	2016	2017
<b>Belegg i % (nasjonalt)</b>	98,8	98,8	98,1

Figuren under viser gjennomsnittlig beleggsprosent per sentralitetsnivå for de samme årene. Her ser vi at andelen beboere i institusjon av antall plasser varierer mellom sentrale og usentrale kommuner. Generelt er belegget lavere i mindre sentrale kommuner, men de mest sentrale kommunene på nivå 1 og 2 kunne vise til et betraktelig lavere belegg i 2017 enn foregående år. Foruten denne endringen synes belegget å være relativt stabilt gjennom de tre årene for de øvrige sentralitetsgruppene.<sup>226227</sup>

<sup>226</sup> Tallene er basert på kommunetall fra 2015-2017 knyttet med sentralitetsindeksen for 2020. Kommuner som har blitt påvirket av sammenslåinger e.l. mellom disse årene har blitt utelatt. Gjennomsnittet av sentralitetsgruppene avviker derfor noe fra den reelle verdien.

<sup>227</sup> Sentralitetsnivå 2 har i 2016 et belegg på over 100 prosent. SSB forklarer at dette kan skje dersom det drives utover ordinær drift ved at det for eksempel hentes fram ekstra senger på institusjonene. Når personer plasseres i senger på korridor, eller det er fem stykker på et rom som er beregnet til fire, har belegget oversteget 100 prosent. For mer informasjon: [Hvor mye brukes sengene på sykehusene? - SSB](#)



Figur 0-3: Belegg i prosent for ulike sentralitetsnivå. Kilde: SSB, tabell 12293.

Med et så høyt belegg er det interessant å undersøke om det er mange som ikke får plass på institusjon. Dersom mange ikke får plass tyder det på at tilbudet ikke er stort nok til å dekke etterspørselen og det er plassmangel. Dersom det ikke er mange som får avslag kan det tyde på at tilbudet står veldig bra i forhold til etterspørselen gitt et belegg på 98 prosent, men samtidig er det en situasjon som kan innebære at belegget flere steder er 100 prosent eller mer. Dette gjør at det muligens er ventetid på å få plass, noe vi ser nærmere på i de følgende avsnittene.

KPR har tilgjengelig data for hvilke tjenestetilbud som har høyere og lavere andel vedtak med avslag på søknad om en tjeneste. Et slikt avslag på en søknad om en tjeneste indikerer at tjenestetilbudet ikke er riktig i forhold til behovet, eller at søkeren ikke tilfredsstillt krav for å motta tjenesten. Vi ser av tabellen under at for korttidsopphold (dagopphold i tabellen) og langtidsopphold i institusjon er avslagsprosenten henholdsvis 3,5 og 7,2 prosent. Dette kan tyde på at institusjonsbelegget er så høyt at enkelte som søker vil få avslag.<sup>228</sup> Samtidig fattes det relativt få vedtak for institusjonsopphold. Dette gjelder særlig sammenliknet med helsetjenester i hjemmet der det ble fattet 196 692 vedtak med en avslagsprosent på 0,8. Det er med andre ord relativt færre som får avslag på tjenester i hjemmet enn på opphold i institusjon. Uansett bør det nevnes at foruten helsetjenester i hjemme fattes det generelt få vedtak slik at antallet personer som får avslag på opphold i institusjon er relativt lite.

<sup>228</sup> Det finnes ikke data for avslagsgrunnlag, men det er trolig at enkelte som har fått avslag har fått dette på bakgrunn av å ikke være kvalifisert for tjenestene.

