



Rapport 2019/01 | For Kommunal- og moderniseringsdepartementet



Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem

Eksempelberegninger i rammeverket av metoden for samfunnsøkonomiske analyser

Inger Lande Bjerkmann, Mari Brekke Holden og Anette Kristiansen

Dokumentdetaljer

| | |
|--------------------------------|---|
| Tittel | Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem |
| Rapportnummer | 2019/01 |
| ISBN | 978-82-8126-397-0 |
| Forfattere | Inger Lande Bjerkmann, Mari Brekke Holden og Anette Kristiansen |
| Prosjektleder | Inger Lande Bjerkmann |
| Oppdragsleder | Tor Homleid |
| Kvalitetssikrer | Ingeborg Rasmussen |
| Oppdragsgiver | Kommunal- og moderniseringsdepartementet |
| Dato for ferdigstilling | 21.12.2018 |
| Tilgjengelighet | Offentlig tilgjengelig |
| Nøkkelord | Bolig, velferd, eldre |

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk utredning, evaluering, rådgivning og forskning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Forord

På oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet har Vista Analyse undersøkt sammenhengene mellom kostnader og gevinster ved boligtiltak i eldres private hjem.

Arbeidet er gjennomført av Inger Lande Bjerkmann, Mari Brekke Holden og Anette Kristiansen i Vista Analyse. Ingeborg Rasmussen i Vista Analyse har vært prosjektets kvalitetssikrer. Arbeidet startet opp i august 2018 og ble sluttført i desember samme år.

Vi takker Eilin Ekland i Agenda Kaupang som har bidratt som diskusjonspartner. Vi takker også alle håndverkere som har bidratt med prisinformasjon om tiltakskostnader. Endelig vil vi takke våre kontaktpersoner Ane Seip Flaatten og Lisbeth Iversen Flateland i Bolig- og bygningsavdelingen i Kommunal- og moderniseringsdepartementet for et spennende oppdrag og en ryddig og god prosess.

21. desember 2018

Inger Lande Bjerkmann

Prosjektleder

Vista Analyse AS

Innhold

| | |
|---|--|
| Sammendrag og konklusjoner | 7 |
| 1 Innledning | 10 |
| 1.1 Oppdragets innhold – bestillingen fra oppdragsgiver | 10 |
| 1.2 Avgrensning og metode | 10 |
| 1.3 Liknede analyser fra tidligere prosjekter | 11 |
| 1.4 Denne rapportens oppbygning | 13 |
| 2 Aktuelle tiltak i eldres private boliger..... | 14 |
| 2.1 Innledning | 14 |
| 2.2 Hvilke hindre finnes i private bad i dag og hva er et godt bad? | 14 |
| 2.3 Tiltak 1: Omfattende oppussing av bad - totalreovering | 15 |
| 2.4 Tiltak 2: Middels oppussing av bad | 16 |
| 2.5 Tiltak 3: Mindre oppussing av bad | 17 |
| 2.6 Tiltak 4: Bygge soverom i første etasje | 17 |
| 3 Mulige konsekvenser av boligtiltakene | 18 |
| 3.1 Innledning | 18 |
| 3.2 Konsekvenser som tilfaller boligeier og pårørende | 19 |
| 3.3 Konsekvenser som tilfaller offentlige tjenestetilbydere (kommune og stat) | 20 |
| 3.4 Andre konsekvenser | 21 |
| 4 Eksempelberegninger | 22 |
| 4.1 Innledning og avgrensning | 22 |
| 4.2 Om kostnader for institusjon og hjemmetjenester | 22 |
| 4.3 Eksempel-beregninger | 27 |
| 4.4 Hvordan fordeler gevinstene seg mellom boligeier, kommune og stat | 32 |
| 4.5 Betydningen for en eksempelkommune av flere boligtiltak | 33 |
| Referanser | 35 |
| Vedlegg | 36 |
| A Tabeller | 36 |
| B Flere resultater fra spørreundersøkelsen | 38 |
| Tabeller | |
| Tabell 2.1 | Oversikt over relevante tiltak, anslått kostnad og begrunnelse for hvorfor tiltaket kan være relevant å gjennomføre14 |
| Tabell 4.1 | Timespriser per vedtakstime for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand i brukers eget hjem (ambulerende) fordelt på dag/ kveld og natt. Netto årlig kostnad for langtidsopphold på institusjon. 2014-priser.....26 |
| Tabell 4.2 | Eksempel A. Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ*28 |
| Tabell 4.3 | Kostnad per vedtakstime i kommuner med lengre reisetid. Arbeidsgiveravgift sone 1, dag/kveld, 2018-priser.....30 |
| Tabell 4.4 | Gevinst ved tiltak (differanse i NNV mellom referanse- og tiltaksalternativ) i eksempel A-D og synliggjøring av hvilke aktører gevinsten tilfaller*32 |
| Tabell 4.5 | Mottakere av hjemmetjenester, 2017.....33 |

