

Beregnet til
KS

Dokumenttype
Sluttrapport

Dato
Januar 2017

FOU-PROSJEKT NR. 164037:
**«BOLIGER TIL PLEIE- OG
OMSORGSFORMÅL – EGNETHET FOR
DAGENS OG FREMTIDENS BRUKERE»**

RAMBOLL



**FOU-PROSJEKT NR. 164037:
«BOLIGER TIL PLEIE- OG OMSORGSFORMÅL –
EGNETHET FOR DAGENS OG FREMTIDENS BRUKERE»**

FORORD

Hvilken helsesektor har vi i 2040?

Å se på fremtidsutvikling er spennende, men det er også en utfordrende oppgave. Vi kan ikke si noe sikkert om hvordan fremtiden vil se ut på lang sikt. Fremskrivninger av utviklingstendenser for ulike brukergrupper gir et for snevert bilde.

Brukergruppen som bor i pleie- og omsorgsbygninger i dag, er en helt annen enn for 20 år siden. Digitalisering og ny teknologi kan snu opp ned på hvordan vi utøver pleie og omsorg. For å kunne gjøre prioriteringer og ta gode beslutninger fremover, er det derfor sentralt at vi utvikler kunnskap om hvilke krefter og endringer som vil prege den kommunale pleie- og omsorgssektoren de kommende 20-25 år.

For å si noe nytt om hvordan helsesektoren kan tenkes å se ut frem i tid, har Rambøll i forestående oppdrag gjennomført en scenarioanalyseprosess. Scenarioanalysen bidrar til å gi en felles forståelse av fremtidens utfordringer og problemstillinger, samt hvilke usikkerheter som er i spill, når vi arbeider med en lang tidshorisont. Scenariene kan dermed bidra til å utvikle mer robuste beslutningsunderlag for fremtiden. Scenarioanalyse er velegnet som utgangspunkt for en bred strategisk dialog i skjæringspunktet mellom samfunnsutvikling og politikk.

Vi håper og ønsker at rapporten kan bidra til å skape strategiske samtaler knyttet til utviklingstrekk vi ser i dag og at fremtidsbildene vi presenterer er med på å forberede sektoren på viktige veivalg.

Denne rapporten er sluttrapport i prosjektet «Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet» på oppdrag for Kommunenes arbeidsgiver-, interesse- og medlemsorganisasjon (KS). Prosjektet har vært gjennomført i perioden mars 2016 til januar 2017.

Rambøll vil gjerne takke alle aktører som har satt av tid til intervjuer og arbeidsmøter i forbindelse med scenarioanalysen. En særlig takk til Une Tangen (KS), Torstein Syvertsen (Husbanken), Lise Corwin (Frivillig Norge), Bente Kne Haugdahl (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag), Vivvi Ann Jonson (Tromsø kommune), Eirin Beate Rørmark (Oslo kommune), Nina Børresen (Oslo kommune), Anne Kjersti Medhus (Stavanger kommune), Ruth Berit Wiik (Bergen kommune), Marianne Barland (Teknologirådet), Janne Johannessen (Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse) som har bidratt som faglig ekspertgruppe inn i scenarioprosessen og som har satt av verdifull tid til prosjektet. Vi vil i tillegg rette en ekstra takk til alle som har bidratt med tid til intervjuer, arbeidsmøter og kartleggingen i forbindelse med delrapporten, datert desember 2016.

Vi vil også takke for et godt samarbeid med fagansvarlig Anne Gamme (KS), Jan Aarak (KS), Roar Sand (Husbanken), Steinar Barstad (Helse- og omsorgsdepartementet) og Aina Tjosås (Os kommune) som har utgjort referansegruppen i prosjektet.

Rambøll – Hege Hellvik, Kristin Karlsrud Haugse, Kjersti Ryen Strømnes, Kristian Roksvaag, Hanne Holden Halmrast, Håkon Kvåle Gissing, Solveig Margrete Kornstad og Magnus Killingland.

«Boliger til pleie- og omsorgsformål – egnethet for dagens og fremtidens brukere»

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | SAMMENDRAG | 1 |
| 2. | INNLEDNING | 4 |
| 2.1 | Kort om metoden i prosjektet | 4 |
| 2.2 | Leserveiledning | 5 |
| 3. | DAGENS SITUASJON OG BRUKERBEHOV | 6 |
| 3.1 | Sentrale funn fra delrapporten | 6 |
| 3.2 | Brukerbehov i bygninger til pleie- og omsorgsformål | 8 |
| 3.3 | Bygningenes rolle for samfunnet rundt | 12 |
| 4. | KORT OM SCENARIOMETODIKKEN SOM ER BENYTTET I OPPDRAGET | 14 |
| 4.1 | Hva scenarier er og hva de kan brukes til? | 14 |
| 4.2 | Scenariometodikk | 14 |
| 4.3 | Scenariofokus og tidshorisont | 15 |
| 4.4 | Oversikt over sentrale begreper | 16 |
| 5. | DRIVKREFTER SOM PÅVIRKER FREMTIDIGE BOLIGER TIL PLEIE- OG OMSORGSFORMÅL | 17 |
| 5.1 | Tunge trender – drivkrefter med høy påvirkning og høy grad av sikkerhet | 18 |
| 5.2 | Kritiske usikkerheter – drivkrefter med stor påvirkning og stor grad av usikkerhet | 21 |
| 5.3 | Fra kritiske usikkerheter til scenarier | 22 |
| 6. | TRE HISTORIER OM HVORDAN BEHOVENE FOR BOLIGER OG Plasser til pleie- og omsorgsformål er i år 2040 | 24 |
| 7. | LEVETID OG EGNETHET VED BOLIGER OG Plasser til pleie- og omsorgsformål – OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER I PROSJEKTET | 30 |
| 7.1 | Boliger og plasser til pleie- og omsorgsformål | 30 |
| 7.2 | Hva forteller scenariene? | 32 |
| 7.3 | Hva bør offentlig sektor tenke på for å imøtekomme endringene fremover? | 33 |

VEDLEGG

Vedlegg 1

Kort om scenariemetodikken i oppdraget

Vedlegg 2

Inspirasjon fra andre scenarioprojekter

1. SAMMENDRAG

Rambøll presenterer med dette sluttrapport for prosjektet "Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet" på oppdrag for KS. Oppdraget er gjennomført i perioden mars 2016 til januar 2017.

I oppdraget er det utformet en delrapport og en sluttrapport. Delrapport fra november 2016 omhandler levetid og egnethet i kommunale bygninger for pleie- og omsorgsformål. Her redegjøres det også for kommunens opplevde situasjon knyttet til utbedring av de eldre bygningene, med særlig vekt på Husbankens tilskuddsmidler. Konklusjonene fra delrapporten danner et viktig grunnlag for foreliggende sluttrapport. En oppsummering av hovedfunnene fra delrapporten fremkommer i kapittel 3.1.

Sluttrapporten har vi valgt å kalle «Boliger til pleie- og omsorgsformål – egnethet for dagens og fremtidens brukere», og i denne legger vi særlig vekt på dagens og fremtidens behov for kommunale pleie- og omsorgsbygninger. Når vi i dette oppdraget snakker om fremtidens behov, gjør vi det basert på scenariometodikk. Fremtidsbildene som presenteres i rapporten er dermed annerledes enn tradisjonelle fremskrivninger. Gjennom å identifisere trender, kritiske usikkerheter og drivkrefter for endring fremover, presenterer vi tre alternative fremtidsbilder. De ulike fremtidsbildene tegner utfordrende, men plausible bilder av hva som kan skje, hvilke premisser som ligger til grunn for at de ulike alternativene skal kunne skje, og hva konsekvensene kan være.

Et mål er at rapporten kan bidra til å skape et godt utgangspunkt for en strategisk dialog om fremtidens boliger og plasser til pleie- og omsorgsformål. Vi håper også at de alternative fortellingene om fremtidens omsorgssektor er med på å forberede sektoren på viktige veivalg. Vår teoretiske innfallsvinkel er et at scenariene kan hjelpe oss til å tilpasse oss fremtiden, men også til å påvirke hvilken fremtid vi ønsker oss.

I det følgende presenteres et sammendrag av sluttrapporten.

Det må foretas endringer i helse- og omsorgssektoren

Det er mye som taler for at det tjenestenivået som gis innen omsorgssektoren i dag ikke er bærekraftig fremover. Samtlige fremskrivninger viser et økende misforhold mellom tilbud og etterspørsel, hvor behovene øker betraktelig fremover. Fremskrivninger viser at hvis vi fortsetter med å gi de samme tjenestene som i dag, vil mer enn hvert tredje årsverk produsere helse- og omsorgstjenester i 2060¹.

Samtidig som det er en økende enighet om at det må skje større endringer innen helse- og omsorgssektoren, er det derimot stor grad av usikkerhet knyttet til hva endringene skal innebære og hvordan den nye sektoren skal se ut. Å skulle planlegge for en så usikker fremtid er svært krevende. Dette gjøres ikke enklere av at fremskrivninger av befolkning og etterspørsel innen ulike sektorer sjeldent treffer, og at kommunene har utfordringer med å anslå hvilken etterspørsel av omsorgstjenester som kan forventes lokalt. Fremskrivningene av pleie- og omsorgsbehov gir i seg selv heller ingen svar på de store problemstillingene som sektoren står overfor. Dette gjør det ytterligere krevende for kommunesektoren: hva skal de planlegge for og hvilke prioriteringer skal gjøres, både innen tjenester og innen pleie- og omsorgsbygg?

Sikre og usikre drivkrefter som påvirker pleie- og omsorgsbygg

Ved å se på historisk utvikling og tunge utviklingstrekk som driver samfunnsutviklingen, vil man kunne si noe om drivkrefter som med stor sannsynlighet vil være med på å prege behovene for pleie- og omsorgsbygg fremover. Teknologi er en slik viktig drivkraft. Gjennom det siste tiåret

¹ Holmøy, E., J. Kjelvik og B. Strøm, 2014. "Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover" SSB, rapport 2014/14

har vi gjennomgått en digital revolusjon hvor vi i løpet av kort tid har tatt i bruk og blitt godt vant med internett og smarttelefoner. Den teknologiske utviklingen vil fortsette å prege hvordan vi lever livene våre fremover, og den vil også spille en økende rolle i helse- og omsorgssektoren i årene som kommer.

I tillegg til den teknologiske utviklingen, er det også en rekke andre trender som vil påvirke den offentlige sektoren, kommunene og deres tjenester og bygninger til pleie- og omsorgsformål i årene fremover. De sikre og tunge trendene vi har identifisert i prosjektet er:

- Pleie- og omsorgstjenestene må klare seg med relativt mindre midler fremover fordi behovet for tjenester øker i større grad enn sektoren får tilført økonomiske midler
- Brukerbehovene vil bli mer komplekse, samtidig som forventningene til kommunen øker
- Vi vil se en fortsatt økning i unge tjenestemottakere innen pleie- og omsorgssektoren
- Vi vil få en stor vekst i den eldre delen av befolkningen, samtidig viser tallene at andelen eldre som etterspør pleie- og omsorgstjenester synker
- Metodeutviklingen innen rehabilitering vil fortsette, og vi vil se en økende vektlegging av å benytte brukernes egne ressurser i behandling
- Bolig- og befolkningsmessig vil vi bevege oss mot en sentralisering mot knutepunktene, både i store og små kommuner
- Bruk av velferdsteknologi og bruk av ulike former for sensorer vil øke
- Det vil stilles mer miljømessige krav til bygg- og eiendomssektoren
- Private aktører som tar initiativ til å bygge tilpassede boliger, særlig for eldre, vil øke i omfang

Videre er noen av de identifiserte drivkreftene preget av usikkerhet når det gjelder retningen på endringen. De usikre drivkreftene som vil påvirke offentlige pleie- og omsorgsbygninger er:

- **Detaljstyring eller autonomi i kommunesektoren:** Vil kommunene få mulighet til å utvikle feltet selv fremover, i større eller mindre grad? I hvilken grad vil lovfestingen i sektoren øke og vil kommunene få større eller mindre ansvar for helsesektoren fremover?
- **Offentlig eller privat eierskap av boliger til pleie- og omsorgsformål:** hvilket ansvar vil det offentlige ha for pleie- og omsorgsbygg fremover? Vil alle pleie- og omsorgstjenester skje i private eide eller leide boliger, eller vil offentlig sektor eie boliger i like stor grad som i dag?

Tre scenarier om behovene for pleie- og omsorgsboliger i år 2040

Basert på de usikre drivkreftene har vi utarbeidet tre scenarier som representerer alternative fremtidsbilder i år 2040. Som nevnt er målet å synliggjøre ekstremsituasjoner som kan oppstå, samtidig som fremtidsbildene også skal være troverdige. De tre scenariene oppsummeres kort i det følgende:

Scenario 1: CRUISESKIPET - «DE REGIONALE HELSEBYENE»

- Gjennom sentralisering og reinstitusjonalisering, samt ansvarsoverføring fra kommunesektoren til helseforetakene, vokser det frem 10 regionale helsebyer med ansvar for alle offentlige pleie- og omsorgstjenester og -bygg i Norge i 2040.
- Helsebyene har gjort Norge ledende i metode- og teknologiutvikling på helsefeltet og helsebyene er et yndet sted for utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer.
- Forskjellene mellom brukere som får plass og ikke får plass i helsebyen er store, og de mest ressurssterke benytter seg av private tilbud som ligger i randsonen av helsebyene.

Scenario 2: SKJÆRGÅRDSJEEPEN - «LOKALE LØSNINGER OG MANGFOLD»

- Gjennom kommunesammenslåinger og samhandlingsreformen har kommunene blitt store, viktige helseinstanser med høy grad av autonomi og råderett over hvilke boliger og tjenester de skal tilby innen helse- og omsorgssektoren.
- Det eksisterer en rekke former for samarbeid mellom offentlig, privat og ideell sektor og den lokale friheten gir rom for utprøving av ny teknologi og tjenester.
- Forskjellene mellom kommunene er store, og forskjellene knytter seg blant annet til tilbud og etterspørsel i pleie- og omsorgssektoren, økonomi og bruk av teknologiske hjelpemidler.

Scenario 3: KANOEN - «KOMMUNEN SOM FASILITATOR FOR VELFERD»»

- Pleie- og omsorgssektoren eksisterer ikke på samme måte som i dag, og kommunen jobber hovedsakelig med forebygging og tidlig innsats.
- Ingen har automatisk rett på omfattende pleie- og omsorgshjelp og det er en grunnleggende tanke i samfunnet at alle skal klare seg selv gjennom selvhjelp og egenmestring. Kommunale pleie- og omsorgsbygninger er solgt for å investere i teknologiske hjelpemidler til pleie og omsorg.
- Enkelte ressursrike grupper er storforbrukere av private helsetjenester, samtidig eksisterer alternative samfunn som ikke ønsker å benytte digitale hjelpemidler.

Hva viser scenariene oss?

De tre scenariene er ment som kilde til diskusjon og planlegging for sektoren fremover. Vi vet ikke sikkert hvilken fremtid vi går i møte, men vi vet at valg vi tar i dag og de neste årene vil være med på å skape denne fremtiden. Videre vil en første runde med scenarier ofte generere nye spørsmål og perspektiver som vil påvirke en eventuell ny runde med scenarioanalyser.

Basert på scenariene i denne rapporten, mener vi det er noen særlige temaer og perspektiver som bør løftes frem og drøftes. Dette gjelder eierskap til boliger for pleie- og omsorgsformål og hvordan utviklingen og implementeringen av ny teknologi og kunstig intelligens imøtekommes av det offentlige nå og fremover. Kan offentlig sektor hente ut de gevinstene av teknologi som mange forventer? Samtidig identifiserer vi kulturendringen blant ansatte i omsorgssektoren som en stor barriere i møte med endrede forutsetninger for å gi tjenester. Det bør også drøftes hvordan man kan legge til rette for økt samfunnsdeltakelse og hvordan man ønsker samarbeid med frivillig og privat sektor lokalt.

Videre har prosjektet vist at mange av føringene og insentivene knyttet til bygninger for pleie- og omsorgsformål er til dels motstridende, noe som bidrar til å svekke omstillingsevnen i kommunesektoren. På tross av at det finnes en rekke tanker og ideer i kommunene i dag, blir ikke disse prøvd ut fordi det ikke eksisterer gode nok arenaer for utprøving. Vi tror det er et stort, uutnyttet potensiale i økt bruk av pilotprosjekter på feltet. Her bør statlige aktører legge til rette for at kommunesektoren kan prøve ut nye modeller. Gjennom tverrfaglige samarbeid og erfaringsdeling lokalt og nasjonalt, kan dette bidra til å styrke sektoren fremover.

2. INNLEDNING

I perioden mars 2016 januar 2017 har Rambøll gjennomført prosjektet «Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet», på oppdrag for KS.

Formålet med oppdraget har vært å kartlegge og vurdere eksisterende boliger og institusjoner til pleie- og omsorgsformål, med sikte på å få bedre oversikt over gjenstående utskiftings- og moderniseringsbehov. I prosjektet har vi også tatt høyde for både brukernes omsorgsbehov og bygningsmassens tekniske tilstand. I tillegg har vi undersøkt hva som vil være fremtidens behov for offentlige bygninger til pleie- og omsorgsformål.

I prosjektet skal Rambøll besvare følgende hovedproblemstillinger:

- Hvor lang levetid har bygg for pleie- og omsorgsformål? Hvordan er den tekniske tilstanden ved institusjoner og boliger til pleie- og omsorgsformål som ikke er fornyet eller modernisert med tilskudd fra Husbanken i perioden 1998-2015?
- I hvilken grad er disse byggene egnet til å møte behovene til dagens og fremtidens brukere?
- I hvilken grad oppfyller byggene dagens krav til arbeidsmiljø, tilgjengelighet, universell utforming, brannsikkerhet, ventilasjon, sanitæranlegg mv.?
- Hvor stort er utskiftings- og fornyelsesbehovet uttrykt både i antall plasser/boenheter og som anslag over kostnader – med sikte på at byggene kan tilfredsstillere dagens standard og krav?