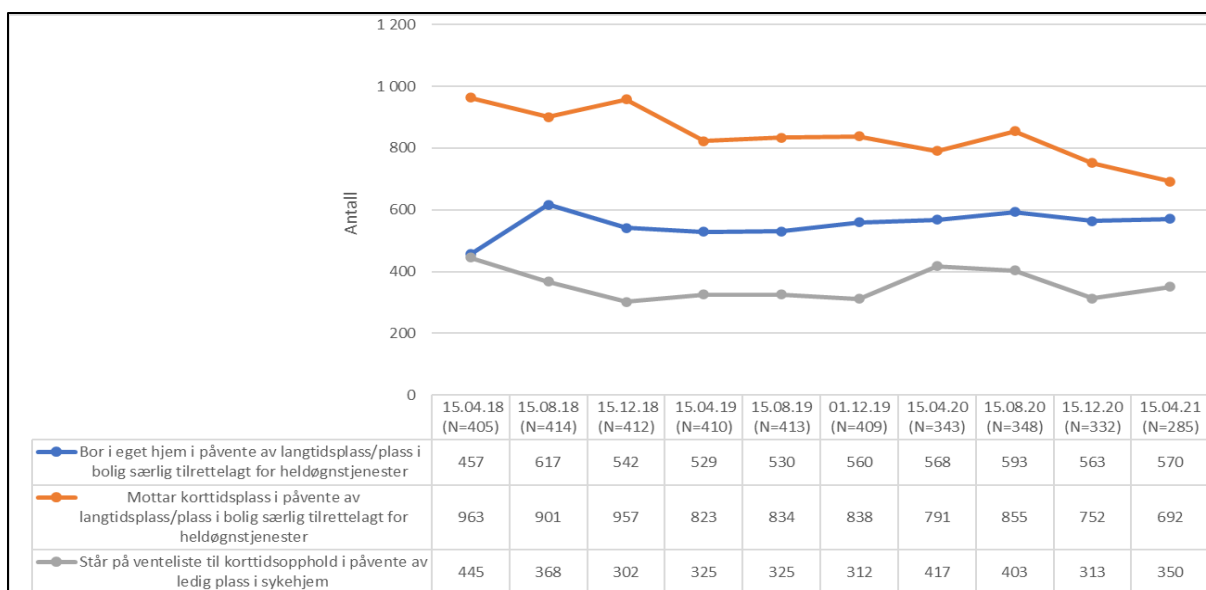
Tabell 0-4 Hentet fra Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019 (Helsedirektoratet)<sup>229</sup>

Tabell 2.9 Vedtak fattet i løpet av 2019, klager registrert i 2019, etter type tjeneste			
	Vedtak, antall	Vedtak med avslag, antall	Vedtak med avslag, prosent
Praktisk bistand - daglige gjøremål	50 932	754	1,5
Praktisk bistand ,opplæring - daglige gjøremål	13 865	170	1,2
Praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse	3 308	452	13,7
Dagaktivitetstilbud	17 577	441	2,5
Matombringing	11 914	53	0,4
Trygghetsalarm*	*	*	*
Avlasting - utenfor institusjon	7 944	366	4,6
Avlasting i institusjon	23 619	513	2,2
Støttekontakt	19 982	1 266	6,3
Omsorgsstønad	8 006	870	10,9
Helsetjenester i hjemmet	196 692	1 655	0,8
Dagopphold i institusjon	3 641	126	3,5
Tidsbegrenset opphold, utredning/behandling	54 133	429	0,8
Tidsbegrenset opphold, habilitering/rehabilitering	26 444	282	1,1
Tidsbegrenset opphold, annet	41 023	792	1,9
Langtidsopphold i institusjon	20 704	1 499	7,2
Bolig kommunen disponerer til Helse- og omsorgsformål	11 103	1 400	12,6

Kilde: KPR  
 \* - fra 2019 kreves det ikke vedtak ved tildeling av trygghetsalarm eller andre velferdsteknologiske løsninger

På samme måte som avslag på tjeneste kan ventelister for sykehjem være en indikasjon på god eller dårlig dekningsgrad i tjenestetilbudet. Jo lengre ventelistene er, desto mer rimelig er det å fastslå en mangel på ledige sykehjemsplasser. Data fra Helsedirektoratet presentert under viser at antallet som mottar korttids plass i påvente av langtids plass i bolig særlig tilrettelagt for heldøgntjenester er redusert med 28 prosent siden 2018. Utviklingen er derimot relativt stabilt for ventelister til korttidsopphold i påvente av ledig plass i sykehjem og hjemmeboende i påvente av bolig med heldøgntjenester. For alle typer er det likevel ikke snakk om relativt mange personer som står på venteliste.