Sammendrag og konklusjoner

I denne rapporten har vi, basert på våre erfaringer fra rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*, sett på sammenhengene mellom kostnaden ved boligtiltak i eldre private hjem og gevinstene som kan følge av tiltakene. I eksempelberegninger konsentrerer vi oss om baderomsrelaterte tiltak og gevinster (kostnadsreduksjoner) knyttet til redusert behov for hjemmetjenester og redusert behov for institusjonsplass. Vi aggregerer eksemplene for å illustrere hvilken betydning tiltakene kan ha på kommunenivå. Hovedbildet etter våre analyser er at kostnaden ved tiltakene er små sammenliknet med de potensielle gevinstene og at tiltak som fører til redusert behov for hjemmetjenester og institusjonsplass er samfunnsøkonomisk lønnsomme, selv i eksempelberegninger med moderate anslag for gevinster. Særlig kommunene, men i noen grad også staten, kan oppnå besparelser. Det er stor usikkerhet knyttet til sammenhengen mellom tiltak og konsekvenser, samt størrelsen på konsekvensene og når de oppstår. Det er videre flere konsekvenser vi ikke har tallfestet. Ettersom disse i all hovedsak bidrar til at tiltakene fremstår som gunstigere, bruker vi betegnelsen «samfunnsøkonomisk lønnsomt» når vi omtaler beregningene.

Aktuelle tiltak i eldre private boliger

De største hindringene i eldre private boliger er knyttet til badet og at sentrale funksjoner i boligen er over flere plan (Vista Analyse og Agenda Kaupang 2018). Vi har valgt tiltak som i hovedsak er knyttet til baderommet og plassering av dette. Tabell S.1 viser hvilke tiltak vi har valgt.

Tabell S.1 Oversikt over relevante tiltak, anslått kostnad og begrunnelse for hvorfor tiltaket kan være relevant å gjennomføre

| Tiltak | Innhold | Kostnad inkl. mva | Hvorfor |
|----------|--|----------------------|---|
| Tiltak 1 | Omfattende oppussing av bad, ev. flytte og/eller utvide badet, utbedre terskel ved inngang til bad | 250 000 kroner | Baderom på samme plan som andre sentrale funksjoner, utbedre inngang til badet og legge til rette for bedre forflytning på badet, tryggere dusjesituasjon |
| Tiltak 2 | Middels oppussing av bad, legge våtroms-vinyl | 30 000 kroner | Tryggere dusjesituasjon |
| Tiltak 3 | Mindre oppussing av bad, fjerne badekar el. dusjkabinett | 10 000-15 000 kroner | Tryggere dusjesituasjon |
| Tiltak 4 | Bygge soverom i første etasje | 20 000 kroner | Soverom på samme plan som andre sentrale funksjoner |