Videre skal Rambøll besvare:

- Er det rimelig med 30 års levetid, jf. Husbankens krav til disponeringsplikt i minst 30 år?
- Hva er viktig for kommunesektoren når det gjelder fornyelse. Hvordan fungerer dagens tilskuddsordning i Husbanken mht. fornyelsesbehovet, sett fra kommunenes side?
- Hva kjennetegner de kommunene som i liten grad har fornyet boligmassen til omsorgsformål i perioden 1998-2015?
- Hva er årsaken til at de ikke har satt i gang fornyelse?
- Er det særlige kjennetegn ved bygg fra ulike tidsperioder – er det omsorgsbygg fra visse tidsperioder som står seg bedre enn andre? Hva fremstår som de alvorligste manglene i de ulike tidsperiodene? Avgrenses til bygg fra 1960-, 1970-, 1980- og 1990-tallet.

Prosjektet har resultert i en delrapport i tillegg til foreliggende sluttrapport. Delrapporten fra desember 2016 kalt «Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet», omhandler levetid og egnethet i kommunale bygninger for pleie- og omsorgsformål. Her redegjøres også for kommunens opplevde situasjon knyttet til utbedring av de eldre bygningene, med særlig vekt på hvordan kommunene opplever Husbankens tilskuddsmidler til pleie- og omsorgsbygninger.

Sluttrapporten for prosjektet, som vi har valgt å kalle «Boliger til pleie- og omsorgsformål – egnethet for dagens og fremtidens brukere», bygger på nevnte delrapport. Vi oppsummerer derfor kort de viktigste konklusjonene fra delrapporten i kapittel 3.1, samt gjør en bredere drøfting av samtlige funn i prosjektet i kapittel 7.

I foreliggende sluttrapport belyser vi hva som er dagens behov for beboere i pleie- og omsorgsbygninger, samt hva som er fremtidige behov på feltet. Den sistnevnte delen bygger på scenariometodikk, noe som gjør at funnene i denne rapporten skiller seg fra mer tradisjonelle metoder for å planlegge for fremtiden, f.eks. fremskrivninger.

2.1 Kort om metoden i prosjektet

Oppdraget skiller seg noe fra tradisjonelle forsknings- og utredningsoppdrag. Det skyldes først og fremst kombinasjonen av fag og metoder i gjennomføringen. For å ivareta både det byggtekniske og det helsefaglige har konsulenter fra Rambøll med bred erfaring fra begge sektorene bidratt inn

i prosjektet. Informanter fra ulike kommuner har også vært bredt representert, med ansatte både fra helsesektoren og fra teknisk sektor. Metodikken oppdraget bygger på er også i langt større grad involverende enn typiske forskningsoppdrag, hvor kommunesektor og oppdragsgiver har blitt presentert for funn og analyser underveis i oppdraget, med den hensikt å kunne kommentere og diskutere dette med Rambøll.

Det er gjennomført om lag 45 intervjuer i forbindelse med oppdraget. I tillegg er det gjennomført dokumentgjennomgang av relevant forskning på feltet. Som grunnlag for kostnadsberegningene i delrapporten, har vi gjennomført en nasjonal kartlegging for å undersøke hvor mange eldre bygninger til pleie- og omsorgsformål kommunene benytter i dag. Kostnadsberegningene bygger på svar fra halvparten av landets kommuner. Metoden beskrives nærmere i delrapporten. For mer om scenariometodikken som er benyttet i oppdraget, og som er en viktig del av innholdet i sluttrapporten, se kapittel 4.

2.2 Leserveiledning

Den videre rapporten er strukturert som følger:

- **Kapittel 3** beskriver dagens situasjon i kommunen knyttet til levetid og egnethet for pleie- og omsorgsbygninger.
- **Kapittel 4** gir en kort innføring i scenariometodikk og beskriver gjennomføring av scenario-prosessen.
- **Kapittel 5** drøfter ulike drivkrefter som påvirker fremtidig behov når det gjelder bygninger til pleie- og omsorgsformål i kommunene.
- **Kapittel 6** beskriver tre alternative fortellinger om fremtidens pleie- og omsorgsbygg.
- **Kapittel 7** oppsummerer og konkluderer for prosjektet i sin helhet.

3. DAGENS SITUASJON OG BRUKERBEHOV

I dette kapittelet beskrives kommunenes og innbyggernes situasjon når de gjelder behovet for boliger og plasser til pleie og omsorg. Den første delen av kapittelet er viet en oppsummering av funnene fra første delrapport.

3.1 Sentrale funn fra delrapporten

Formålet med første del av oppdraget var å skaffe mer kunnskap om den kommunale boligmassen bygget før 1998. På nasjonalt nivå opplever man å ha noe kunnskap om tilstanden i bygninger oppført eller modernisert i perioden 1998-2015, gjennom oversikter hos Husbanken. Det er derimot høy grad av usikkerhet rundt bygninger oppført før denne perioden, herunder hvor mange omsorgsboliger og institusjonsplasser bygd før dette tidspunktet som er i bruk i kommunesektoren i dag.

I det følgende har vi gjort en kort oppsummering av de mest sentrale funnene fra første deloppdrag.

Sentrale funn fra delrapporten

Utbedring av eksisterende boliger og institusjonsplasser vil koste omtrent 37 mrd. kroner

Kartleggingen viser at omtrent halvparten av eldre boliger og plasser til heldøgns omsorg i norske kommuner i dag har en brukbar standard. Videre viser Rambølls kostnadsberegninger at det vil koste kommunene omtrent **37 mrd. kroner** eks. mva. å modernisere resterende kommunal bygningsmasse som brukes til heldøgns omsorg til et tilfredsstillende, funksjonelt nivå. Kostnadssummen baserer seg på et anslag om at det på landsbasis er omtrent 13 300 omsorgsboliger og 24 000 institusjonsplasser som er oppført **før 1998** og som i dag inngår i **heldøgns omsorg**. Vi antar likevel at vi i vår kartlegging ikke har fanget opp alle boliger og plasser som kommunen bruker til helse- og omsorgstjenester i dag, noe som gjør at vi regner med at den faktiske summen er større.

Kostnadsberegningen er gjort med utgangspunkt i hva som er realistiske, men moderate valg ved modernisering av eksisterende bygningsmasse. Det vil si at innenfor vår valgte kostnadsberegning vil boliger og institusjoner oppgraderes til et funksjonelt nivå, men de vil ikke imøtekomme alle dagens krav og standarder for nybygg. I tillegg inngår det i kostnadsberegningene at en andel av bygningene som regnes som saneringsmodne erstattes. Disse vil imøtekomme dagens krav og standarder, men da gjennom oppføring av nye bygninger.

I kostnadsberegningen har vi imidlertid ikke inkludert øvrig vedlikehold som også vil innebære en kostnad for kommunesektoren fremover.

Manglende vedlikehold i kommunale pleie- og omsorgsbygninger

Et sentralt og viktig funn i prosjektet er at vedlikehold i pleie- og omsorgsbygningene er mangelfullt. I flere kommuner er vedlikeholdet helt fraværende og i noen tilfeller er det snakk om en bevisst nedprioritering. På grunn av endrede omsorgsbehov og endrede måter å gi tjenester på, vil et bygg oppført for 30 år siden være utdatert og lite i samsvar med dagens behov og omsorgsfilosofi. Kommunene opplever det som lite lønnsomt å vedlikeholde og opprettholde drift i bygninger utover en 30-års periode.



Sentrale funn fra delrapporten

Praksisen i flere kommuner er derfor å spare penger gjennom å begrense vedlikeholdet og bruke bygningen til den må rives, for deretter å bygge nytt. Eventuelt gjennomgår de eldre bygningene en totalrehabilitering og/ eller omdisponeres. Praksisen gjelder spesielt for institusjonsbygninger. På den andre siden er det flere i kommunens tekniske tjenester som ønsker økt vedlikehold av bygningene, men som ikke får gjennomslag for dette i kommunens administrasjon eller hos politikere lokalt. Slik det er i dag gjør statlige føringer og insentiver at det lønner seg å bygge nytt, fremfor å ta vare på eksisterende bygningsmasse.

Utfordrende å bygge for fremtiden

Det er utfordrende for kommunene å bygge for dagens og morgendagens brukere. Bygningene som bygges i dag skal brukes i en periode på 30-40 år fremover, men det finnes få metoder kommunesektoren kan benytte for å gjøre gode fremtidsrettede analyser. Tradisjonelle fremskrivninger av befolkningsvekst og fremtidig behov i ulike sektorer treffer ofte ikke godt nok, og de er sjeldent brutt ned til lokale forhold i hver enkelt kommune. Det er heller ikke utviklet gode verktøy for kommunene for å kunne kartlegge behov lokalt.



Til dels motstridende krav og standarder for pleie- og omsorgsbygninger

Krav og standarder knyttet til pleie- og omsorgsbygninger er svært omfattende. Videre er kravene i Byggteknisk forskrift (TEK10), samt de kravene som Arbeidstilsynet og Husbanken har for pleie- og omsorgsbygg til dels motstridende. Selv om kommunen, gjennom brede og involverende prosesser med ansatte og brukere, har konkludert med en løsning som for alle fremkommer som god, kan det hende at arbeidstilsynet eller Husbanken likevel sier at dette ikke er tilfredsstillende. Et eksempel vi har hørt flere steder er at kommunens planlagte boliger ikke er tilpasset personer med demens, selv om boligene er planlagt for og tiltenkt helt andre målgrupper. Dette bidrar til å gjøre arbeidsprosessene krevende for kommunene, og kan også medføre at boligene som godkjennes innehar elementer som ikke er til det beste for den som faktisk skal bo der.

Frem til nå har det ikke vært villighet nasjonalt til å lage standardiserte og forhåndsgodkjente boligmodeller som imøtekommer de lovmessige kravene, som kan gjenbrukes i senere boligprosjekter. Det gjør at alle nye prosjekter som igangsettes i kommunene må tegnes og behandles på nytt hver gang.

Funnene i prosjektet illustrerer at kommunesektoren settes i en rekke situasjoner som må løses gjennom kompromisser. I kommunen er de to vidt forskjellige fagdisiplinene – teknisk på den ene siden og helse og omsorg på den andre – ytterst sjeldent eller aldri organisert under samme kommunalsjef. Videre må kommunene bygge boliger for en fremtid de ikke har virkemidler eller kapasitet til å planlegge godt nok for. Ansatte i kommunesektoren uttrykker at de savner et noe større handlingsrom og en villighet til å kunne bruke skjønn når det planlegges for boliger til en målgruppe som har veldig ulike, og til dels motstridende, behov.

3.2 Brukerbehov i bygninger til pleie- og omsorgsformål

Brukerbehovene tilknyttet boliger er individuelle. I tillegg vil de individuelle behovene raskt bli ganske komplekse, særlig i de tilfellene hvor brukerne har behov som omfattes av flere sektorer. I det følgende trekker vi frem ting som har fremkommet som særlig sentralt knyttet til brukerbehovene.

Funnene er basert på analyser av dokumenter og rapporter, en rekke intervjuer med representanter fra ulike sektorer i kommunene andre sentrale aktører, samt arbeidsmøter med erfarne kommunerepresentanter.

I boksen under oppsummeres behovene alle beboerne har, uavhengig av hvilken målgruppe de tilhører.



Alle brukerne har behov for boliger som:

- gir trygghet
- ikke er stigmatiserende
- gir mulighet for soving og bruk av toalettfasiliteter i en privat sfære
- gir mulighet for tilsyn og tjenester
- legger til rette for sosialt samvær – men at beboer selv kan velge når og hvordan dette skal foregå
- gir tilgang til uteområder – men her er det også viktig å ta hensyn til individuelle, personlige preferanser

I tillegg vil de aller fleste også ha fordel av at boligene er lokalisert i nærheten av fasiliteter som næring- og servicetilbud.

Ulikheter i og rundt boliger og institusjonsplasser

De individuelle behovene til hver enkelt mottaker av pleie- og omsorgstjenester kan variere både i tjenesteinnhold og bolig. Dette gjør at kommuner er godt tjent med å ha en differensiert boligmasse som er tilpasset ulike behov. Dersom det er stor avstand mellom boligtilbudene med lav og høy bemanningsgrad kan kommunen ende opp med å måtte bosette flere brukere i boliger med høy bemanningsgrad enn det som er nødvendig, noe som er med på å øke kostnadene.

Noen husholdninger er store mens andre er små, og dette har betydning for størrelsen på boligene. Enkelte brukergrupper har behov for stor plass for å få plass til diverse hjelpemidler, mens andre igjen foretrekker å ikke ha for store omgivelser å forholde seg til. Videre vil behovene til hver bruker og de ulike brukergruppene kunne endre seg over tid, noe som er med på å komplisere planleggingen for kommunene. Skal man lage boliger som kan tilpasses endringene, eller skal man flytte beboere til andre, bedre tilpassede boliger?

Videre må det tas hensyn til både hvilke brukergrupper som plasseres i hvilket bomiljø og størrelsen på brukergruppene som plasseres i samme bomiljø. Dette har igjen betydning for hvor i kommunen boliger og institusjonsplassene er plassert.

Tilgang til fellesareal og personalbase

Det er store forskjeller knyttet til ønske om tilgang til fellesarealer, herunder felleskjøkken. For enkelte brukergrupper, blant annet utviklingshemmede og eldre, har flere kommuner erfart at mange beboere trives med felleskjøkken i boligene da dette skaper godt samhold og positivt samvær blant beboerne. Dette på tross av at beboere forut for innflytting ga beskjed om at de ønsket private kjøkken og var innstilt på å lage måltidene i sin private leilighet.

I dag bygges det hovedsakelig kjøkken i alle boenheter og det er lite handlingsrom innenfor dagens tilskuddsordninger for kommunene i å bygge differensiert innenfor samme bygning, f.eks. ulike typer leiligheter, med og uten kjøkken. Dette er med på å utfordre kommunene i å gi et forsvarlig tilbud til en differensiert målgruppe. For personer med demens utgjør tilgang til kjøkkenet en økende risiko avhengig av hvor langt de er kommet i sykdomsforløpet. I enkelte kommuner har man vurdert å stenge private kjøkken med gitterverk for å forhindre beboer i å skade seg selv.

For andre brukergrupper, for eksempel personer med rus- og/eller psykiske helseutfordringer, varierer det i stor grad hvorvidt det er ønskelig med fellesarealer. Enkelte i målgruppen ønsker ikke slike fellesarealer og har behov for skjermede boliger med tilgang til eget kjøkken og oppholdsrom.

Av øvrige fellesareal er det mange ulike erfaringer knyttet til hva som fungerer og ikke. I dag bygges det hovedsakelig beboergrupper med 8-12 boliger grunnet retningslinjer for tilskuddet fra Husbanken. For enkelte brukergrupper kan dette være en god størrelse på beboergruppen. For andre kan forholdene bli for små. Enkelte kommuner erfarer at i små beboergrupper blir ikke fellesarealene brukt fordi gruppen blir for liten til at det skapes noe varig miljø. Flere kommuner opplever at særlig eldre beboere blir sittende på gangen eller nær heisene fordi de vil være der det skjer noe, og det er her de ansatte kommer forbi med jevne mellomrom.

Behovet for personalbase og lokalisering knyttet til omsorgsboliger er noe kommunene er opptatt av. Avstand mellom boliger og personalbase påvirker reiseavstand for de ansatte. I tilfeller hvor det ikke er personalbase i leilighetskomplekser eller bofellesskap, men hvor kommunene ser behovet for dette, opprettes ofte provisoriske personalbaser i tidligere leiligheter.

Materialvalg i og utforming av boligene

I flere tilfeller vil materialvalget i boligene være vesentlig, både for å sikre en tryggere hverdag for de som skal bo der og for å redusere vedlikeholdskostnader for kommunen.

Materialvalg for å redusere skader ved fallulykker er særlig aktuelt overfor eldre, og Helsedirektoratet trekker frem en rekke miljøfaktorer som påvirker risikoen for fall. Dette er terskler, glatte gulv og trapper, trapper uten rekkverk, utilstrekkelig belysning, ujevne flater, løse ledninger og tepper, møbler som står i veien, ustabile møbler, uhensiktsmessige hjelpemidler, manglende støttehåndtak på badet, samt klatring på stoler og krakker. I uteområder trekkes følgende miljøfaktorer frem: rot og hindringer på gangstier, glatte bakker og fortau, flater og blinkende lamper.²

Risikofaktorer som omhandler selve bygget er i stor grad ivaretatt gjennom krav i teknisk forskrift (TEK10). Samtidig fremkommer det at risikofaktorer for fall er sammensatte og at aktivitet og ernæring er viktige fallforebyggende tiltak. En friskere og sterkere kropp er bedre

² Helsedirektoratet (2013). Fallforebygging i kommunen – kunnskap og anbefalinger

rustet for fall. I tillegg til å sørge for å bygge boliger uten nevnte risikofaktorer, bør boligene og omgivelsene også tilrettelegger for et økt aktivitetsnivå for eldre og personer med demens, f.eks. gjennom muligheten til å bevege seg i større områder og det å kunne gå inn og ut når en selv ønsker det.

Materialer som tåler personer som utagerer og som bruker boligen hardt nevnes i større grad når det gjelder personer med rus- og psykisk helseproblematikk³, men også overfor personer med utviklingshemming.⁴ Enkelte er usikre for hvorvidt det lar seg gjøre å benytte velferdsteknologi i boliger til personer med sterk rus- og psykisk helseproblematikk. Erfaringsmessig kan enkelte ødelegge mye på kort tid i boligene når de er syke nok.

Videre vil materialer, farger og lys ha betydning i boliger for personer med demens, personer med synshemming, personer med hørselsproblematikk eller funksjonshemming, og ofte bør det gjøres individuelle tilpasninger etter behov for å sikre en god bosituasjon.