<sup>229</sup> Helsedirektoratet. (2019). Kommunale helse- og omsorgstjenester. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS).



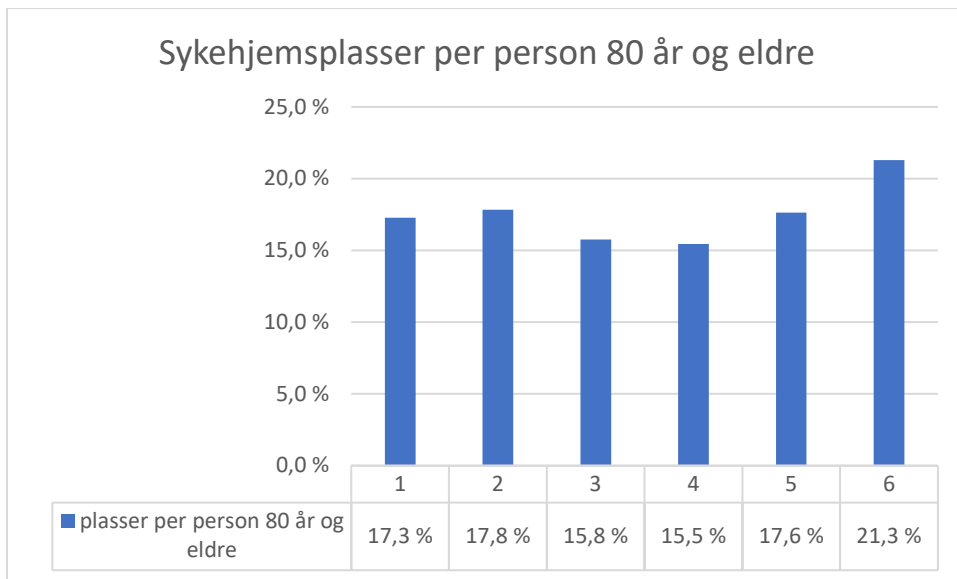
Figur 0-4: Ventelister til langtids- og korttidsopphold. Kilde: Helsedirektoratet<sup>230</sup>

En alternativ indikator på effektiviteten i tjenestetilbudet er å definere dekningsgrad som andel institusjonsplasser per innbygger 80 år og over. Vi ser av tabellen under at denne andelen har holdt seg stabil de siste seks årene på 18-19 prosent. Det betyr at det er plass på institusjon for omtrent hver femte person i Norge 80 år og over. Med tanke på den forventede veksten i antall innbyggere 80 år og over samt en tendens mot mer omfattende hjemmetjenester kontra institusjonsplasser er det rimelig å tro at denne dekningsgraden vil reduseres i framtiden. Av figurene under kommer det fram at kommuner med sentralitetsnivå 6 har i gjennomsnitt den høyeste andelen sykehjemsplasser per innbygger 80 år og over i 2020. Dette er nesten 6 prosent høyere enn kommunene i sentralitetsnivå 4, som er gruppen med den nest høyeste andelen. I grove trekk er dekningen relativt jevn for kommunene i de fem første sentralitetsgruppene.