Mulige konsekvenser av boligtiltakene

Virkningene av tiltak for å utbedre hindringer i private boliger kan være mange og sammensatte og fordeler (gevinster, nytte) og ulemper (kostnader) kan tilfalle ulike aktører. Boligeier kan oppleve økt livskvalitet hvis han/hun klarer seg mer selv, får flere rom lettere tilgjengelig og kan bo en lengre periode

i hjemmet. Pårørende kan også oppleve gevinster, ev. kostnader, knyttet til hvordan de føler at familie-medlemmet er ivaretatt. Boligtiltak kan videre påvirke verdien av boligen, oftest er dette gevinster, men det kan også være kostnader. Gevinster som tilfaller offentlige tjenestetilbydere, i hovedsak kommunene, men også staten i noen grad, er knyttet til eventuelt redusert behov for bistand fra hjemmetjenesten og redusert behov for institusjonsplass. Videre kan gevinster oppnås dersom fallulykker reduseres. Endring i tiltak som er finansiert av offentlig sektor vil også påvirke skattefinansieringskostnaden.

Eksempelberegninger

I denne delen av rapporten anslår vi kostnader og nytte av å gjennomføre boligtiltak i Eldres private boliger. Vi bruker eksempelberegninger der referansealternativet er tilfellet der boligeier ikke gjør utbedringstiltak i boligen, og tiltaksalternativet er tilfellet der badet rehabiliteres. Vi forutsetter behov for bistand fra hjemmetjenesten og institusjonsplass i de to alternativene og anslår tilhørende kostnader. Tabell S.2 viser forløpet og kostnadene i eksempel A. Differansen i netto nåverdi (NNV) mellom referanse- og tiltaksalternativ representerer gevinsten ved at tiltaket gjennomføres, her 1,3 mill. kroner. I eksempel B-C gjennomføres tiltaket tidligere enn i eksempel A slik at tiltakskostnaden får relativt større betydning. Eksempel B er tilsvarende eksempel A med unntak av at tiltaket gjennomføres tidligere. Eksempel C og D er ulike varianter der vi tar høyde for at tiltaket kan ha mindre effekt og at hjelpebehovet kan øke av andre årsaker enn det fysiske som kan bøtes på av boligtiltak. Alle eksemplene er samfunnsøkonomisk lønnsomme, men i avtakende grad. Tabell S.3 viser gevinsten i de ulike eksemplene og hvilke aktører gevinsten tilfaller. Tabellen viser at kommunen mottar størstedelen av gevinsten.

Tabell S.2 Eksempel A. Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ*

| År | Referansealternativ | | | Tiltaksalternativ | | |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste, årlig kostnad | Institusjonsplass el. | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste årlig kostnad | Kostnad ved tiltak ekskl. mva |
| 0 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | 200 000 |
| 1 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 2 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 3 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| 4 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| NNV | | 1 350 000 | 1 760 000 | | 1 630 000 | 200 000 |
| Sum NNV | 3 110 000 | | | 1 830 000 | | |

*Kostnadene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.

Kilde: Vista Analyse

Tabell S.3 Gevinst ved tiltak (differanse i NNV mellom referanse- og tiltaksalternativ) i eksempel A-D og synliggjøring av hvilke aktører gevinsten tilfaller*

| | Kostnader ved tiltak og gevinst | Kostnad ved tiltak inkl. mva (boligeier) | Hjemmetjeneste (kommunen) | Institusjonsplass e.l. (kommunen) | Skattefinansieringskostnad, fratrukket mva. |
|-----------------------|---------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Eksempel A | | | | | |
| Ref. (5 år) | 3 110 000 | - | 1 130 000 | 1 460 000 | 520 000 |
| Tiltaksalt. (5 år) | 1 830 000 | 250 000 | 1 360 000 | - | 220 000 |
| Differanse NNV | 1 280 000 | -250 000 | -230 000 | 1 460 000 | 300 000 |
| Eksempel B | | | | | |
| Ref. (10 år) | 2 880 000 | - | 1 200 000 | 1 200 000 | 480 000 |
| Tiltaksalt. (10 år) | 1 870 000 | 250 000 | 1 390 000 | - | 230 000 |
| Differanse NNV | 1 010 000 | -250 000 | -190 000 | 1 200 000 | 250 000 |
| Eksempel C | | | | | |
| Ref. (10 år) | 2 640 000 | - | 1 610 000 | 590 000 | 440 000 |
| Tiltaksalt. (10 år) | 2 230 000 | 250 000 | 1 700 000 | - | 290 000 |
| Differanse NNV | 410 000 | -250 000 | -90 000 | 590 000 | 150 000 |
| Eksempel D | | | | | |
| Ref. (10 år) | 2 410 000 | - | 2 010 000 | - | 400 000 |
| Tiltaksalt. (10 år) | 2 230 000 | 250 000 | 1 700 000 | - | 290 000 |
| Differanse NNV | 180 000 | -250 000 | 310 000 | - | 110 000 |