Eldre med rusproblematikk

Den medisinske utviklingen bidrar til at personer med rusproblematikk oppnår en høyere levealder nå enn tidligere. Dette har gitt et økende behov for tilpassede botilbud for eldre med rusproblematikk. Eldre med rusproblematikk har i mange tilfeller et sammensatt tjeneste- og omsorgsbehov da mange i brukergruppen har sammensatte helseutfordringer som somatiske helseplager, sviktende kognitiv funksjon og/eller sosiale problemer i form av ensomhet og tap av livsmening (angst/depresjon). Dette gjør at brukergruppen ikke kan integreres i ordinære sykehjem eller institusjoner, men at gruppen har behov for særskilt tilrettelagte boliger som tar hensyn til deres sammensatte behov.

KORFO oppga i 2015 at noen kommuner har utviklet særskilte sykehjem/sykehjemsplasser for personer med et alvorlig høyt forbruk av alkohol, men omfanget av dette er ukjent. Denne type sykehjemsplasser håndterer alkoholproblematikk for de eldste og dårligste pasientene. I øvrige kommuner får pasientgruppen tilbud om hjelp av ordinære tjenester, og det er grunn til å tro at det i de fleste tilfeller gjøres i egen, privat bolig.⁵

3.2.1 Personer med demens

Tallene over hvor mange som har demens i dag spriker noe, og det samme gjør også fremskrivningene. Forsiktige anslag viser til at antallet personer med demens forventes å doble seg fra rundt 80 000 i 2016⁶ til omtrent 160 000 de nærmeste 30-40 årene⁷. Andre beregninger viser at det allerede om 20 år vil være rundt 200 000 personer med demens⁸.

Flertallet av de som får demens vil ha behov for ulike tjenester i eget hjem, offentlig botilbud eller sykehjem i løpet av sykdomsperioden. Meld. St. 29 (2012-2013) om «Morgendagens omsorg» tok utgangspunkt i at omtrent 80 prosent av de som bor på sykehjem antas å ha en demenssykdom. Nasjonale føringer og tilskudd legger opp til at omsorgsboliger også i økende grad skal tilpasses for denne målgruppen. Boliger til personer med demens er dermed viktig inn i planleggingen av tjenester og boliger til pleie- og omsorg i dag og fremover. Vi har derfor trukket frem boligbehov som fremkommer som særlig viktig for målgruppen.

³ F.eks. Sintef-notat 2016. "Robuste boliger i Melhus kommune", tilgjengelig på:

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2421970/sintef_notat_20.pdf?sequence=3

⁴ Eide og Breimo (2013). «Når livsløp veves sammen med administrative tilfældigheter – en studie av boligløsninger for mennesker med utviklingshemming». Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 8/2013

⁵ KORFOR (2015). «Eldres rusmiddelbruk – alkohol og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR.

⁶ <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer>

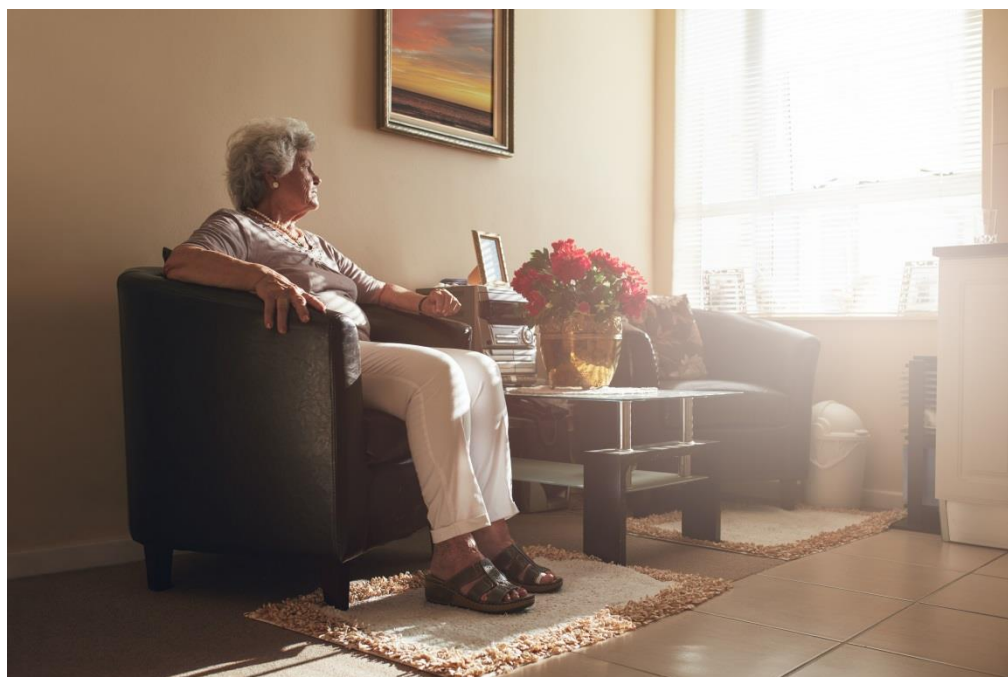
⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn.

⁸ <http://forskning.no/aldring-helsepolitikk-alzheimer/2015/04/demens-kan-bli-en-samfunnstrassel>

I en kunnskapsoversikt fra 2009 fremheves det at utformingen av de fysiske omgivelsene påvirker personer med demens på fire hovedområder: nivå på dagligfunksjoner, adferdsforstyrrelser, positiv adferd og livskvalitet. Resultatene av kunnskapsoversikten må tolkes med forsiktighet, understreker Kunnskapssenteret.⁹ Vi vil likevel trekke frem sentrale funn i kunnskapsoversikten:

Personer med demens har vist roligere adferd i mindre og oversiktlige enheter med hjemlige miljø, og studier taler derfor for små, tilrettelagte enheter med lav beboertetthet for personer med demens. Videre viser flere studier at personer med demens får bedret stedsans og fremkommelighet ved enkel utforming av bo-omgivelsene, herunder grupper av rom med tilknyttede fellesarealer og enkel og intuitiv veifinning mellom privatenheten og fellesarealet. Særpreg på hvert rom, rolige omgivelser og få beslutningspunkter har også vist seg å lette orienteringsevnen for personer med demens. Enerom med muligheten for hjemlig preg med personlige eiendeler og innredning har vist seg å gi mindre psykiske symptomer, mens variasjon og særpreg på fellesområder har vist å gi mindre depresjon, sosial tilbaketrekning og hallusinasjoner. Det ble også vist til at tilgang på hage i umiddelbar nærhet ga signifikant effekt på adferdsmål i én studie.¹⁰

Funnene fra kunnskapsoppsummeringen om at det fysiske miljøet har betydning for den personsentrerte omsorgen er blitt bekreftet gjennom nyere forskning, blant annet «Er smått alltid godt i demensomsorgen?» i fra 2015. Her ble det vist til at opplevd autonomi og hjemlighet, gode sosiale relasjoner og meningsfylt aktivitet er faktorer som er sentralt for å gi et godt botilbud til personer med demens.¹¹ Videre konkluderte studien med at de viktigste tiltakene for å oppnå en mer personsentrert omsorg, er å organisere tilbudet i små oversiktlige bogrupper, der det er tilknyttet færre og faste personer som lærer beboerne å kjenne. Forskerne diskuterer videre om dette nødvendigvis betyr at alle anlegg må være små for å lykkes med en god demensomsorg. Flere faktorer taler for at det å organisere botilbudene under en ledelse og



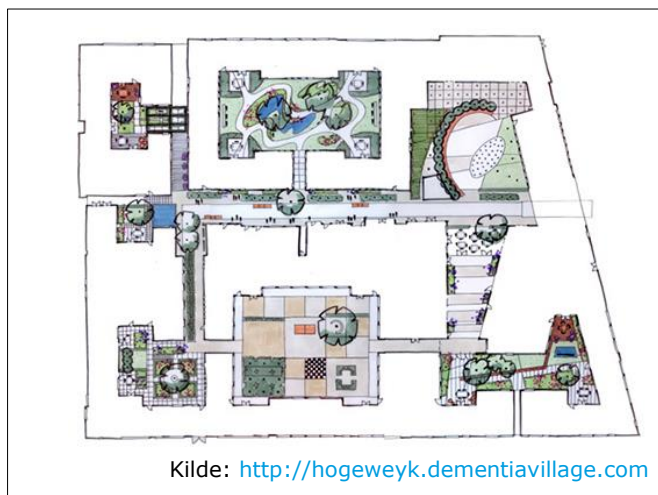
⁹ Kunnskapssenteret (2009). Botilbud til mennesker med demens

¹⁰ Kunnskapssenteret (2009). Botilbud til mennesker med demens

¹¹ Høyland, K., Ø. Kirkevold, R. Woods og G. Haugan 2015. Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens. Sintef.

organisatorisk enhet gir fordeler for kommunene, både knyttet til kompetanse og ressursfordeling, og at det bidrar til mer kostnadsoptimale løsninger. Det samme kan gjelde for samlokalisering, men her er utformingen på området helt sentralt.¹²

Det å legge til rette for gode arkitektoniske løsninger kan øke både autonomien og hjemligheten for beboerne, noe som er sentralt i personsentrert omsorg, samtidig som man unngår institusjonspreget. Et eksempel på dette er Hogeweyk demenslandby i Nederland hvor man har samlet 23 ulike boligenheter på et område. Bygningene er bygget rundt en park og et uteareal som gjør at beboere kan gå inn og ut av boligene, samtidig som det ikke er fare for at de beveger seg ut av området uten tilsyn (se illustrasjon til høyre). Beboerne deltar i daglige gjøremål som vasking, matlaging og daglig besøk til det lokale supermarkedet. Uteområdet i landsbyen er også tilgjengelig for nærliggende naboer, noe som gir en ekstra dimensjon i å se bygningene i sammenheng med samfunnet rundt.¹³



Kilde: <http://hogeweyk.dementiavillage.com>

Videre er det grunn til å tro at boligpreferansene er like forskjellige hos personer med demens, som resten av befolkningen. Noen mennesker ønsker å bo et tett fellesskap og ha mye sosial kontakt med andre, mens andre ønsker å beholde sosial kontakt med familie og venner som de kjenner fra før.¹⁴

3.2.2 Pårørende

Pårørende har også en rekke behov i møte med pleie- og omsorgstjenesten, også i boliger og ved institusjonsplasser. Dette kan blant annet dreie seg om tilrettelegging for å kunne besøke beboer og i noen tilfeller også overnattingsmuligheter (f. eks. ved tilbud til små barn). Enkelte kommuner oppgir i den forbindelse at de ønsker å gjøre pleie- og omsorgsbygningene attraktive for besøkende, for eksempel gjennom tilgang på lekerom og kafé.

3.2.3 Ansatte og arbeidsmiljø

De ansatte har også en rekke behov inn i pleie- og omsorgsbygninger og dette er blant annet ivaretatt gjennom arbeidsmiljøloven. Når det gjelder pleie- og omsorgsbygg fremhever kommunene særlige utfordringer knyttet til lange avstander, både innad i et bygg og mellom bygninger tilhørende samme bofellesskap, samt dårlige eller manglende tilgang på personalbase, garderobe og kontormuligheter. I tillegg er det utfordringer knyttet til tunge løft på grunn av manglende plass til hjelpemidler i eldre bygninger. Overfor enkelte beboere er det også behov for å sikre at personalet har tilgang til tilstrekkelig rømningsmuligheter.

3.3 Bygningenes rolle for samfunnet rundt

På nasjonalt nivå er man blitt gravis mer opptatt av hvordan man gjennom offentlige bygg og områdene rundt kan legge til rette for og bidra til møteplasser og økt aktivitet for nærsamfunnet. Hagen-utvalget¹⁵ poengterte i 2011 blant annet at lokalisering av velferdssenter og ulike botilbud

¹² Høyland, K., Ø. Kirkevold, R. Woods og G. Haugan 2015. Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens. Sintef.

¹³ Informasjon fra <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>

¹⁴ NOVA 2014. Boliggjøring av eldreomsorgen? Svein Olav Daatland (red.)

¹⁵ NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg.

må inngå som et ledd i en helhetlig nærmiljø- og knutepunktutvikling i de ulike bydeler/lokalsamfunn. Utvalget skrev den gang at: «Tilgjengelighet handler ikke lenger bare om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste, om access to society»¹⁶.

Denne ideen ble videreført i Meld. St. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» hvor det legges vekt på at sykehjem og omsorgsboliger skal være en selvsagt del av et lokalsamfunn. Sammensatte bomiljøer, bestående av både ordinære boliger og boliger til eldre og andre med pleie- og omsorgsbehov, vil legge til rette for økt aktivitet, deltakelse og kontakt med pårørende, venner og familie.¹⁷

Historisk sett har også Gjærevoll-utvalget¹⁸ i 1992 hatt stor betydning for kommunenes utvikling når det gjelder å integrere pleie- og omsorgsboliger i ordinære bomiljøer. Utvalget mente at omsorgstrengende skulle ha muligheter til et privat og selvstendig liv med trygghet og verdighet i eget hjem, fremfor institusjon. Reformen for mennesker med utviklingshemning har også vært med på å forme utviklingen i sektoren siden 1991. Sentrale målsettinger i reformen har vært normalisering og integrering gjennom å avvike institusjonene og bygge opp selvstendige boformer integrert i vanlige bomiljøer.¹⁹

Innenfor oppdragets rammer har Rambøll undersøkt hvilken bevissthet kommunene har rundt dette temaet når de planlegger for pleie- og omsorgsbygg. Datainnsamlingen viser at enkelte kommuner har erfaringer og en bevissthet rundt hvordan bygget legger til rette for øvrig aktivitet i nærmiljøet f.eks. gjennom å legge kontorlokaler til frivilligsentral i sykehjemsbygninger, ha aktivitetssenter, basseng og kafé, og ha bygninger hvor det er både boliger og institusjonsplasser – noe som skaper en viss differensiering. Det er også enkelte kommuner som oppgir at de har sykehjem med større rom som brukes til opptredener eller filmfremvisning, både for de som bor der og for andre besøkende. Det er likevel få kommuner som oppgir at dette er en mulighet i de eldre bygningene til pleie- og omsorgsformål.

I prosjektet fremkommer det at enkelte i kommunene ønsker å trekke integreringen lenger enn man har mulighet til i dag, f.eks. gjennom å kombinere boliger for eldre med studentboliger²⁰. Det finnes eksempler på dette i andre europeiske land. Tanken er at de ulike beboergruppene kan være til nytte og glede for hverandre. Denne type nytenkende boligprosjekter er imidlertid vanskelig å få til innenfor eksisterende føringer og insentiver på feltet.

Intervjuene med representanter fra kommunesektoren illustrer at det er svært varierende hvor bevisste kommunene er når det kommer til å lage bygninger som er tilrettelagt for samfunnet rundt, med tanke på mulighet for aktivitet og møteplasser på områdene hvor kommunen har denne typen bygg. I kommunene som er bevisste disse problemstillingene vises det til at det setter flere krav til fellesarealene når man skal drive annen type aktivitet og legge til rette for frivillige i bygningene, bl.a. knyttet til gode adgangssystemer. Ideen om å skape bygninger som åpner opp for samfunnet rundt legger også økte krav på hvordan uteområdene er utformet.

¹⁶ Sitert i NOVA 2014. Boliggjøring av eldreomsorgen? Svein Olav Daatland (red.)

¹⁷ Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg

¹⁸ NOU 1992:1. Trygghet - Verdighet - Omsorg

¹⁹ St.meld. nr. 47 (1989-90). Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning.

²⁰ <http://www.budstikka.no/boligpolitikk/eldreomsorg/eldrebolgen/vil-gi-unge-billig-bolig-mot-besok-hos-eldre/s/5-55-427046>

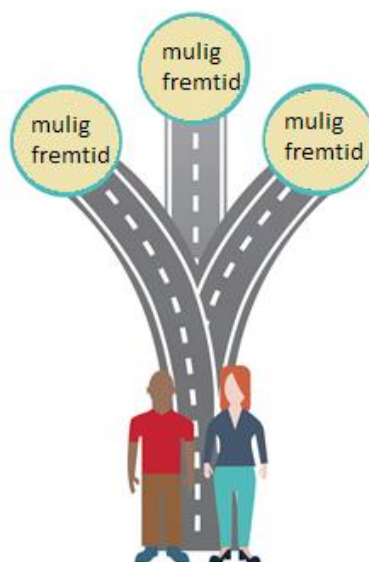
4. KORT OM SCENARIOMETODIKKEN SOM ER BENYTTET I OPPDRAGET

4.1 Hva scenarier er og hva de kan brukes til?

For å utforske fremtidens pleie- og omsorgsbygg har vi utviklet scenarier. Scenarier er ikke spådommer eller prognoser, men kvalifiserte beskrivelser av flere mulige fremtider som kan tenkes å skje. Scenarioanalysen bruker blant annet fremskrivninger som en av flere verktøy for å fortelle mulige utfall av hvordan fremtiden kan se ut. Scenariene tar således utgangspunkt i eksisterende kunnskap og baserer seg på grundige vurderinger av hvordan drivkrefter og trender kan utvikle seg.

Scenarioutvikling er et anerkjent redskap for langsiktige valg av utviklingsveier i komplekse og turbulente tider. Scenarioutviklingsprosessen har som formål å utvikle *lærende scenarier* («learning scenarios») for å utforske omgivelsene og vise mulige utviklingsretninger. Gjennom å utarbeide scenarier bidrar vi til å fange mest mulig av usikkerheten. Utviklingen er ikke entydig eller forutbestemt - den kan gå i flere retninger, jf. figur 4-1.