Tabell 0-5 Andelen sykehjemsplasser per innbygger 80 år

År	Institusjonsplasser	Personer 80 år og over	Andel plasser per innbygger 80 år og over
2015	42 243	220 437	19 %
2016	42 164	220 025	19 %
2017	42 060	220 980	19 %
2018	41 791	222 752	19 %
2019	41 537	225 999	18 %
2020	41 287	230 710	18 %

<sup>230</sup> Helsedirektoratet. (2021). *Antall personer på venteliste for langtidsplass på sykehjem*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/venteliste-for-langtidsplass-pa-sykehjem>



Figur 0-5: Sykehjemsplasser per person 80 år og eldre. Kilde: SSB, tabell 07459 og 11875.



## Vedlegg E – brukere av omsorgstjenester fordelt på aldersgrupper

Tabellene under gir en større oversikt over tjenestemottakere 67 år og over etter type tjeneste.

Tabell 0-6 Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter region, alder, tenestetype, statistikkvariabel og år.  
Kilde: SSB, tabell 11642.

67-79 år	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring i perioden, prosent
Praktisk hjelp: daglege gjeremål	25 135	24 244	23 585	23 269	23 455	23 135	23 037	22 803	23 079	22 689	22 827	22 657	-9,9
Praktisk hjelp - opplæring - daglege gjeremål	1 499	1 528	1 665	1 579	1 662	1 620	1 599	1 791	1 875	2 124	2 212	2 375	58,4
Praktisk hjelp: brukarstyrt personleg assistanse	199	235	281	300	331	339	374	434	464	433	438	470	136,2
Dagaktivitetstilbod	3 875	3 763	3 929	3 992	4 224	4 346	4 754	5 071	5 334	5 595	6 002	5 666	46,2
Matombringing	5 246	5 508	5 523	5 605	5 967	6 364	6 494	6 302	6 582	6 641	6 708	6 947	32,4
Avlasting - utanfor institusjon	170	198		218	204	232	222	215	222	250	260	269	58,2
Avlasting i institusjon- rullerande		229	268	196	227	200	207	250	235	320	239	221	
Avlasting i institusjon- ikkje rullerande	1 339	1 286	1 354	1 424	1 474	1 498	1 446	1 572	1 629	1 686	1 874	1 472	9,9
Støttekontakt	3 037	3 309	3 498	3 712	3 904	4 100	4 361	4 613	4 910	5 127	5 286	5 221	71,9
Bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsføremål	7 269	7 976	8 167	8 225	8 341	8 588	8 744	8 969	9 195	9 095	-	9 199	26,6
Annen bustad	2 704	2 821	2 927	3 039	3 037	3 039	3 075	3 091	3 138	3 024	-	-	-100
Helsetenester i heimen	36 295	36 419	37 271	39 042	40 695	42 386	44 586	46 609	48 596	50 046	53 324	54 196	49,3
Dagopphald i institusjon	1 883	1 782	1 752	1 848	1 715	1 634	1 511	1 422	1 385	1 335	1 226	1 104	-41,4
Tidsavgrensa opphald - utreiing/behandling	4 414	4 568	4 822	6 354	6 678	6 516	6 910	7 303	7 545	7 814	8 092	8 415	90,6
Tidsavgrensa opphald - habilitering/rehabilitering	3 122	3 206	3 495	3 943	4 357	4 387	4 568	4 796	5 004	4 999	5 023	4 771	52,8
Tidsavgrensa opphald - anna	4 545	4 380	4 274	4 931	5 251	5 293	5 645	5 884	6 077	5 953	6 317	5 248	15,5
Langtidsopphald i institusjon	7 515	7 401	7 374	7 406	7 651	7 727	7 899	8 213	8 473	8 474	8 741	8 883	18,2
Nattopphald i institusjon	:	7	:	:	8	:	11	12	16	17	17	5	
Kommunal øyeblikkeleg hjelp - døgnopphald	:	-	-	:	18	123	665	1 925	2 427	3 728	3 384	3 211	
Varslings- og lokaliseringsteknologi	-	-	-	-	-	:	21	124	228	486	763	1 049	
Tryggleiksalarm	16 343	15 863	15 853	16 097	16 201	16 517	17 257	18 070	19 388	20 954	17 570	23 233	42,2
Elektronisk medisineringsstøtte											482	1 458	
Digitalt tilsyn											865	1 263	