*Avvik skyldes avrundinger. Kostandene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.

Kilde: Vista Analyse

Selv om det i dag er mulig å få tilskudd for å dekke deler av tiltakskostnaden gjennomføres det, så langt vi er kjent med, få omfattende oppgraderinger i boliger der boligeier allerede mottar bistand fra hjemmetjenesten (Vista Analyse og Agenda Kaupang 2018). Det kan skyldes at boligeier opplever at gevinstene som tilfaller han/henne ved oppgradering (økt livskvalitet, gleden ved å kunne bo hjemme mv.) ikke overstiger kostnadene (både økonomiske kostnader og stress eller bekymring ved gjennomføring av tiltak). Det kan også være at boligeier ikke har oversikt over tilgjengelige tiltak.

Boligeier tar ikke hensyn til gevinstene som tilfaller kommunen og dels staten i sin vurdering av om et tiltak bør gjennomføres. Det er disse gevinstene vi har anslått i eksempelberegningene. Våre beregninger viser flere eksempler der det er samfunnsøkonomisk lønnsomt at det gjennomføres boligtiltak i eldre private hjem. Kostnaden ved selve tiltaket er liten sammenliknet med de potensielle gevinstene. Aggregering av våre eksempelberegninger viser at selv med moderat anslått tiltakseffekt hos noen få mottakere av hjemmetjenester, vil det være lønnsomt for en eksempel-kommune å bruke ressurser på å identifisere hvilke mottakere som vil ha mest nytte av boligtiltak og deretter hjelpe disse til å gjennomføre tiltakene.

1 Innledning

1.1 Oppdragets innhold – bestillingen fra oppdragsgiver

I rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* undersøkte Vista Analyse og Agenda Kaupang fysiske hindre i private boliger som kan ha betydning for ressursbruken i helse- og omsorgssektoren. Rapporten ga et detaljert bilde av hindre og mulige tiltak basert på en spørreundersøkelse til hjemmetjenesten i alle landets kommuner og intervjuer med hjemmetjenesten og ergoterapeuter i kommunene. Vi fant at de viktigste fysiske hindrene er på badet samt at sentrale funksjoner i boligen er fordelt over flere plan. Dette er hindre som ofte kan være kostbare og krevende å utbedre, noe som er med på å forklare hvorfor mange utbedringstiltak ikke gjennomføres.

I etterkant av rapporten fikk Vista Analyse et oppfølgingsoppdrag for Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD). KMD ønsket mer informasjon om kostnader og potensiell nytte ved ulike boligtiltak, primært for kommunene, men også for staten. Oppdragsgiver ønsket beregninger basert på generaliserbare eksempler og også at kostnadene ved de ulike tiltakene skulle synliggjøres. I denne rapporten svarer vi ut oppdraget basert på vår kunnskap om hindre i boliger fra Rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Våre beregninger dekker omfattende (dyre) og mindre omfattende (billige) tiltak. Vi anslår gevinster (kostnadsreduksjoner) som følger av tiltakene knyttet til redusert behov for hjemmetjenester og utsatt institusjonsplass.

I tillegg fikk Vista Analyse i oppdrag å gå inn i tallgrunnlaget for rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* og undersøke om det er systematiske forskjeller i resultatene mellom små og store kommuner. Dersom det finnes systematiske forskjeller ønsket KMD 2-3 illustrasjoner som viser forskjellene.