Figur 4-1 Scenarioanalyse – ulike mulige fremtider



Figur er kopiert fra Policy Horizons Canada, tilgjengelig på: <http://www.horizons.gc.ca/eng/book/export/html/2705>

Scenariene som er utviklet basert på scenariometodikken i dette prosjektet, og som beskrives nærmere i kapittel 6, kan spille rollen som *minner om fremtiden* («memories of the future»). Formålet er å øke forståelsen innen et samfunnsområde og å sette rammer for strategiske samtaler for de involverte. I dette oppdraget er ønsket at scenariene skal inspirere til en strategisk dialog om hvilken fremtid vi ønsker for pleie- og omsorgsbygg, og bidra til å utvikle og å vurdere ulike muligheter.

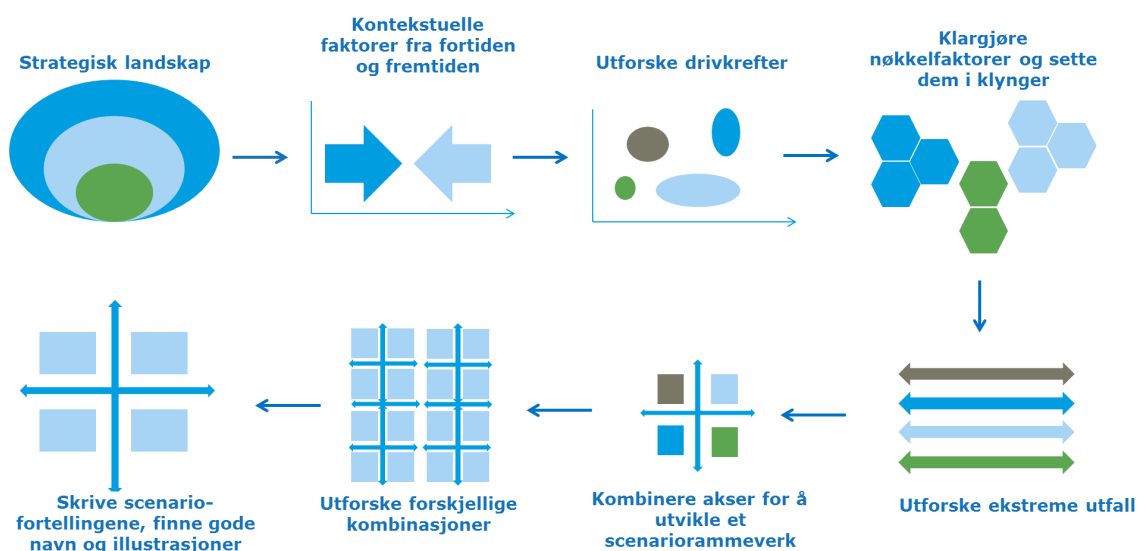
4.2 Scenariometodikk

De siste tiårene er det utviklet mange forskjellige tilnærminger til scenarioutvikling, og interessen for scenarioutvikling har økt i etterkant av uforutsette hendelser som 11. september 2001 og finanskrisen i 2008.

Rambøll har i foreliggende scenarioutvikling benyttet klassisk deduktiv scenarioutviklingsmetode²¹. Figur 4-2 oppsummerer sentrale trinn i scenariometoden.

Figur 4-2 Sentrale trinn i utvikling av scenarier

HVORDAN UTVIKLE SCENARIER



Kilde: Oxford Scenarios Programme, Rambøll

Metoden setter fokus på kritiske usikkerheter og bidrar til at scenariene sammen dekker det fremtidige mulighetsrommet. Elementer fra transformativ metode²² er også fulgt. Prosessen er sentrert om å bygge scenarier, ikke bare for å forstå fremtiden, men også for å påvirke og transformere den. Drivkrefter som har effekt på pleie- og omsorgsbygg mot 2040 er identifisert. De er analysert og sortert etter viktighet, for deretter å bli rangert som relativt sikre og usikre drivkrefter. To usikre drivkrefter med stor påvirkning er valgt som kritiske usikkerheter, og scenariologikken er utformet som en konsekvens av utfallet av disse.

Scenarioutvikling omfatter utforskning og læring i en iterativ prosess. Vi kaller dette strategiske samtaler («strategic conversations»), hvor de som er med i prosessen, deler kunnskap og lærer av hverandre og sammen får økt innsikt. Det imøtekommer behovet for ukonvensjonell analyse kombinert med disiplinert fantasi. Gjennom utvikling av scenarier, ser man dagens situasjon og tilgjengelige muligheter i et nytt lys.

Under arbeidet med scenariene har vi gjennomført 1) research, 2) seminstrukturerte dybdeintervjuer, 3) workshops og 4) presentasjon og kvalitetssikring av scenariologikk og fortellinger.

4.3 Scenariofokus og tidshorisont

I scenarioutviklingsprosessen har vi undersøkt følgende del av fremtiden:

- Hvordan er (behov for) boliger til pleie- og omsorgsformål (i kommunene) i 2040?

Formålet er å gi økt innsikt i:

- Hva som skjer hvis kommunene fortsetter å drifte, vedlikeholde og investere som i dag?

²¹ van der Heijden, 2016. 2nd ed, The art of the Strategic Conversation, John Wiley & Sons, Ltd, 2005; og Ramirez & Wilkinson, Strategic Reframing, Oxford University Press.

²² Kahane, A., 2012. Transformative scenario planning. San Francisco, CA: Berrett Koehler Publishers.

- Hvilke veivalg kommunene skal ta fremover for å møte fremtidens behov?

4.4 Oversikt over sentrale begreper

I det følgende anvendes en rekke begreper basert på klassisk deduktiv scenarioutviklingsmetode:

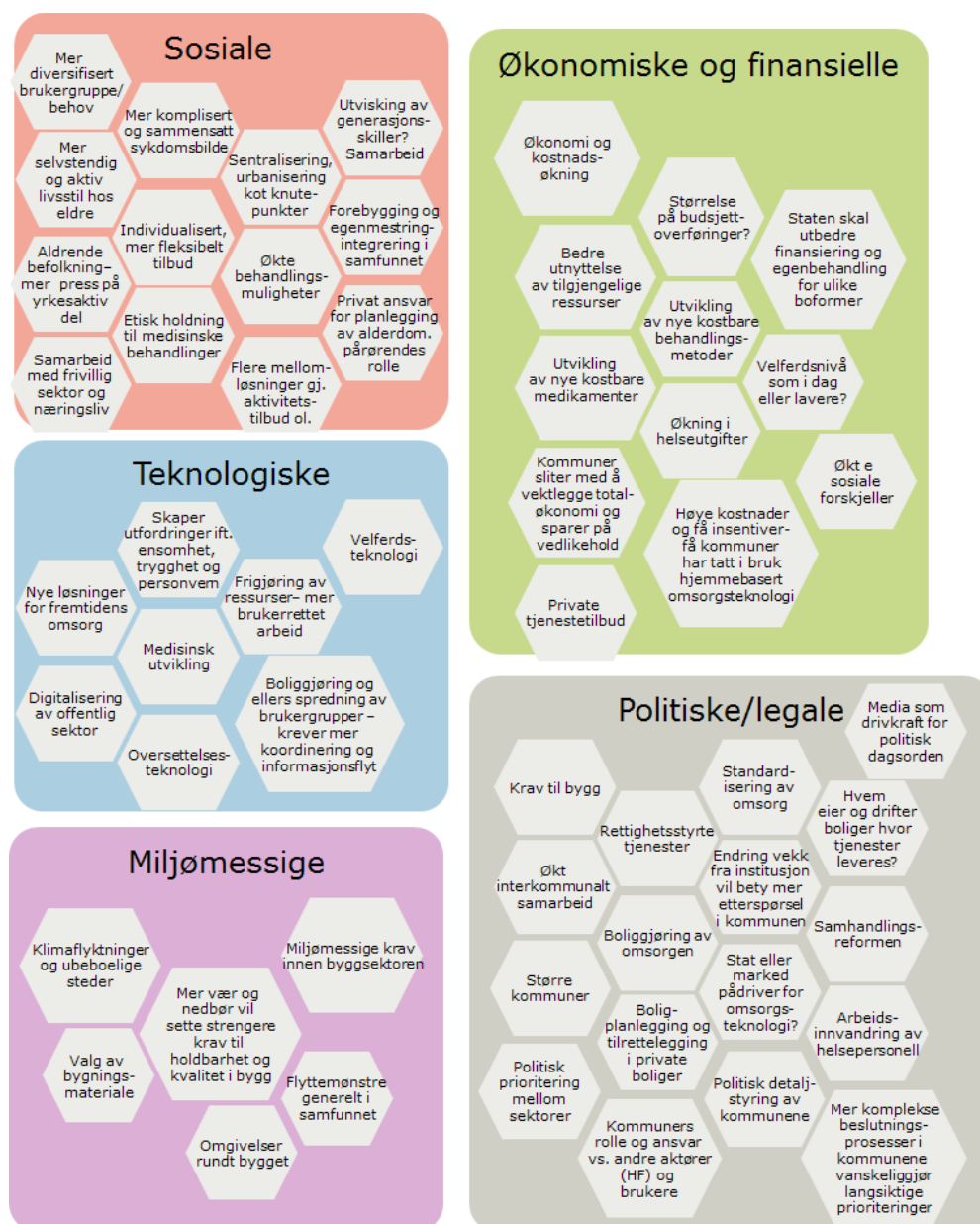
- **Scenarioutvikling:** Omfatter datainnsamling, analyse, syntisering/foredling og konstruksjon av scenarier
- **Scenario/scenarier:** Internt konsistente og utfordrende beskrivelser av mulige fremtider (fortellinger).
- **Drivkrefter:** Krefter som virker i virksomhetens kontekstuelle omgivelser. Disse omfatter: politiske, økonomiske, teknologiske, miljømessige, sosiale krefter og legale.
- **Tunge trender:** Drivkrefter som har stor innvirkning, men hvor utfallet er relativt sikkert
- **Kritiske usikkerheter:** Drivkrefter som har stor påvirkning og som samtidig er relativt usikre. Den fremtidige utviklingen kan gå i ulike retninger.
- **Ekstreme utfall:** Definisjon av to ekstreme, men svært troverdige og mulige utfall av en drivkraft eller en gruppering av drivkrefter

5. DRIVKREFTER SOM PÅVIRKER FREMTIDIGE BOLIGER TIL PLEIE- OG OMSORGSFORMÅL

Kommunene må forholde seg til en rekke faktorer som påvirker deres evne og mulighet til å planlegge for og å bygge boliger og plasser til pleie- og omsorg. I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på de drivkreftene som er med på å påvirke bygningene til pleie- og omsorgsformål nå og fremover. Gjennom å sortere viktige drivkrefter, har vi i scenarioanalysen i samarbeid med ekspertgruppen, gjort en vurdering av hvordan disse vil kunne påvirke pleie- og omsorgsbygg mot 2040.

Figur 5-1 viser en oppsummering av drivkrefter som er identifisert innledningsvis i scenarioanalysene, gjennom intervjuer, dokumentgjennomgang og workshoper. Figuren er med på å illustrere kompleksiteten i feltet og hva som potensielt påvirker planlegging av bygninger til pleie og omsorg.

Figur 5-1 Identifiserte drivkrefter



Formålet med det innledende arbeidet er å få frem alle tenkelige drivkrefter. Deretter igangsettes arbeidet med å identifisere tunge trenger og kritiske usikkerheter. Resultatet er å lese videre i dette kapittelet. For en mer detaljert beskrivelse av gjennomført prosess, fra drivkrefter til tunge trender og kritiske usikkerheter, se vedlegg 1.

5.1 Tunge trender – drivkrefter med høy påvirkning og høy grad av sikkerhet

Gjennom workshops og intervjuer med sentrale aktører, har vi identifisert en rekke tunge trender og drivkrefter som vil påvirke utviklingen innen pleie og omsorgsbygg mot 2040. Disse trendene beskrives i de følgende avsnittene:

Relativt mindre økonomiske midler til pleie- og omsorgstjenester fremover

En rekke kommuner har de siste årene opplevd å måtte kutte stadig mer i budsjettene lokalt, og det er en forventning om at disse kuttene vil fortsette også fremover bl.a. på grunn av en forventet svakere vekst i norsk økonomi. Tidligere undersøkelser viser at de ikke-lovpålagte oppgavene blir rammet først ved kutt, og at også helsetjenester er utsatt²³. Samtidig tilføres kommunene stadig flere oppgaver, uten at det oppleves at de blir tilsvarende kompensert for dette gjennom økonomiske midler. Gjennom samhandlingsreformen skal for eksempel kommunene ta i mot pasienter fra helseforetakene på et tidligere tidspunkt sammenlignet med tidligere, og øke boligporteføljen sin gjennom plasser til *øyeblikkelig hjelp døgnopphold*²⁴. På samme tid viser fremskrivinger at hvis vi fortsetter med å gi de samme tjenestene som i dag, vil mer enn hvert tredje årsverk produsere helse og omsorgstjenester i 2060²⁵. Med andre ord vil behovene til offentlige pleie- og omsorgstjenester øke i større grad enn tilførte økonomiske midler, noe som gjør at sektoren må klare seg relativt mindre enn de gjør i dag.

Mer komplekse brukerbehov og større forventinger til kommunene

Brukerne kommunen er i kontakt med i dag skiller seg mye fra dem de var i kontakt med for 20 år siden. På relativt kort tid har kompleksiteten i hvert enkelt brukertilfelle økt og tjenestetilbudet er blitt mer sammensatt. Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste» viser til at det innen flere tjenesteområder, fremfor alt innenfor psykisk helse, rus, pasientopplæring og rehabilitering, i dag er uklart hva som forventes av kommunene. Samtidig er det på de samme områdene forventninger om at kommunene i årene fremover skal ivareta en større del av de samlede oppgavene.²⁶ Kommunene mener også å se et større mangfold blant brukerne knyttet til preferanser og behov.

Flere barn/ yngre med pleie- og omsorgsbehov og en aldrende befolkning

Det er forventet en dobling av personer som er 80 år eller mer de neste 20 årene - fra 220 000 i dag til 440 000 om drøyt to tiår²⁷. Samtidig som andelen eldre øker i befolkningen, ser man at andelen eldre som mottar hjelp i dag er



²³ Budsjettundersøkelsen 2015, gjennomført av KS. <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/om-ks/ks-oppgaver/konsultasjonsmoter/2015/tilleggsundersokelse-av-budsjettundersokelsen-2015.pdf>

²⁴ Rettighetene til *øyeblikkelig hjelp døgnopphold* ble innført for personer innen somatikken i 2016. Fra 2017 skal også pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer få øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen. For mer, se: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen>

²⁵ Holmøy, E., J. Kjelvik og B. Strøm, 2014. "Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover" SSB, rapport 2014/14

²⁶ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

²⁷ SSB, 2016: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2016-06-21>

mindre enn for 20 år siden²⁸. Veksten i bruken av tjenester er derimot større i aldersgruppen under 67 år enn blant de eldste. De siste 20 årene er det blitt tre ganger så mange brukere av pleie- og omsorgstjenester under 67 år²⁹.

Helsemessig består de yngre hjemmetjenestemottakerne nå av to større og to mindre grupper. Den største gruppen er mennesker med ulike somatiske lidelser, der neurologiske tilstander som MS, Parkinson, hjerneslag, hodeskader mv dominerer. Psykiske lidelser er den andre store gruppen. De to mindre gruppene er mennesker med utviklingshemming og personer med rusproblemer.³⁰ Endringer i behovene hos yngre tjenestemottakere har i stor grad skapt nye omsorgstjenester, og vært drivende for utbyggingen av omsorgsboliger og hjemmetjenestetilbud.³¹

Det er også en økning i antall barn og unge som har behov for pleie- og omsorgstjenester hele livet.³² Dette knyttes særlig til medisinske fremskritt som gjør at f.eks. premature barn og barn med store skader overlever i større grad enn tidligere. Dette kan i enkelte tilfeller føre til store behov for oppfølging gjennom hele livsløpet.

Offentlige midler som brukes på ressurskrevende tjenester³³ har økt betraktelig de siste årene. I perioden 2007 til 2014 har tilskudd til ressurskrevende tjenester tredoblet seg. Dette skyldes vekst i antall mottakere, men i enda større grad vekst i ressursbruk per mottaker. I 2014 var det mer enn 7000 ressurskrevende brukere i Norge. Kostnadsberegninger viser at netto utgift per bruker lå på rundt 2,1 millioner i snitt for kommunene, hvorav de fikk tilskudd på omtrent 900 000 per tilfelle. I enkelte tilfeller bruker kommunene opp mot 10 millioner for å bemanne én avlastningsbolig.³⁴

Videre er det en økning i andel unge som blir uføretrygdde enn tidligere, noe som påvirker andelen arbeidsføre³⁵.

Metodeutvikling innen rehabilitering og utnyttelse av brukerens egne ressurser

Det skjer fremskritt innen hvilke metoder som brukes innen pleie- og omsorgstjenestene, bl.a. knyttet til rehabilitering av personer med fysiske eller psykiske helseutfordringer. Videre satses det på å gjøre pasienter mer deltakende i egen behandling, utnytte egne ressurser og potensiale gjennom satsing på hverdagshabilitering. Dette bidrar til å øke selvstendighet, mestring og deltagelse, samtidig som det kan bidra til å redusere behovet for omfattende kommunale tjenester over lang tid.

Sentralisering mot knutepunkter

Fremskrivninger av befolkningsvekst og flyttemønstre viser en sterk sentralisering mot byer og bynære strøk³⁶. I de aller fleste kommuner opplever man også økt etterspørsel etter sentrumsnære tomter til ordinære boliger, omsorgsboliger og sykehjem. Overordnede føringer om fortetting og senterstruktur, som viktige virkemidler for å begrense samfunnets totale transportbehov, bidrar til denne sentraliseringen. Selv små distriktskommuner kan være rammet av tomtmangel

²⁸ SSB, 2015: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mer-hjelp-til-dem-under-67-ar>

²⁹ SSB, 2015: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mer-hjelp-til-dem-under-67-ar>

³⁰ Romøren, Tor Inge, 2007. Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'?