Tabell 0-7 Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter region, alder, tenestetype, statistikkvariabel og år.  
Kilde: SSB, tabell 11642

80-89 år	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2020	Endring i perioden, prosent
Praktisk hjelp: daglege gjeremål	51 733	49 456	47 858	45 880	43 721	41 519	39 180	36 977	35 905	34 415	33 397	32 283	-37,6
Praktisk hjelp - opplæring - daglege gjeremål	1 717	1 651	1 665	1 403	1 268	965	852	947	894	1 197	1 353	1 426	-16,9
Praktisk hjelp: brukarstyrt personleg assistanse	35	:	58	:	:	:	43	76	87	34	44	42	20
Dagaktivitetstilbod	8 402	8 227	8 393	8 481	9 032	9 123	9 256	9 381	9 749	10 226	10 743	9 506	13,1
Matombringning	13 355	13 863	13 865	13 872	13 779	13 911	13 418	13 010	12 922	12 668	12 537	12 502	-6,4
Avlasting - utanfor institusjon	185	185	220	225	197	225	221	236	200	208	264	252	36,2
Avlasting i institusjon- rullerande	101	274	339	260	246	227	260	261	271	338	254	258	155,4
Avlasting i institusjon - ikkje rullerande	1 857	1 793	1 839	1 926	1 924	1 903	1 884	1 851	1 958	1 995	2 072	1 652	-11
Støttekontakt	1 841	2 013	2 139	2 127	2 153	2 249	2 285	2 359	2 487	2 561	2 600	2 591	40,7
Omsorgsstønad	785	770	714	684	660	649	613	658	638	573	564	554	-29,4
Omsorgsbustad	10 197	11 109	11 049	10 734	10 357	9 929	9 671	9 643	9 508	9 176	-	-	-100
Bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsføremål	14 389	15 508	15 440	15 001	14 384	13 648	13 061	12 858	12 610	11 949	-	11 048	-23,2
Annen bustad	4 192	4 399	4 391	4 267	4 027	3 719	3 390	3 215	3 102	2 773	-	-	-100
Helsetenester i heimen	62 837	61 990	61 518	61 883	60 515	60 542	60 402	59 663	59 831	59 539	61 100	60 118	-4,3
Re-/habilitering utanfor institusjon	8 832	7 562	7 622	7 557	7 474	7 531	9 151	10 139	9 267	9 917	-	-	-100
Dagopphald i institusjon	4 136	3 964	3 772	3 840	3 427	3 246	3 000	3 004	2 823	2 635	2 255	1 887	-54,4
Tidsavgrensa opphald - utreiing/behandling	9 847	9 765	10 021	12 066	12 024	11 741	11 744	11 687	11 575	11 557	11 518	11 562	17,4
Tidsavgrensa opphald - habilitering/rehabilitering	5 631	5 701	5 998	6 407	6 303	6 100	6 357	6 349	6 270	6 234	6 143	5 623	-0,1
Tidsavgrensa opphald - anna	9 829	9 469	9 110	9 648	9 521	9 223	9 224	9 347	9 179	8 984	9 099	7 489	-23,8
Langtidsopphald i institusjon	22 973	22 182	21 599	21 343	20 603	19 808	19 584	19 256	19 106	18 623	18 309	17 952	-21,9
Nattopphald i institusjon	:	8	:	7	:	:	11	16	28	18	20	7	
Kommunal øyeblikkeleg hjelp - døgnopphald	:	:	:	:	52	204	1 100	3 059	3 753	5 242	4 891	4 706	
Varslings- og lokaliseringsteknologi	-	-	-	-	-	-	31	111	207	545	940	1 407	
Tryggleiksalarm	47 731	46 579	46 369	46 189	44 841	43 923	43 517	43 247	43 623	44 505	36 828	45 859	-3,9
Elektronisk medisineringsstøtte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	630	2 086	
Digitalt tilsyn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 684	2 425	