1.2 Avgrensning og metode

Rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* viser at det er betydelig potensial for å gjennomføre utbedringstiltak i private boliger. Hindre i private boliger kan påvirke beboeres selvhjulpenhet, hvor lenge de kan bli boende hjemme, risikoen for fall, behovet for hjemmetjenester og arbeidssituasjonen til de ansatte i hjemmetjenesten. Svaret på om tiltakene er samfunnsøkonomisk lønnsomme avhenger av en rekke nytte- og kostnadsvirkninger som det er krevende å få oversikt over. I en nytte-kostnadsanalyse skal alle positive og negative effekter av et tiltak tallfestes så langt det lar seg gjøre. Dersom nytten er større enn summen av kostnadene, defineres tiltaket som samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Målet med denne rapporten er å skaffe til veie bedre oversikt over sammenhengen mellom kostnadene ved aktuelle tiltak og nytten som kan følge av tiltakene. Vi diskuterer hvilke tiltak som kan være relevante å gjennomføre i eldres private hjem og anslår kostnaden ved tiltakene. På generelt grunnlag diskuterer vi videre mulige konsekvenser som kan følge av tiltakene. Flere av disse konsekvensene er ikke mulig å tallfeste eller konkretisere nærmere innenfor rammen av dette oppdraget. I våre eksempel-beregninger har vi konsentrert oss om å tallfeste konsekvenser knyttet til behov for bistand fra hjemmetjenesten og muligheten for utsettelse eller bortfall av behov for sykehjemsplass. Vi ser deretter på ulike varianter av eksempelet og bruker dette som basis for videre argumentasjon og drøfting om kostnader vs. nytte av øvrige tiltak i private boliger. Endelig drøfter vi hvilke effekter som kan gjøre seg gjeldende på

kommunalt nivå for en eksempelkommune (aggregering av eksemplet) og ser nærmere på hvilke aktører de ulike kostnadene og gevinstene tilfaller.

Eksempelberegningen er i stor grad forbundet med usikkerhet. Det er ikke kjent hva som er konsekvensene med og uten tiltak. Brukere av hjemmetjenester har ofte sammensatte utfordringer, og fysisk nedsett funksjon er bare en del av dette. Ved kognitiv svikt (demens) og behov for medisiner vil brukers behov for hjelp være til stede uansett om fysiske hindringer i boligen utbedres eller ikke. Videre er det heller ikke kjent hvor store konsekvensene er og når de kommer. For å gjennomføre beregningene har vi lagt til grunn et sett med forutsetninger om omfang av behov fra hjemmetjenesten og behov for institusjonsplass med og uten tiltak. Slike forutsetninger er beheftet med stor usikkerhet.

En samfunnsøkonomisk analyse skal så langt det er mulig fange opp alle relevante virkninger av tiltaket i hele dets levetid. Analyseperioden bør derfor tilsvare levetiden for investeringer. I dette prosjektet vil imidlertid også boligeiers gjenstående levetid være vesentlig for analysen. Det må også velges tidspunkt for når boligeier gjennomfører tiltaket. Vi gjennomfører flere beregninger med ulikt tidspunkt for tiltak og analyseperiode.

For å sammenlikne og summere nytte- og kostnadsvirkninger over tid bruker vi kalkulasjonsrenten anbefalt av Finansdepartementet på 4 prosent (Rundskriv R-109/2014). Vi benytter relevant litteratur, tidligere analyser, finansieringsmodellen utarbeidet av Helsedirektoratet til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, statistikk fra Statistisk sentralbyrå og informasjon fra håndverkerbransjen for å anslå kostnader og gevinster ved tiltakene.

1.3 Liknede analyser fra tidligere prosjekter

Som en del av rapporten *Evaluering av tilskudd til etterinstallering av heis* har Oxford Research (2016a) gjennomført en enkel nytte-kostnadsanalyse for etterinstallering av heis i to borettslag i Larvik kommune. Analysen viser at prosjektene samlet ikke er lønnsomme når kun kvantifiserbare nyttevirksomheter inkluderes. De samlede utgiftene til prosjektering, innstallering, drift og vedlikehold (kostnadene) overstiger besparelsene i form av utsatt flytting til institusjon og tidsbesparelse for kommunale hjemmebaserte tjenester (nytt). Analyseperioden er 25 år, tilsvarende levetiden for heisene, og kalkulasjonsrenten er satt til 4 prosent.