³¹ Meld. St. 29 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

³² Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

³³ Dette er kostnadskrevende enkeltbrukere kommunen har fått økende grad av ansvar for, som tidligere ble gitt tilbud på et annet forvaltningsnivå.

³⁴ Borge, L.-E., J. M. V. Iversen, I. Vardheim og K. Løyland, 2015. "Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader" SØF-rapport nr. 01/15

³⁵ Berg, H. og T. Thorbjørnsrud, 2009. "Hvorfor blir det flere unge uføre?" i Søkelys på arbeidslivet 3/2009, Institutt for samfunnsforskning

³⁶ SSB, 2016: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/regionale-befolkningsframskrivninger-2016-2040-flytteforutsetninger-og-resultater>

og dyre tomter, bl.a. gjennom begrensninger i arealtilgangen grunnet jordvern, strandsoneproblematikk, rasfare, friluftsområder og vedtatte langsiktige tettstedsgrenser.

Sentraliseringen bidrar til at pleie- og omsorgsbygninger blir mer kompakte og at beboere må bo på en annen måte enn tidligere, samt at boligkompleksene blir mer sammensatte og større enn tidligere. Det har også skjedd en forskyvning fra samlokaliserte boliger til bofelleskap med fellesareal³⁷. Det blir mer vanlig å måtte dele på både inne- og uteområder. Samtidig gir sentraliseringen mulighet for flere sosiale impulser og et enklere hverdagsliv med tilgang på butikker, kollektivtilbud og andre serviceser.

Kommunesammenslåing er også et utviklingstrekk i nær tilknytting til sentraliseringen. Sammenslåingene får også betydning for tilgangen på pleie- og omsorgsboliger og plassering av disse i kommunen.

Teknologi og digitalisering

Den teknologiske utviklingen som har skjedd det siste tiåret omtales gjerne som en digital revolusjon. Vi har i løpet av svært kort tid blitt vant brukere av internett og smarttelefoner og vi omgås daglig med teknologi som raskt gir oss tilgang på informasjon, tjenester og regnekraft. Denne utviklingen vil fortsette og vil prege hvordan vi lever fremover.

Gjennom bruk av ulike teknologiske og digitale tjenester, produserer både innbyggere og helsesektoren selv betydelige mengder data. Denne datamengden gir store muligheter for en smartere helsesektor innen planlegging, ressursfordeling og kvalitets-sikring. Gjennom den digitale utviklingen jobbes det også med effektivisering i offentlig sektor, herunder bedre kommunikasjon på tvers av tjenester og sektorer, samt med pasient. Blant annet skal Direktoratet for e-helse utvikle standarder og nasjonale løsninger innen digitalisering. Videre blir etikken i digitaliseringen kontinuerlig drøftet, noe som er med på å påvirke utviklingstakten på feltet.



I tilfeller hvor det er nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten, og det er i pasientens interesse, er det også tillatt med GPS-overvåking av mennesker med demens³⁸. Dette gir muligheter for økt selvstendighet og ferdsel på egenhånd. Selvtesting, fjerndiagnostisering og overvåking av innbyggeres helsetilstand, er også hjelpemidler som i økende grad diskuteres introdusert, noe som vil kunne redusere antall lege- og kontrolltimer. Kunstig intelligens er i sterk utvikling og allerede i dag kan maskiner som IBM Watson diagnostisere pasienter raskere og mer treffsikkert enn legen.

Eksempler på velferdsteknologi som benyttes i enkelte pleie og omsorgsbygg i dag er fallsensorer, elektronisk pilledispenser, videosamtaler og sensorer på senger, dører, vinduer, kjøleskap etc. Dette er elementer som vil kunne inngå i såkalte «smart hus», og som vil endre brukernes pleie- og omsorgsbehov betraktelig.

³⁷ Eide og Breimo (2013). «Når livsløp veves sammen med administrative tilfeldigheter – en studie av boligløsninger for mennesker med utviklingshemming». Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 8/2013

³⁸ <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/gps-overvakning-av-mennesker-med-demens-blir-tillatt>

Mer miljømessige krav

Det grønne skiftet er på full fart inn i bygg- og eiendomssektoren og dette vil sannsynligvis akselerere fordi mange miljøtiltak er blitt lønnsomme. Samtidig vil grønne verdikjeder med lave utslipp og miljøvennlige materialer komme sluttbruker til gode. Eiere og forvaltere av boliger kan også få gevinster ved å benytte miljøvennlige materialer gjennom økt kvalitet og lengre levetid for bygningene, lavere driftsutgifter, sunnere innemiljø og høyere grad av trivsel. Noen miljøtiltak har riktignok fremdeles en lang horisont for kost-nytte av økte investeringer i kroner, men endrede krav i sektoren kan få betydning for bruken av miljøtiltak i byggene.

Nye krav når det gjelder gjenbruk av bygningsmaterialer for å spare klima og energi kan medføre at det på sikt blir mer lønnsomt å rehabilitere eksisterende bygg enn å bygge nytt. Ser man på den utvikling som skjer i land som er i en økonomisk lavkonjunktur, representerer eksisterende bygg så betraktelige verdier (både sett i et økonomisk og i et klimaperspektiv), at det ikke går an å rive dem.

Økte private initiativer til bygging av tilpassede boliger

I dag er det flere private utbyggere som bygger boliger rettet mot kjøpesterke eldre som ønske å bo i lettvinne boligløsninger. Flere av disse utbyggerne ønsker samarbeid med kommunene for økonomiske tilskudd, og for å legge til rette for f.eks. hjemmehjelp og andre helsetjenester i boligene. I tillegg ser flere kommuner allerede i dag at et økende antall foreldre med utviklingshemmede barn, tar kontakt med kommunen i forbindelse at de ønsker økonomisk bistand for å bygge spesialtilpassede boliger til barna.

En annen modell som i økende grad benyttes i enkelte kommuner er tilvisningsrett i private utleieboliger. Dette går ut på at kommunen inngår samarbeid med en privat utbygger, og at prosjektet får økonomiske tilskudd gjennom at kommunen får disponere et utvalg av boligene³⁹. I disse prosjektene inngår kommunene i et 20 år langt samarbeid, hvor den totale bruksretten tilfaller privat eier etter denne perioden.

5.2 Kritiske usikkerheter – drivkrefter med stor påvirkning og stor grad av usikkerhet

De tunge trendene som er gjennomgått i forrige delkapittel viser som nevnt de drivkreftene som vi er sikre på at vil påvirke sektoren fremover. Drivkreftene er preget av høy grad av sikkerhet siden vi allerede nå ser hvilken retning de tar. Videre finnes det en rekke drivkrefter som representerer en høyere grad av usikkerhet. Innen scenarioanalyse kaller vi slike usikre drivkrefter for «kritiske usikkerheter». Disse kritiske usikkerhetene har stor påvirkning, men det er også knyttet stor grad av usikkerhet til hvilken retning kreftene drar. Som nevnt i kapittel 4, er det også med bakgrunn i de kritiske usikkerhetene at scenariologikken utvikles og de ulike scenariene, de alternative fremtidige historiene, blir utformet.

I dialog med oppdragsgiver, gjennom workshoper og øvrige analyser, har vi valgt å fokusere på følgende to kritiske usikkerheter. Det er utviklingen i disse kritiske usikkerhetene som danner forskjellen mellom scenariene:

- **Detaljstyring eller autonomi i kommunesektoren?**

Utviklingen innen pleie- og omsorgssektoren fremover er avhengig av politiske prioriteringer knyttet til statlig styring, insentiver og grad av detaljstyring i helsesektoren. Vil kommunene få mulighet til å utvikle feltet selv gjennom at ansatte og kommuner gis større autonomi til å tilpasse tjenester til hver enkelt brukers behov, situasjon og mulighet? Eller vil alle behandlinger kontinuerlig lovfestes, noe som resulterer i at innbyggere har en rekke rettigheter også i år 2040? Og vil et økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter hvert tvinge frem en økende sentralisering av helsetjenestene – noe som allerede skjer innen enkelte områder den dag i dag.

³⁹ <https://www.husbanken.no/grunnlaan-bransje/kommune-og-utbygger-sammen-om-aa-skaffe-utleieboliger/>

- **Offentlig eller privat eierskap og ansvar for boliger til pleie- og omsorgsformål?**

Hvilket ansvar vil det offentlige ta for pleie- og omsorgsbygg fremover? Økonomiske argumenter taler for at vi ikke kan fortsette med dagens høye tjenestenivå innen pleie- og omsorgssektoren fremover. Spørsmålet blir da hvilke politiske valg vil tas i forbindelse med dette? Vil vi gå i en retning der det offentlige fortsetter å tilby pleie- og omsorgsboliger og -plasser til brukere som har behov? Eller vil utviklingen gå i retning av at brukere med pleie- og omsorgsbehov i stor grad bor i private eide boliger, eller leier av private profesjonelle utleiere?

De to nevnte kritiske usikkerhetene er de som har vært ilagt størst vekt, og dermed blitt styrende for hvilke scenariehistorier vi forteller i kapittel 6.

Videre er det andre utviklingstrekk som vil påvirke sektoren fremover, som også er preget av høy grad av usikkerhet. Her er det særlig to usikkerheter som vil være med på å påvirke fremtidens pleie- og omsorgsbygg og -tjenester. Selv om disse ikke har vært ilagt like stor vekt i scenarioanalysen i det videre, bør de likevel nevnes:

- **Utvikling av sykdomsbilde og funksjonsevne i befolkningen**

Det er usikkerhet knyttet til utviklingen av sykdom og funksjonsevne i befolkningen. Hvordan vil sykdomspanoramaet se ut? Altså hvilke sykdommer vi får fremover og hvilke vil vi løse gjennom utvikling innen medisin og teknologi. Ikke minst er det en stor usikkerhet knyttet til demensgåten, blir denne løst, eller vil behovet være økende i mange tiår fremover? Etske overveielser i helsesektoren er også viktige faktorer preget av høy grad av usikkerhet fremover. Hvilke overveielser og beslutninger vil gjøres innen behandlingsmetoder, omfang og aktiv dødshjelp?

- **Individualisme eller fellesskapstenking**

Flere elementer taler for at vi har blitt mer opptatt av oss selv og har mindre grad av fellesskapstenking i dag en tidligere. En usikkerhet fremover er derfor knyttet til hvorvidt vi vil fortsette å bli enda mer selvopptatte eller om vi i større grad vil tenke på fellesskapet igjen. Disse trendene vil kunne påvirke helsetjenestene i retning av omfanget av rettighetsfesting, samt graden av ensomhet og den psykiske helsen i befolkningen. En sterk fellesskapstenkning vil også kunne øke den uformelle frivilligheten i samfunnet for øvrig.

5.3 Fra kritiske usikkerheter til scenarier

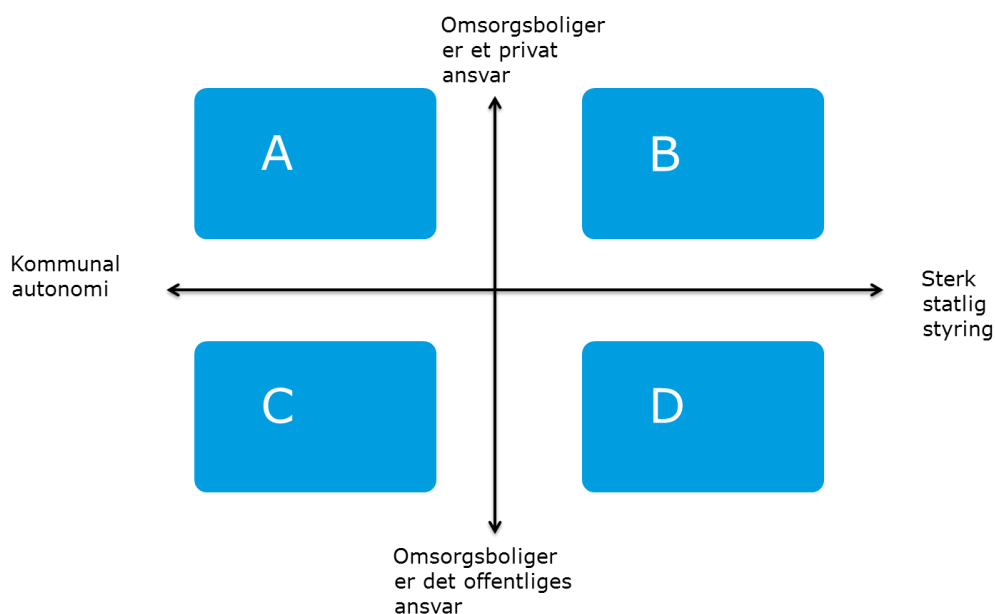
For å utvikle scenariene tar man innen scenariometodikken utgangspunkt i de kritiske usikkerhetene (jf. kapittel 5.2). Som nevnt har vi valgt å benytte følgende usikkerheter som utgangspunkt når vi har laget scenariene. Vil vi gå i en retning av a) økt detaljstyring eller autonomi i kommunesektoren, og b) er det offentlig eller privat eierskap og ansvar for boliger og plasser til pleie- og omsorgsformål fremover?

Gjennom å kombinere de to kritiske usikkerhetene har vi utformet tre scenarier. Scenariene er valgt gjennom dialog med prosjektgruppen og videreutviklet etter dialog med involverte aktører i egne workshoper. Vi har hele tiden hatt ønske om å lage relevante og utfordrende, men stadig plausible scenarier.

Scenarioanalyser er i høy grad en fokuseringsøvelse som gjennom valg også betyr at enkelte elementer er valgt bort. For ordens skyld bør det nevnes at med involvering av andre workshop-deltakere er det mulig at andre aspekter ville vært trukket mer frem enn det vi har konkludert med i denne analysen.

Figur 5-2 illustrerer de to kritiske usikkerhetene og hvordan de to aksene er kombinert.

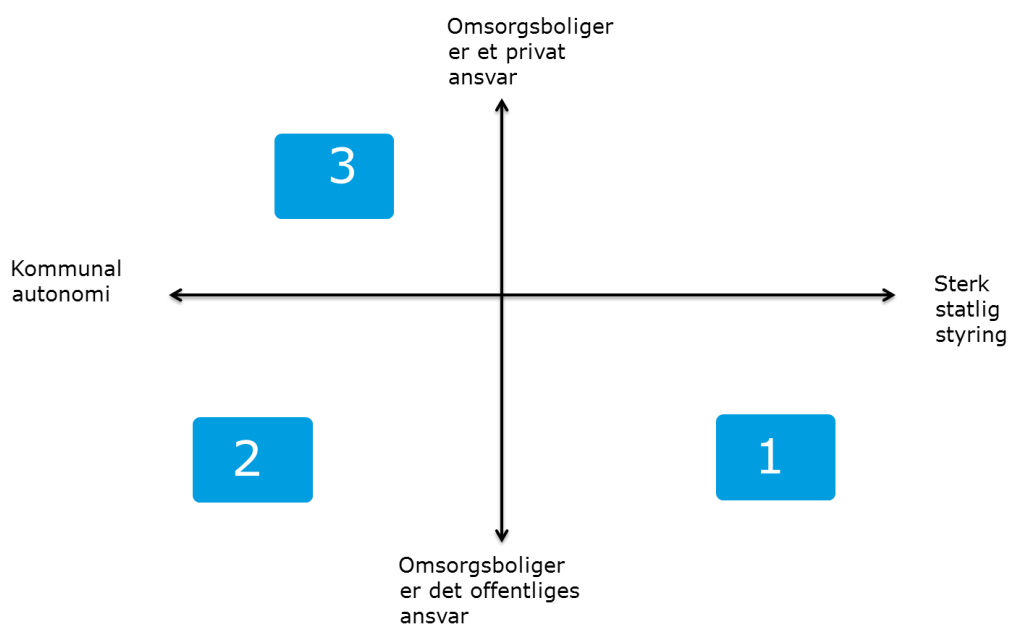
Figur 5-2 Kombinasjonen av de to kritiske usikkerhetene



Kombinasjonen av de to kritiske usikkerhetene definerer fire felt: A, B, C og D. Vi har så undersøkt hvorvidt det er sannsynlig å fortelle historier om fremtiden innenfor hvert av feltene. F.eks. felt B: er det sannsynlig å snakke om at det er stor grad av privat eierskap og ansvar for boligene, samtidig som det er en sterk statlig styring? Antageligvis ikke.

Gjennom videreutvikling og valg som er tatt i scenarioanalysen har vi endt opp med tre fremtidshistorier for hvordan behovene for pleie- og omsorgsbygninger er i år 2040. Disse tre historiene kan plasseres på figuren på følgende måte.