Tabell 0-8 Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter region, alder, tenestetype, statistikkvariabel og år.  
Kilde: SSB, tabell 11642

90 år og over	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring i perioden, prosent
Praktisk hjelp: daglege gjeremål	18 634	19 981	20 719	21 474	21 663	21 760	21 492	21 148	21 198	20 821	20 328	20 351	9,2
Praktisk hjelp - opplæring - daglege gjeremål	620	647	743	670	638	523	488	541	463	668	740	834	34,5
Praktisk hjelp: brukarstyrt personleg assistanse	8	:	6	:	:	:	7	37	52	5	10	11	37,5
Dagaktivitetstilbod	2 971	3 292	3 554	3 812	4 118	4 271	4 432	4 677	4 898	5 123	5 364	5 087	71,2
Matombringning	5 829	6 526	6 991	7 405	7 879	8 251	8 467	8 418	8 572	8 538	8 498	8 708	49,4
Avlastning - utanfor institusjon	61	37	:	71	72	74	74	96	75	86	89	81	32,8
Avlastning i institusjon- rullerande	20	61	106	67	84	:	72	74	67	88	63	:	
Avlastning i institusjon - ikkje rullerande	591	595	643	681	677	637	690	665	652	652	709	537	-9,1
Støttekontakt	460	550	593	660	718	776	831	851	919	941	973	1 037	125,4
Omsorgsstønad	256	252	244	241	217	217	207	202	202	184	180	180	-29,7
Omsorgsbustad	4 519	5 609	6 081	6 407	6 603	6 680	6 823	6 859	7 026	7 049	-	-	-100
Bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsføremål	6 367	7 783	8 429	8 800	8 970	9 000	9 018	8 980	9 085	8 981	-	8 426	32,3
Annen bustad	1 848	2 174	2 348	2 393	2 367	2 320	2 195	2 121	2 059	1 932	-	-	-100
Helsetenester i heimen	21 395	23 434	24 557	26 095	26 934	27 734	28 317	28 938	29 238	29 597	30 093	30 197	41,1
Re-/habilitering utanfor institusjon	2 627	2 688	2 974	3 060	3 170	3 268	4 008	4 503	3 710	:	-	-	-100
Dagopphald i institusjon	1 298	1 395	1 487	1 618	1 471	1 480	1 430	1 434	1 386	1 331	1 136	991	-23,7
Tidsavgrensa opphald - utreiing/behandling	3 972	4 472	4 773	5 662	5 957	6 278	6 488	6 588	6 537	6 646	6 778	6 737	69,6
Tidsavgrensa opphald - habilitering/rehabilitering	1 717	1 917	2 176	2 418	2 582	2 693	2 755	2 840	2 842	2 947	2 845	2 686	56,4
Tidsavgrensa opphald - anna	4 128	4 274	4 418	4 747	4 974	4 901	5 143	5 093	4 991	5 033	5 078	4 256	3,1
Langtidsopphald i institusjon	15 500	16 050	16 542	16 993	17 203	17 644	17 554	17 433	17 309	17 034	16 620	16 561	6,8
Nattopphald i institusjon	-	:	:	:	:	:	:	:	6	:	5	:	
Kommunal øyeblikkeleg hjelp - døgnopphald	-	-	-	-	24	109	591	1 740	2 155	3 041	2 929	2 707	
Varslings- og lokaliseringsteknologi	-	-	-	-	-	-	:	:	58	195	364	592	
Tryggleiksalarm	17 928	19 614	20 795	22 222	22 941	23 465	24 144	24 773	24 965	25 462	20 690	26 024	45,2
Elektronisk medisineringsstøtte											339	1 078	
Digitalt tilsyn											1 057	1 753	