Referansealternativet i Oxford Researchs analyse er «ikke å etterinstallere heis», heller enn andre tiltak som installering av trappeheis eller løfteplattform. Dette bidrar, som Oxford påpeker, til å overestimere kostnadene. I anslagene for nyttevirksomheter er det bl.a. lagt til grunn at beboere over 80 år får utsatt institusjonsopphold med ett år¹ og at besparelsen knyttet til redusert tidsbruk til kommunale hjemmebaserte tjenester er to minutter redusert arbeidstid per besøk. Det er ikke tatt hensyn til potensielle nyttegevinster knyttet til redusert fallrisiko eller mulig antall reduserte besøk fra hjemmetjenesten som følge av bedret helsetilstand eller økt selvhjelpenhet. Flere andre potensielle nyttevirksomheter er heller ikke inkludert i analysen, bl.a. økt livskvalitet for beboere med nedsatt forflytningsevne og potensiell verdikning på boligen. Oxford understreker at beregningene kun er illustrasjoner og peker på at resultatene bygger på en rekke forutsetninger.

¹ Oxford antar at beboerens alderssammensetning gjenspeiler observert alderssammensetning blant kommunens innbyggere uten heis (Levekårsundersøkelsen 2011, SSB) og at husholdningsstørrelsen er som gjennomsnittshusholdningen. Antall leiligheter i de to borettslagene er kjent.

Oxford konkluderer med at selv om den samfunnsøkonomiske analyse viser at etterinstalleringene i Larvik kommune ikke er lønnsomme, så tydeliggjør regneeksempelet behovet for økonomiske stimulan- ser for å sikre at etterinstalleringer av heis gjennomføres. Overordnet konkluderer Oxford med at til- skuddet til etterinstallering av heis og dets innretning fungerer tilfredsstillende og etter hensikten. Til- skuddet har en høy utløsende effekt. Husbankens forvaltning vurderes som effektiv og hensiktsmessig og søknadsprosessen fungerer godt.

Oxford Research (2016b) gjennomfører en utvidet samfunnsøkonomisk analyse som tar høyde for flere kvantifiserbare nyttevirksomheter enn den opprinnelige rapporten, og som ser på nytte og kostnadsvirk- ningene i et nasjonalt perspektiv. Når kostnadsbesparelser til institusjonstjenester, hjemmetjeneste og verdiøkning på boligene inkluderes, finner de at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å installere bære- heis og heis med samme kostnadsramme som median-prosjektet av alle prosjekter støttet av Husbanken. De finner at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten er helt avhengig av verdiøkning på leiligheten for at resultatet skal være positivt.

Proba (2016) har på oppdrag fra Husbanken evaluert tilskudd til tilpasning av bolig. Tilskuddet er ett av flere virkemidler for å nå det boligsosiale målet om å øke bosettingen av vanskeligstilte. Formålet med tilskuddet er å bidra til at personer med redusert funksjonsnivå og/eller sviktende helse «får en bolig som over tid fungerer godt i forhold til bevegelseshemninger og annen funksjonshemming». Tilpasningstil- skuddet kan gis både til enkelttiltak og større ombygginger for å tilrettelegge boligen for søkeren.