Figur 5-3 De kritiske usikkerhetene og valg av scenarier



6. TRE HISTORIER OM HVORDAN BEHOVENE FOR BOLIGER OG PASSER TIL PLEIE- OG OMSORGSFORMÅL ER I ÅR 2040

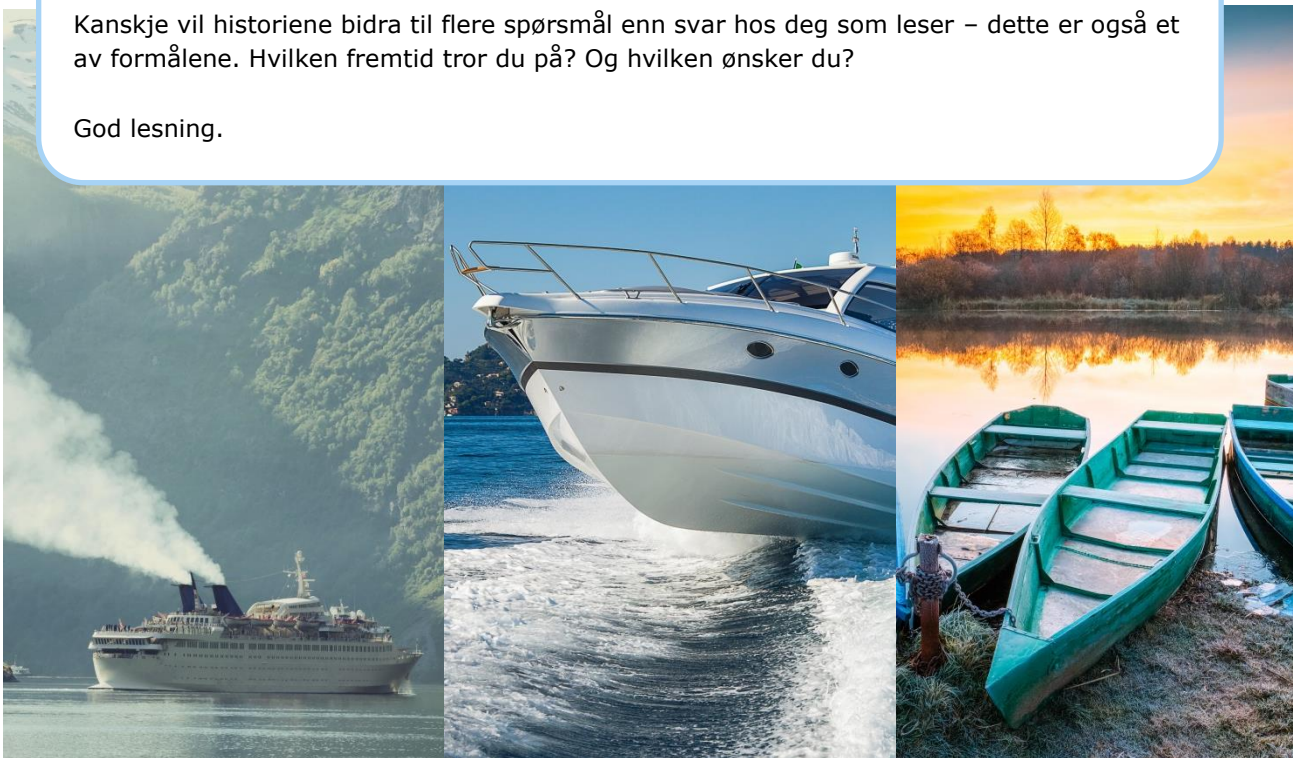
Basert på de tunge trendene og de kritiske usikkerhetene beskrevet i foregående kapittel, har vi utviklet tre scenarier som beskriver ulike fremtidsbilder når det gjelder behovet for boliger og institusjonsplasser til pleie- og omsorgsformål i 2040. De tre scenariene, som beskrives nærmere i dette kapitlet, er som følger:

- Scenario 1: CRUISESKIPET - «DE REGIONALE HELSEBYENE»
- Scenario 2: SKJÆRGÅRDSJEEPEN - «LOKALE LØSNINGER OG MANGFOLD»
- Scenario 3: KANOEN - «KOMMUNEN SOM FASILITATOR FOR VELFERD»

Vi tar flere valg når vi skriver scenariene. Vi gir mye plass til de store endringene og vektlegger særlig det å fortelle hvordan scenariene skiller seg fra dagens situasjon. Scenariene skal ikke predikere fremtiden, men synliggjøre ekstreme utfall.

Kanskje vil historiene bidra til flere spørsmål enn svar hos deg som leser – dette er også et av formålene. Hvilken fremtid tror du på? Og hvilken ønsker du?

God lesning.



SCENARIO 1: CRUISESKIPET. «DE REGIONALE HELSEBYENE»

Dette er historien om reinstitusjonaliseringen og fremveksten av 10 regionale helsebyer som har ansvar for alle offentlige pleie- og omsorgstjenester og –bygg i Norge i 2040. Helsebyene har gjort Norge ledende i utviklingen på helsefeltet. Byene er et yndet sted for utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøene innen helsesektoren. Her bor de som har fått tildelt offentlig institusjonsplass og omsorgsbolig. De som faller utenfor den strenge prioriteringen, må finne private løsninger. Forskjellene er store mellom de som er innenfor og de som er utenfor systemet.

Frem mot 2020 har misnøyen i den norske befolkningen økt i takt med helsekøene. Kommunene har ikke klart å innfri forventningene i tråd med samhandlingsreformen, og det er et økende politisk ønske om å reversere reformen. Bedre helsetjenester blir helt sentralt i den offentlige debatten og avgjør Stortingsvalget 2021. Det regjerende partiet innfører reformen «Helse til alle!» hvor målene er større likhet, samordning og bedre fagmiljøer samt mer effektiv drift. Alt ansvar innen helsesektoren blir flyttet fra kommunene til de største helseforetakene i landet. En storsatsning med midler fra oljefondet brukes for å ruste opp sykehusene, og det bygges høymoderne institusjonsplasser og –boliger i umiddelbar nærhet til sykehusene. Alle offentlige helsetjenester flyttes også inn under sykehusets administrasjon og fastlegeordningen, slik vi kjenner den i dag, avvikles.

I 2025 er det på landsbasis vokst frem 10 regionale helsebyer. Det å få tjenester, og å bo i helsebyene, er svært attraktivt, men det er begrenset med plasser. Det er dermed de mest ressurssterke målgruppene som blir prioritert. Byen består blant annet av *Eldrekvartalene* og *Demens Boulevard*. Personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse har også egne bydeler. Personer med rus- og psykisk helseproblematikk, en gruppe i sterk vekst, får ikke boliger i helsebyen på grunn av risikoen for utagerende oppførsel. De blir forsøkt integrert i den øvrige delen av befolkningen, enkelte i egne landsbyer.

Byene tiltrekker seg forskning- og utdanning og innen 2030 er helsebyene blitt til store fagmiljøer med internasjonal anseelse. Helseteknologien er blitt Norges nye investering og «gullalder» etter oljen. Helsebyene omtales som «Health Valley» og en stor andel av befolkningen jobber innen helsesektoren. Helsebyene består for øvrig av både barnehager og skoler for de ansatte og av øvrig tilbud er det meste i stor grad tilrettelagt for personer med behov for pleie- og omsorg og helsetjenester.

Med hjelp av droner, roboter, selvkjørende biler, fullautomatiske butikker og bygninger som ved hjelp av kunstig intelligens klarer å tenke selv, skjer det meste i helsebyene av seg selv, uten særlig egeninnsats av beboer og med minimal pleie og omsorg fra helsepersonell. For å frakte folk som har legetime eller operasjoner blir det opprettet tilbud om shuttle mellom øvrige bysentre og helsebyene i form av «helsetoget», «helseflyet» og «helsebussen». Selv om det er forsøkt, viser det seg at det er lite rom for at pårørende og frivillige kan bidra i helsebyene.

Innen 2035 er teknologien så god at det ikke er mulig å gjøre menneskelige feil hverken ved diagnostikk eller operasjoner. En stor andel av de som flytter inn til helsebyene flytter aldri ut igjen, både fordi det ikke lengre er tilrettelagt for dem utenfor helsebyene og fordi de ikke får tilstrekkelig oppfølging til å skulle klare seg selv. Private boligløsninger med egen shuttle til helsebyene blir bygd som alternativer for de som har god råd. Andre får klare seg så godt de kan i eget hjem ved hjelp av omsorgsteknologi. En kontantstøtteordning gjør at de kan kjøpe seg minimumsoppfølging fra Heber – helseappen som tilbyr enklere pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere.

Helsebyene var både dyre og fancy når de ble bygget, men i år 2040 er entusiasmen for byene dalende både hos ansatte og innbyggere. Mye av dette skyldes manglende vedlikehold ved de

offentlige bygningene. Økende feil og mangler med teknologien gjør at risikoen for smitteutbrudd er økende i helsebyene. Kritikken øker, og man spør seg om det egentlig var så lurt å bygge opp egne byer separert fra resten av samfunnet.

**Vi kaller dette scenariet for
«Cruiseskipet».**

Alle som er om bord i helsebyen får det meste servert og de kan konsentrere seg om seg selv og nyte livet i den grad de har helse til det. Alt de har behov for er samlet i umiddelbar nærhet og det er godt tilrettelagt for funksjonsnedsettelse. Skipet er kun til for noen utvalgte og det er begrenset med plasser.



SCENARIO 2: SKJÆRGÅRDSJEEPEN. «LOKALE LØSNINGER OG MANGFOLD»

Dette er historien om fremveksten av de lokale løsningene og mangfold i kommunene. Hvordan bolig og tjenester blir organisert og håndtert er i stor grad overlatt til hver enkelt kommune i 2040. Dette har gitt fremveksten av mange former for samarbeid mellom offentlig, privat og ideell sektor. Den lokale friheten gir rom for utprøving og rask optak av nye teknologi, og gir norske gründerbedrifter mulighet til å utvikle velferdsteknologi og nye tjenester. Det er lite statlig styring, men bygg- og teknologidirektoratet samler inn gode eksempler og veileder kommunene.

Kommunene, som gjennom kommunesammenslåinger har blitt færre og større, har innen 2020 oppnådd kompetanse og gjennomføringsevne som den ledende helseinstansen i Norge, også som følge av samhandlingsreformen. Kommunene har sammen blitt en viktig stemme inn mot offentlige myndigheter og nasjonale politikere. Slagordet er «Sterke og uavhengige kommuner!» og det primære ønsket er å reversere økt regulering og rettighetsfesting på nasjonalt nivå.

Kommunesektoren er den store vinneren ved Stortingsvalget i 2021. Det settes i gang en ny kommunereform hvor formålet er å øke autonomien til kommunene innen alle sektorer, helsesektoren inkludert. Innen 2025 har kommunen stor grad av råderett på hvilke boliger og tjenester de skal tilby.

Stadig nye prosjekter og program settes i gang for å skape bedre og mer effektive tjenester i kommunene, blant annet gjennom tilskudd fra Bygg- og teknologidirektoratet. Enkelte nasjonale pilotsatsinger blir igangsatt i samarbeid med utvalgte kommuner, og i samarbeid med forskningsmiljøer blir det undersøkt hva som fungerer og ikke. En rekke nye samarbeidsformer etableres lokalt, og kommunene tar i bruk nye og utradisjonelle løsninger for å imøtekomme etterspørselen etter pleie og omsorg på en billigere måte.

Det utdannes «helseteknologer» som erstatter helsearbeiderfaget. De nyutdannede strømmer til kommunesektoren på 2020-tallet og bidrar til en omveltning i pleie og omsorgssektoren. En stadig økende andel brukere mottar pleie og omsorgstjenester i eget hjem, men mye av tjenestene består av videosamtaler, digitale assistenter og teknologiske sensorløsninger og online diagnostisering. En etablert praksis er «diagnostisere globalt – kurere lokalt» hvor

helseteknologene, som etter hvert får ganske avanserte instrumenter, blir de lokale fotsoldatene og teknologivaktmestere.

I 2025 er frivillige tjenester blitt godt etablert i delingsøkonomien. Gjennom populære applikasjoner kan nordmenn bytte tjenester, alt fra å lære noen å strikke, lære et nytt språk eller passe hund. For enkelte av de mer kreative og omgjengelige brukere i helsesektoren, blir verktøyet svært livsomveltende. Nasjonal presse skriver stadig gladsaker om personer som har fått nye sosiale nettverk og endelig føler seg nyttige i samfunnet.

I flere kommuner satses det stortilt på demenslandsbyer for å gi personer med demens et verdig liv. Det er også etablert boligløsninger hvor studenter bor gratis i bytte mot at de følger opp eldre beboere i samme bygg. De fleste boliger som bygges til utviklingshemmede oppføres i privat regi, de fleste steder med god støtte fra kommunen, men det finnes også offentlige botilbud til de med ressurskrevende tjenester.

De lokale valgene gjør at partier som rettighetsfester helsetjenester som oftest får god lokal oppslutning, og befolkningen opplever fremdeles at de har mange rettigheter når de har behov for pleie og omsorgstjenester. Kommunene må likevel prioritere de innbyggerne som har det aller største behovet for tjenester, og det kommunale tilbudet er dårligere enn hva man kan få privat. De fleste brukere som får oppfølging får det over en lengre tidsperiode, noe som bidrar til at det kun er en liten andel som får bistand, mens mange står på venteliste. En økende andel av brukerne benytter seg av private alternativer både innen bolig, teknologi og tjenester.

I 2040 er forskjellene store mellom kommunene. Noen kommuner tilbyr svært gode tjenester, mens andre kommuner henger langt etter. I enkelte kommuner er egenbetalingen svært høy, mens det i andre kommuner er lav egenbetaling for tjenestene. Noen kommuner benytter gode teknologiske løsninger, mens andre jobber tradisjonelt. I enkelte kommuner er det god tilgang på pleie- og omsorgsboliger, mens tilbudet i andre kommuner er fraværende. Det er likevel ikke fritt frem for husstander med tjeneste- og/eller omsorgsbehov å reise mellom kommunene, fordi de fleste kommunene har krav om botid før man har rett på kommunens bolig- og tjenestetilbud. Det er likevel flere og flere som kjøper deltjenester fra andre kommuner, særlig innen tjenesteområder som er lukrative for kommunene.

Det har vært mye prøving og feiling i utviklingsprosjektene, og selv om det finnes flere kommuner som er fyrstårn også internasjonalt, har omstillingen i pleie- og omsorgssektoren i kommunesektoren totalt sett gått tregere enn ønskelig.

Vi kaller dette scenariet for «Skjærgårdsjeepen».

Båten kommer i mange former og det er stor variasjoner i både hestekrefter og størrelse. Den er lett å manøvrere, krever ikke så mye kunnskap for å kjøre og er ikke alt for dyr. Det er rom for mange innovative og kreative løsninger i den enkelte båten.



SCENARIO 3: KANOEN. «KOMMUNEN SOM FASILITATOR FOR VELFERD»

Dette er historien om et helt annet helsevesen enn det vi kjenner i dag. Det er ingen som i seg selv har rett på omfattende pleie- og omsorgshjelp, men det er en grunnleggende tanke i befolkningen at folk skal klare seg selv. Kommunene har solgt unna de kommunale boligene sine og de har i flere år, siden «mestringsreformen», lagt stor vekt på tidlig innsats og forebygging. Velferden skapes i tett samarbeid mellom det offentlige, innbyggere, pårørende og ideell og privat sektor, hvor man kontinuerlig sikrer at alle får utnyttet sine ressurser og realiserer det livet som er godt for en selv. I befolkningen er det menneskelige relasjoner samt opplevelser og aktiviteter man kan gjøre sammen som verdsettes. Samtidig er en andel ressursrike innbyggere blitt storforbrukere av private helsetjenester.

Den norske oljealderen begynner å nærme seg slutten og på begynnelsen av 2020-tallet er det en stor offentlig diskusjon om hva Norge skal leve av etter oljen. Et privat initiativ bestående av ledende forskere med noen folkekjære kjendiser i spissen har satt i gang et folkelig opprør mot samfunnet som i stor grad er bygd på «bruk og kast» og «sløsing av verdier». En egen twitter-aksjon gjør at den store opinionen i Norge mener at det offentlige bruker alt for mye penger på helse- og velferdssektoren sammenlignet med de resultater det gir. Argumentene er at det offentlige gjør folk avhengige av tjenestene, i stedet for å gjøre innbyggere selvforsynte og selvhjulpne. Enkelte langtidsbrukere av helse- og velferdstjenester blir svært profilerte og deres hovedbudskap er at de ønsker å være mest mulig lik alle andre, leve et A4-liv og bidra med det de kan til samfunnet, men at den offentlige helse- og velferdstjenesten er et hinder.

Twitter-aksjonen får store konsekvenser ved Stortingsvalget i 2025. Det nye regjerende partiet, som har bred oppslutning i befolkningen, setter i gang den største endringen av offentlig sektor siden etter krigen, og i løpet av en intensiv 4-årsperiode snur «Mestringsreformen» opp ned på helsesektoren. Begreper som «pleie og omsorg» byttes ut med selvhjelp og mestring, og kommunene går fra å være en tjenesteyter til å bli en fasilitator for velferd. I stedet for å gjøre tjenester for brukerne gjør kommunene nå tjenester *sammen med* den enkelte pasient og samfunnet for øvrig. Det blir iverksatt store satsninger på tidlig innsats og forebygging, og dette gjøres tett integrert i skoleverket.

I 2030 er den nye arbeidsformen godt etablert i kommunesektoren. Når behovene oppstår får innbyggerne hjemmebesøk av kommunens innsatsteam innen et par timer. Teamet er tverrfaglig og koordineres av en egen mestrings-coach. Sammen med innbygger vurderes behovene og hvilke tiltak som må til for at vedkommende kan klare seg selv. Her vurderes teknologiske løsninger og hvordan innbygger gjennom rehabilitering og trening kan klare seg selv i større grad. Rettighetsfestingen på feltet er nesten fraværende, noe som skaper stort rom for den faglige og skjønnsmessige vurderingen lokalt. Gjennom å slippe omfattende byråkratisk forarbeid, klarer kommunen å snu seg raskt og sørge for tidlig innsats når behovene dukker opp. Det blir i stor grad opp til innbyggerne i samarbeid med kommunen å avgjøre hva de skal bruke den tilmålte tiden til fremover. Begge parter er innforstått med at innsatsen vil være intensiv; så omfattende som ønskelig, men over en tidsbegrenset periode.

For å sikre at kommunene gir gode tjenester, gis innbyggerne mulighet til å komme med tilbakemeldinger på teamet som gir oppfølging. Tilbakemeldingene samles på nasjonalt nivå og kurs, videreutdanning og coaching av de ansatte blir tilpasset de tilbakemeldingene som kommer for å sikre et høyt, faglig nivå på kommunens ansatte. Dette gjøres i nært samarbeid med forskningsmiljøene, bruker- og ansattrepresentanter for å sikre at utviklingen i feltet skjer med utgangspunkt i perspektiver fra flere aktører. Gjennom gode statistikker og analyse nasjonalt sørges det også for at det er en jevn fordeling av ressurser til kommunene, samt at det hele tiden skal være tilgjengelige team når situasjoner oppstår.

For å sørge for langvarig omsorg for de som har behov for det er det utviklet en kontantstøtteordning der omsorgspersoner får utbetalt en god sum penger for å ta vare på dem med behov mot at de ikke får oppfølging fra det offentlige. Utbetalingene blir svært populære og både frivillige, ideelle og private aktører bygger opp tilbud for å passe på unge og eldre med omsorgsbehov i bytte med kontantstøtten.

Den frivillige sektoren er også blitt en svært viktig samarbeidspart for kommunene. Det gjøres en kontinuerlig innsats for å sikre at alle innbyggere føler mestring i livssituasjonen, f.eks. gjennom hobbyer eller deltakelse i diverse prosjekter. Den frivillige sektoren spiller på denne måten en sentral rolle i samfunnet og får en stor tilvekst av nye medlemmer.

Innen 2035 har kommunene solgt unna alle de kommunale boligene og omdisponert institusjonsbygningene. Midlene fra salgene investeres i teknologiske løsninger for de som har behov for det. Alle brukergrupper bor i private eide, eller leide boligløsninger. Også demente bor hjemme, men her er de omgitt av nødvendig teknologi for å redusere skader og gi rom for bevegelse og egenmestring. De som har omfattende hjelpebehov må støtte seg på sosialt nettverk og frivillig innstas. Videre tar helseforetakene seg av akuttmedisinske spørsmål og har noen akutt plasser til korte opphold.

For å sikre seg at de private boligtilbudene er differensierte og tilpasset ulike brukergrupper og behov har kommunene parallelt med den nye reformen fått en mye mer aktiv rolle i den lokale boligutviklingen – dette for å forberede overgangen fra at innbyggere får omsorgsboliger og kommunale botilbud til at de skal bo i private botilbud. Gjennom en nasjonal satsing har kommunen fått gode verktøy for kartlegging og planlegging av behov, og gjennom dialog og godt samarbeid med private aktører sørger de for et godt og differensiert tilbud av boliger i det lokale markedet.

Samtidig er det en voksende gruppe mennesker som boikotter kunstig intelligens og nekter å ha kontakt med kommunen på måter som skjer via teknologiske hjelpemidler. I tilknytning til hvert tettsted finnes det noen som bor isolert i små skoghytter eller alternative grender som ikke ønsker å ta del i det digitale samfunnet.

Videre er det innbyggere med ekstra god råd som sikrer seg helsetjenester som det offentlige lengre ikke forvalter. Dette har medført en stor forskjell mellom ressurssterke grupper og tilgangen på tjenester til bistand, pleie- og omsorg, hvor noen må klare seg med lite, mens andre kan benytte seg av omfattende private tilbud. Familiene til de mest ressurskrevende brukerne bruker seg i stor grad av kontantstøtteordningen. De er også tvungen til å finne boliger langt fra knutepunktene for å få økonomien til å gå opp, og flere av dem bor i eldre boliger som er dårlig tilrettelagt. Dette gjør at denne delen av befolkningen ikke opplever å kunne ha et verdig liv og delta i mestringen og de gode sosiale relasjonene, slik som de øvrige innbyggerne i samfunnet gjør.

Vi kaller dette scenariet for «Kanoen».

Gleden ligger i egeninnsatsen og de som padler bygger styrke og mestringsfølelse. Kanoen representerer også roen i å kunne padle sammen med andre uten overdøvet motorbråk. Det er plass til flere i samme kano, eller man kan velge å ta en tur alene når man har lyst til det. Med litt innsats klarer alle å padle selv.



7. LEVETID OG EGNETHET VED BOLIGER OG PLASSER TIL PLEIE- OG OMSORGSFORMÅL – OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER I PROSJEKTET

I tillegg til scenarioutviklingen om fremtidens behov for pleie- og omsorgsbygninger, har to sentrale deler i prosjektet vært a) å kartlegge de eldre boligene og institusjonsplassene til pleie- og omsorgsformål samt b) si noe om dagens situasjon i kommunene. I dette kapittelet vil vi oppsummere og konkludere prosjektet i sin helhet.

7.1 Boliger og plasser til pleie- og omsorgsformål

- **Insentiver knyttet til pleie- og omsorgsbygg fremmer kommunalt disponerte nybygg, fremfor å ivareta eksisterende bygninger.**

Det fremkommer svært tydelig at det mangler føringer og insentiver for ivaretagelse av eksisterende bygninger til pleie- og omsorgsformål. Resultatet er at vedlikeholdsetterslepene potensielt blir store. Vår kartlegging viser likevel at omtrent halvparten av de eldre boligene og institusjonsplassene blir vurdert å være i en god nok tilstand, teknisk og funksjonelt. Dette tyder på at flere kommunene klarer å prioritere vedlikeholdet tilstrekkelig. Samtidig viser kartleggingen at i enkelte kommuner er det dårlig tilstand i eksisterende bygningsmasse, og det er heller ikke satt av penger til modernisering de neste fire årene.

- **Det er enklere for kommunene å fremskaffe kommunalt disponerte boliger, enn å tilrettelegge for at folk skal kunne bo lengre hjemme.**

Eksisterende tilskuddsordninger gjør det enklere for kommunene å prioritere fremskaffelse av kommunalt disponerte boliger, fremfor å tilrettelegge i innbyggernes egen bolig. Insentivene samsvarer i liten grad med den ønskede politikken om at folk skal bo lengre hjemme, noe som bidrar til at den lokale utviklingen på feltet går tregere. Noe av dette kan skyldes at virkemidlene og ansvaret for tilrettelegging i eget hjem er spredd mellom ulike sektorer – helsesektoren, NAV og teknisk – og at man i liten grad evner å se mulighetene på tvers, både nasjonalt og i kommunene.

Videre kan geografiske avstander i kommunene gjøre omsorgstjenester i private hjem mer kostnadskrevende, sammenlignet med å gi tjenester i omsorgsboliger i geografisk nærhet til personalbase. I enkelte kommuner uttrykkes også usikkerhet knyttet til hvor grensene går for kommunens ansvar i private hjem. Ved tilrettelegging i eget hjem: hvilket ansvar har kommunen for tilfredsstillende rømningsveier ved brann? Skal boligen tilfredsstillende de samme kravene som institusjonsplasser dersom den som bor der vurderes som syk nok for en institusjonsplass? Disse spørsmålene blir naturligvis viktige i tilfeller hvor beboer har en demenssykdom og/eller funksjonsnedsettelse, men ønsker å bli boende i eget hjem.

Ikke minst må innbygger som ønsker å tilrettelegge i eget hjem ha noen som kan bistå med byggesaken. Enkelte kommuner har etablert lokale samarbeid og arbeidsformer som ivaretar denne typen saker. Samtidig fremkommer det at de nasjonale rammene for tilskudd til tilpasning i dag er små sammenlignet med rammene for tilskudd til kommunale pleie- og omsorgsbygninger.

- **Valget mellom modernisering eller sanering av eldre pleie- og omsorgsbygninger representerer en avveining mellom byggekostnader, lønnskostnader, omsorgsfilosofi, brukerbehov og den miljømessige belastningen som en eventuell sanering vil innebære.**

Det å gjøre gode avveininger innenfor feltet kompliseres ytterligere når man ser kostnadene opp mot hverandre. Det å drifte en sykehjemsplass koster omtrent 1 million i året i lønnsutgifter⁴⁰. Dersom bygningen er godt utformet, f.eks. gjennom god tilrettelegging for løft og renhold, kan lønnsomkostnadene bli noe lavere per plass, sammenlignet med det å drifte i bygninger med dårlig tilrettelegging. Videre koster en ny sykehjemsplass omtrent 4 millioner å bygge⁴¹. Det tar med andre ord ikke så mange år før summen av lønnskostnader er betydelig større enn de opprinnelige byggekostnadene.

Avveiningen mellom lønnskostnader og byggekostnader er viktig når kommunene vurderer modernisering/rehabilitering av eksisterende bygning, eller å sanere/rive og bygge nytt. Denne avveiningen har også vært sentral i hvordan vi har kostnadsberegnet moderniseringen av eksisterende bygningsmasse til heldøgns omsorg i prosjektet. Dersom vi krever at moderniseringen imøtekommer dagens krav og standarder innen pleie- og omsorg, vil vi også legge opp til en høy moderniseringskostnad. Den høye kostnaden vil bidra til at flere bygninger blir sanert, fordi kostnadsdifferensen mellom modernisering og nybygg blir for liten til at det er lønnsomt å ivareta eksisterende bygning. En forventning om at alle bygninger skal imøtekomme dagens standarder er med på å forkorte livet til eksisterende bygninger, samt øke den miljømessige belastningen.

Det er flere ting som påvirker egnetheten i eldre bygninger, men det største hindret ligger ofte i høyden på byggets etasjeskiller. Flere kommuner forteller om bygninger fra 50-årene som er enklere å tilpasse dagens pleie- og omsorgsbehov, sammenlignet med bygninger fra 70- og 80-årene. Årsaken er høyden mellom etasjeskillene. De eldre bygningene har mer plass mellom gulv og tak, noe som gjør det mulig å installere løsninger for ventilasjon som imøtekommer dagens krav og standarder.

Utfordringer med etasjeskiller illustrerer at konstruksjonen i noen bygninger tillater høyere grad av fleksibilitet enn andre. Et funn vi vektla i delrapport er at det i dag er to konkurrerende tilnærminger til boliger og plasser til pleie og omsorg. Den ene tilnærming taler for fleksible bygninger som kan tilpasses alle typer behov. Den andre tilnærmingen taler for tilpassede bygninger med rom spesialbygd for den enkelte brukers behov. Sett opp mot at det er stor grad av usikkerhet knyttet til både sykdomspanorama og hva fremtidig teknologi vil kreve av bygningene, er det grunn til å tro at det å fortsette å sikre en viss fleksibilitet i nye bygg vil være med på å imøtekomme fremtidige behov. Samtidig er dette en avveining som må ses i lys av kostnader og brukerbehov.

- **Det mangler gode arenaer for utprøving av nye typer bygninger for pleie- og omsorgsformål.**

Vi tror det er et stort utnyttet potensiale i kommunesektoren for å lage gode, fremtidsrettede bygninger som imøtekommer brukerbehovene innen pleie- og omsorgssektoren i dag og fremover. Det finnes i dag en rekke tanker og ideer i kommunesektoren, i tillegg til en rekke arkitektoniske løsninger som kan sørge for normalisering og integrering i det øvrige samfunnet, blant annet gjennom bevisste plasseringer av inngangspartier og fellesarealer i bygningene. Flere

⁴⁰ Hjelmbrække, S., K. Løyland, G. Møller og I. Vardheim. 2011. Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. Telemarksforskning 2011, rapport nr. 280.

⁴¹ Rambøll, 2016. Delrapport: Boliger til pleie- og omsorgsformål – levetid og egnethet

av de nye ideene og mulige løsninger blir i dag ikke utprøvd fordi det er mangel på gode arenaer for innovasjon innen pleie- og omsorgsbygninger.

Her bør statlige aktører legge til rette for at kommunesektoren kan prøve ut nye modeller. Gjennom tverrfaglige samarbeid og erfaringsdeling lokalt og nasjonalt, kan dette bidra til å styrke sektoren fremover.

For kommunenes vedkommende er det også muligheter for å bygge bedre pleie- og omsorgsbygninger, og her har både den tekniske sektoren og helsesektoren i kommunen et ansvar. Som bestillere av nye bygg kan helsesektoren kommunisere og planlegge for involvering og dialog med brukere av bygget tidlig og underveis i prosjekterings- og planleggingsfasen. Videre bør teknisk sektor i større grad invitere inn sluttbrukerne av bygget i flere faser og trinn i prosjektet. Det finnes i dag verktøy som muliggjør en langt bedre brukerinvolvering sammenlignet med tidligere, bl.a. gjennom modelleringer (BIM) og gode visuelle fremstillinger av ferdig bygg allerede i prosjekteringsfasen. Gjennom tettere brukerinvolvering kan man sikre at bygningene imøtekommer brukernes behov, både de som skal bo og jobbe der, og unngå at bygninger blir bygd med uheldige løsninger som blir kostnadskrevende å utbedre i etterkant.

Her kan statlige aktører bidra gjennom å øke bestillerkompetansen i den kommunale sektoren. Det kan være knyttet til å øke forståelsen rundt hvem man bygger for og deres brukerbehov, samt sørge for at kommunene kan kjøre gode planleggingsprosesser knyttet til pleie- og omsorgsbygninger.

7.2 Hva forteller scenariene?

- **Alle tre scenariene illustrerer at forskjellene i samfunnet vil øke fremover. Både mellom kommuner og mellom innbyggere. Dette vil påvirke omsorgssektoren og det er grunn til å tro at markedet for private helsetjenester vil få større plass enn det vi er vant med i norsk sammenheng.**

En viktig grunn til at privat sektor antageligvis vil få mer plass i den norske helsesektoren fremover er den teknologiske utviklingen, digitaliseringen og fremveksten av kunstig intelligens. Dette er tilbud som i stor grad drives frem av private leverandører, og som om kort tid kan utkonkurrere de offentlige tjenestene gjennom at de blir «allemannseie». La oss si at IBM Watson, som diagnostisere pasienter raskere og mer treffsikkert enn legen, blir tilgjengelig via nettløsninger. Da vil hvem som helst kunne diagnostisere seg hjemme, deretter ringe nærmeste sykehus og fortelle om sin diagnose.

Som nevnt vil den teknologiske utviklingen sannsynligvis også gi en rekke fordeler for offentlig sektor, blant annet gjennom at flere kan klare seg selv i større grad. Monitorering av en pasients sykdomsforløp gjennom smarte klokker eller teknologi integrert i kroppen vil bidra til at tjenestene i større grad kan tilpasses den enkelte. Standardiserte oppfølgingsløp kan erstattes med konsultasjoner ved behov, noe som kan bidra til en stor reduksjon i antall møtepunkter med pasienter.

Kommunene forventes også å kunne kutte ned på saksbehandlingen gjennom smartere databehandlingssystemer, og hvor en større grad av saksbehandlingene kan gjøres av de ansatte mens de er ute blant brukerne. Videre vil oppgaver som fjernovervåking via sensorer og GPS-er kunne sentraliseres til f. eks. regionale sentre hvor personalet ringer beboer og eventuelt nabo dersom sensorer gir beskjed om at alt ikke er som det skal.

Det kan også tenkes at bestillings-applikasjoner blir utbredt i helsetjenestene, hvor tjenestemottakere kan velge fra en liste over hva de har behov for den aktuelle dagen. Dette kan

effektivisere kommunikasjonen med brukerne. Det kan også bety at det frigjøres tid til andre oppgaver.

Tradisjonelle sykehjem og institusjonsplasser har en viktig plass i den norske omsorgsmodellen i dag. Den norske boligggjøringen av omsorgen gjennom økt bruk av omsorgsboliger og nedbygging av institusjonene har tatt lengre tid her enn for våre naboland Sverige og Danmark. NOVA argumenterer for at det tradisjonelle sykehjemmet fortsatt har solid oppslutning i Norge, fordi det representerer trygghet innenfor den norske modellen.⁴² Vår erfaring er at flere av de ansatte i kommunens administrasjon opplever at sykehjemmene får mye oppmerksomhet av politikere og media lokalt, og at dette kan gå på bekostning av andre ikke lovpålagte tilbud som f.eks. forebygging og tidlig innsats i kommunen. Forhåpentligvis vil teknologien bidra til å øke opplevelsen av trygghet hos tjenestemottaker, noe som kan øke boligggjøringen av omsorgen.

- **Scenarioet om cruiseskipet/helsebyene illustrerer at det å samle og fortette helse-tjenester kan bli et hinder for samfunnsdeltakelse, samt innsats fra pårørende og frivillige.**

Diskusjonen mellom sentralisering og spredning innen helsesektoren er høyest aktuell. Hvorvidt sentraliseringstendenser i sektoren vil resultere i at ansvaret overføres til helseforetakene er et av flere ekstreme utfall. Men det er likevel ikke usannsynlig at det kan skje.

Ser man til de lokale forholdene er kostnader til reiseavstander og tilgang på kompetanse også to faktorer som taler for sentralisering av pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Dette avveies videre opp mot normalisering og integrering for beboere i det øvrige samfunnet. Også her kan det gjøres mye gjennom arkitektoniske løsninger, slik at man kan samle boliger uten at det går på bekostning av normalisering og integrering. Sett opp mot villet politikk om økt innsats fra pårørende og frivillige kan gode bygninger også legge til rette for samfunnsdeltakelse, men det er viktig å være bevisst dette i planleggingsfasen for bygningene.

7.3 Hva bør offentlig sektor tenke på for å imøtekomme endringene fremover?

Som nevnt vil scenarier utvikle nye spørsmål og potensielt skape rom for nye scenarier. Basert på denne rapporten vil vi avslutningsvis velge å trekke frem tre sentrale spørsmål som representerer usikkerhet i møte med endringene som må komme i omsorgssektoren fremover.

- **Kulturendring i helsesektoren:** hvordan sikre en god kulturendring som ivaretar utviklingen av nye arbeidsprosesser, ansvars- og arbeidsdelinger samt kompetanseheving internt i kommunene og mellom kommunene og helseforetakene?

Gjennom et pilotprosjekt i Danmark har utvalgte danske kommuner tatt i bruk videosamtaler med brukere i forbindelse med booppfølging, som en erstatning av stedlige besøk. Evalueringen av pilotprosjektet viser at det å lære opp ansatte i de teknologiske løsningene var langt enklere enn det å endre den sosialfaglige metoden, altså metoden i booppfølging. Resultatene fra evalueringen understreker at det å gå fra omsorg til et fokus på å understøtte den enkeltes brukers selvhjelpenhet gjennom teknologiske løsninger, innebærer en stor kulturendring, særlig for de ansatte.⁴³

I kommunene uttrykker enkelte informanter også oppgitthet og bekymring over stadig økende kravmentalitet i befolkningen. Enkelte mener at det er mentaliteten i befolkningen som må endres, mens andre mener det er utdanningene som er feil innrettet blant annet fordi helsepersonell læres opp i å drive service- og hjelpetjenester.

⁴² NOVA 2014. Boligggjøring av eldreomsorgen? Svein Olav Daatland (red.)

⁴³ Rambøll, 2016. Evaluering av prosjekt online bostøtte, på oppdrag for Aalborg kommune

Kanskje er det også noen endringer som kan gjøres av kommunene selv? Hva med noe så enkelt som å endre navnebruken på tjenestene? Betegnelser som «pleie- og omsorgstjeneste» og «tjenesteenhet helse- og omsorg» signaliserer ikke at kommunen forventer så mye av innbygger. Heller det motsatte: innbygger kan forvente å få omsorg av kommunen. Det er nok ikke tilstrekkelig å endre navnet for å revolusjonere sektoren, men det kan være en begynnelse. Kanskje bør vi også finne en ny, friskere betegnelse på de personene som benytter seg av kommunens tjenester og som i dag går under mange navn: pasienter, brukere, beboere og tjenestemottakere.

- **Offentlig sektors rolle i teknologiutviklingen:** kan offentlig sektor hente ut gevinstene av teknologien som forventet og hvem skal i så fall sørge for at teknologiutviklingen skjer til fordel for den offentlige helsesektoren?

Per i dag er det stort sett det private markedet som er med på å utvikle teknologi som kan tenkes å få plass i pleie- og omsorgssektoren på sikt. I utviklingen av scenarioanalysen opplever vi at det er stor grad av sikkerhet, samtidig usikkerhet knyttet til teknologiutviklingen. Hvilke løsninger vil bli implementert og hvilke konsekvenser gir det? Det er sikkert at teknologiutviklingen kommer til å påvirke helsesektoren, men det er langt mer usikkert hvordan offentlig sektor imøtekommer og evner å hente ut gevinstene som forventes å komme av teknologien.

Her bør det i økende grad drøftes på nasjonalt nivå hvilken rolle statlige aktører skal inneha for å sørge for at sektoren klarer å ta ut potensielle gevinster på en god måte.

- **Den lokale rollen i god boligutvikling:** kan kommunene bli gode fagaktører for det lokale boligmarkedet, herunder med innsikt i hvilke boliger det er behov for på kort og lengre sikt?

Vi vil argumentere for at det er et uutnyttet potensiale i kommunenes mulighet til å påvirke lokal boligutvikling, og at denne kompetansen kan bli stadig mer viktig fremover for å motvirke forskjeller i samfunnet. Forskning viser at bostedsadresse har mye å si når det gjelder forventet levealder, herunder inntekt, sysselsetting og utdanningsnivå.⁴⁴ Kommunene har i utgangspunktet mulighet til å benytte seg av lokal regulering og tettere dialog og veiledning av private utbyggere, men erfaringsmessig er det svært få kommuner som har gode systemer for å ta i bruk disse mulighetene.

Det er etter vår erfaring en viss uenighet å spore hos kommuneansatte i denne typen konklusjon. Vi tror det henger sammen med manglende kompetanse på feltet. Kommunene vet ikke helt hvor de skal begynne og hvilke muligheter de har til å gå i dialog med private utbyggere. Her må planleggere i kommunene involveres i langt større grad enn de gjør i de fleste kommuner i dag, og kompetansen i kommunesektoren må økes. Vi tror også at statlige aktører må bistå i å styrke den kommunale verktøykassen på området, blant annet gjennom å bistå kommunene i å kartlegge og å redegjøre for forventet behov. En målsetting bør være å gjøre kommunene til gode fagpersoner innenfor lokalt boligmarked og behovene i befolkningen. Formålet må være å kunne gi troverdige analyser og anbefalinger for lokale politikere og det private markedet i hva slags boliger det vil være behov for på kort og lengre sikt.

⁴⁴ Brattbakk, Ingar & Wessel, Terje (2013). Long-term Neighbourhood Effects on Education, Income and Employment among Adolescents in Oslo. Urban Studies.

VEDLEGG 1 KORT OM SCENARIEMETODIKKEN I OPPDRAGET

Hva er scenarier og hva kan de brukes til?

Scenarier er sammenhengende fortellinger om hvordan fremtiden kan komme til at se ut basert på trender og drivkrefter man ser i dag. Scenariene består av minst to fortellinger som spiller rollen som en felles *minner for fremtiden* ("memories of the future"). Disse skal hjelpe en virksomhet eller sett med aktører innen en sektor eller område å forstå sine omgivelser. Scenariene kan sette rammer for strategiske diskusjoner, bidra til å utvikle eller vurdere muligheter og være et beslutningsgrunnlag for at gjøre strategiske valg. Scenarier er et anerkjent verktøy for langsiktige valg av utviklingsveier i komplekse og turbulente tider, og benyttes i stor grad både i offentlig og privat sektor.

Utvikling av scenarier omfatter utforskning og læring i en iterativ prosess – altså å undersøke temaer og spørsmål gjentatte ganger fra ulike vinkler og med ulike perspektiver. Vi kaller dette for *strategiske samtaler* hvor de som er med i prosessen deler innsikt og lærer av hverandre. Sammen får man økt innsikt i de eksisterende omgivelsene. Dette gir rom for ukonvensjonelle analyser, kombinert med disiplinert fantasi. Gjennom utvikling av scenarier – et nytt sett av bilder om fremtiden – ser man dagens situasjon og tilgjengelige muligheter i et nytt lys.

Vår metodiske tilnærming

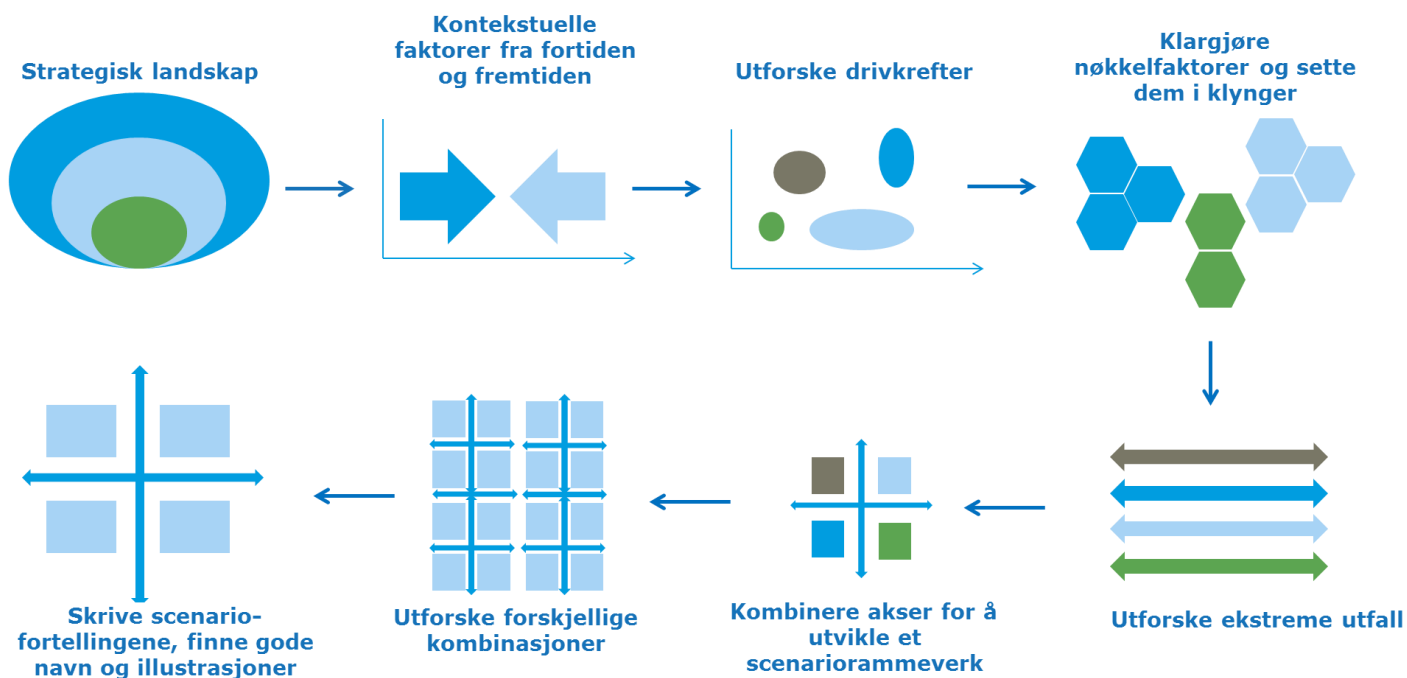
De siste tiårene er det utviklet mange forskjellige tilnærminger til scenarioutvikling og interessen for scenarioutvikling har økt i etterkant av uforutsette hendelser som 11. september 2001 og finanskrisen i 2008.

Rambøll har i foreliggende analyse benyttet klassisk deduktiv scenarieutviklingsmetode⁴⁵. Metoden setter fokus på kritiske usikkerheter og bidrar til at scenariene sammen dekker mulighetsrommet. Metoden baserer seg blant annet mange tiårs erfaringer med scenarioanalyse hos pioneren innenfor området, Royal Dutch Shell.

I de følgende gjennomgår metodens trinn og hvordan den er anvendt i dette prosjektet.

⁴⁵ van der Heijden – 2nd ed, *The art of the Strategic Conversation*, John Wiley & Sons, Ltd, 2005; og Ramirez & Wilkinson, *Strategic Reframing*, Oxford University Press, 2016

HVORDAN UTVIKLE SCENARIER



Kilde: Oxford Scenarios Programme, Rambøll

De åtte trinnene forklares nærmere i det følgende.

Forstå det strategiske landskap

Scenarieanalysen er basert på allerede gjennomførte analyser i prosjektet. Dagens behov og situasjon, samt fremskrivninger av behov, analyser som ble gjennomført i mai-september 2016. Formålet med denne fasen var å få overført kunnskap og kompetanse samt avklare hvem som burde delta i scenarioprosessen, hvilke problemstillinger som det var mest hensiktsmessig å få belyst samt hvilket tidsrom scenariene skulle omhandle. Følgende avklaringer ble fastsatt i dialog med oppdragsgiver og prosjektgruppen:

1. De primære brukerne av scenarioene er kommunene, med nasjonale og regionale myndigheter.
2. Tidshorisonten for scenarioene ble satt frem til år 2040
3. Kommunene skulle være godt representert i metode og analyse, herunder gjennom bred deltakelse i scenarioutviklingen

Kontekstuelle faktorer fra fortiden og fremtiden

I en egen workshop med ulike aktører, inkludert oppdragsgiver og deltakere i prosjektgruppen, ble det identifisert en rekke drivkrefter som påvirker.

Utforske drivkreftene

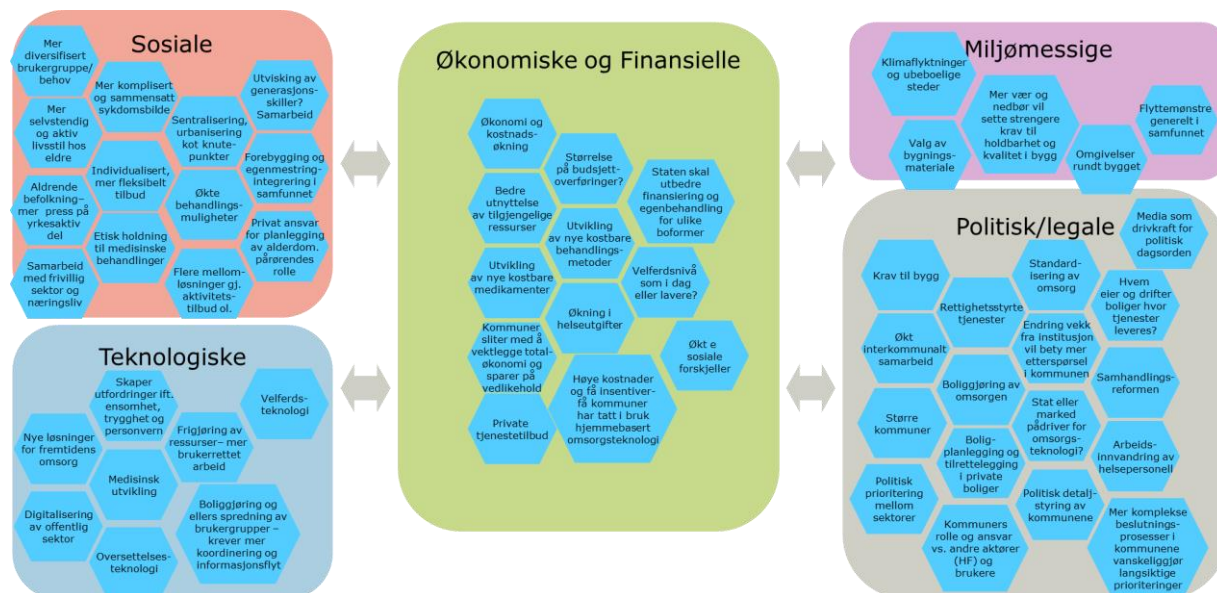
I den samme workshopen som nevnt i punktet over ble de identifiserte drivkreftene sortert og rangert etter i hvilken grad workshop-deltakerne opplevde faktorenes påvirkning av pleie- og omsorgsbygninger i 2040. De med størst påvirkning og med størst grad av usikkerhet ble identifisert.

Klargjøre nøkkelfaktorer og gruppere dem i klynger

I etterkant av workshopen jobbet Rambøll videre med drivkreftene, inkludert drivkrefter som fremkommer i aktuell litteratur. Det ble gjennomført intervjuer, og drivkreftene ble sortert i klynger og kombinert på ulike måter. Blant annet ble de sortert etter hvorvidt de blir regnet for å

være sosiale, teknologiske, økonomiske, miljømessige og politiske/ legale drivkrefter, jfr følgende figur.

Figur 2: Drivkrefter som påvirker fremtidige behov for pleie- og omsorgsbygg



Etter gjentakende undersøkelser av temaer og problemstillinger landet Rambøll på åtte drivkrefter som skulle ligge til grunn for scenarieanalysen. Disse ble så benyttet inn i påfølgende fase.

Utforske ekstreme utfall

Noen av drivkreftene ble undersøkt og testet for ekstreme utfall. Dette er med på å tydeliggjøre hvilke drivkrefter som er sikre og hvilke som er usikre. Kan det gå den eller den veien, eller er det stor sannsynlighet for at det kun går i en bestemt retning? Det ble også undersøkt om det er drivkrefter som forsterker hverandre.

Kombinere akser for å utvikle et scenarierammeverk – utforske forskjellige kombinasjoner

Deretter lagde Rambøll mini-scenarier ved å teste kombinasjonen av de mest kritiske drivkreftene for å finne de best mulige rammeverkene for scenariet, gitt problemstillinger og fokus i analysene. Vi testet flere mini-scenarier og valgte til slutt fire scenarier som forslag til det videre arbeidet. Det valgte rammeverket skulle dekke utfallsrommet og beskrive forskjellige konsekvenser for behovet for pleie- og omsorgsboliger fremover. De skulle gjøre det mulig å tenke «det utenkelige», samtidig som at scenariene er plausible.

Drivkreftene, de ekstreme utfallene og forslag til mini-scenarier ble presentert og diskutert i prosjektgruppen. På bakgrunn av det ble det gjort noen justeringer. Forslaget ble så tatt med inn i neste workshop med de samme aktørene som deltok i den første workshopen.

Skrive scenarie-fortellinger, finne gode navn og illustrasjoner

Etter at rammeverket var på plass, ble scenariene «besøkt», scenarioskisser utviklet og det ble satt ord på forventninger og tanker om fremtiden. Utviklingen i behov og organisering av pleie- og omsorgsbygg i 2040 ble beskrevet. Veien frem med hendelser, milepæler og mulige vendepunkter ble også beskrevet. Deretter ble det satt navn på scenariene for å gi gode, støttende metaforer for grunntanken i fortellingene.

I etterkant av workshopen ble scenariefortellingene videreutviklet. Rambølls vurdering var at to av historiene ble for like og endret noe på drivkreftene og derav scenariene. Disse ble igjen sendt til deltakerne i workshopen for innspill og validering. Første utkast til scenariefortellingene ble skrevet parallelt.

Validering av scenariene

Gjennom workshoper, møter med prosjektgruppen og interne møter i Rambøll har scenariene blitt sjekket og validert opp mot internasjonalt anerkjente kriterier. Er scenariene relevante, utfordrende, troverdige? Og representerer historiene en konsistent verden, hvor de forskjellige elementene henger sammen?

Dersom scenariene er vellykkede vil man mest sannsynlig klare å utfordre rådende logikk og at man bidrar til at involverte aktører vil kunne reflektere i større grad. Målet er at de involverte vil kunne ta andre og bedre beslutninger enn hvis man ikke hadde hatt scenariene som bakteppe. Hensikten er å gi inspirasjon og ny viten for å kunne utvikle fremtidens bygninger for pleie- og omsorg.

VEDLEGG 2 INSPIRASJON FRA ANDRE SCENARIOPROSJEKTER

I løpet av oppdraget har vi sett til andre scenarioanalyser. Vi vil særlig trekke frem to scenario-beskrivelser som vi mener å kunne være gode supplementer til vår rapport.

Teknologirådet, 2016. HVILKEN HELSEREVOLUSJON VIL VI HA?
Scenarier for Helse-Norge i 2030.

Tilgjengelig på: <https://teknologiradet.no/velferd-skole-og-helse/helse-og-omsorg-2030-velferd-skole-og-helse/hvilken-helserevolusjon-vil-vi-ha/>

Artikkel "Scenarier om fremtidens arbeidsmarked" i Tidsskrift for Samfunnsviterne. Nr. 4 – 2016, side 18-20.

Tilgjengelig på: <https://www.samfunnsviterne.no/-/media/Files/Samfunnsviteren/Samfunnsviteren-4-2016-web.ashx?la=nb-NO>