I rapporten drøfter Proba mulige gevinster og kostnader ved bruk av tilskuddet, særlig for kommunen, men også for brukere og andre aktører i samfunnet. Samlet er Probas vurdering at det er stort potensi- ale for gevinster ved å benytte tilskuddet, og at kostnadene er små sammenliknet med de potensielle gevinstene. Basert på brukerhistorier i datainnsamlingen gir Proba i tre eksempler anslag (illustrasjoner av potensielle effekter) på kostnadsbesparelser for kommunen når tilskuddet anvendes riktig.²

I det første eksemplet står valget for en bruker mellom å flytte til en bemannet omsorgsbolig eller å tilpasse boligen til rullestolbruk. Hvis bruker blir boende hjemme vil han trenge daglig hjemmesykepleie, og hvis han flytter til omsorgsbolig får kommunen kostnader knyttet til døgnbemanning. Differansen mellom disse beløpene, anslått til 38 000 kroner per år, utgjør kostnadsbesparelser for kommunen dersom bruker tilpasser boligen og blir boende hjemme.³ I det andre eksemplet ble en familiebolig tilpasset rullestolbruk fordi familien hadde et funksjonshemmet barn. Selve tilpasningen hadde ingen kostnader for kommunen, men kommunens utgifter ble redusert fordi foreldrene sluttet å bruke avlastningstje- nesten i kommunen som tidligere ble brukt én helg i måneden. Denne kostnadsbesparelsen er anslått til 259 200 kroner per år.⁴ Det påpekes at kostnadsbesparelsen ville blitt enda større dersom det antas at barnet hadde flyttet på institusjon etter noe tid hvis boligen ikke ble tilpasset. I det tredje eksempelet ble badet i en bolig tilpasset slik at brukeren kunne klare seg uten hjemmehjelp når hun dusjet og selv

² Med «anvendes riktig» menes trolig at tilskuddet skal ha ønsket effekt. Proba finner at praksis for tildeling av tilskuddet var-ierer mellom kommuner. Hvis tilskuddet «anvendes riktig» i den forstand at tilskuddsmottaker blir boende lenger i egen bolig på grunn av tilskuddet, kan man si at tilskuddet har ønsket effekt.

³ I eksemplet legger Proba til grunn at bruker at hjemmesykepleien vil bruke 1,5 timer per dag inkludert reisevei, noe som gir årlige kostnader på 490 000 kroner i året med en timelønn på 900 kroner. Videre er det antatt at kostnaden til praktisk bistand er lik uavhengig av om bruker bor hjemme eller i omsorgsbolig. Imidlertid fører flytting til omsorgsbolig til kostnader knyttet til døgnbemanning som er anslått til 528 000 per år etter at egenbetaling er trukket fra. Differansen utgjør dermed 38 000 kroner per år.

⁴ Proba har lagt til grunn en timelønn på 450 kroner per time (tilsvarende hjemmehjelp), og med avlastning en helg i måneden gir dette en månedlig kostnad på 21 600 kroner og en årlig kostnad på 259 200.

kunne bevege seg inn og ut av badet og benytte toalettet. Proba anslo besparelsen for kommunene i dette tilfellet til mellom 140 000 og 370 000 kroner per år avhengig av hvor mange timer hjemmehjelp brukeren hadde trengt dersom tilpasningen ikke ble gjennomført.⁵

1.4 Denne rapportens oppbygning

I kapittel 2 legger vi frem tiltak vi mener kan være relevante å gjennomføre i eldres private hjem basert på vår kunnskap om hindre i private boliger fra rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Vi anslår videre den økonomiske kostnaden ved de ulike tiltakene. I kapittel 3 diskuterer vi på generelt grunnlag mulige konsekvenser av tiltakene, fordelt på konsekvenser som tilfaller boligeier og pårørende og offentlige tjenestetilbydere (kommune og stat). I tillegg drøfter vi andre konsekvenser. I kapittel 4 setter vi opp vårt regne-eksempel som beskriver nytte vs. kostnader som følger av de ulike tiltakene. Vi beskriver innledningsvis våre forutsetninger, og legger vekt på å beskrive kostnader til institusjonsplass og hjemmetjenester fordi dette er viktige elementer i analysen. Deretter ser vi på ulike alternativer av eksemplet før vi gjør en aggregering der vi ser på en eksempel-kommune. Aggregeringen synliggjør også i større grad hvilke aktører de ulike kostnadene og gevinstene tilfaller. Tabeller som dekker varianter av eksempel-beregningen er samlet i Vedlegg A. Vårt arbeid med å undersøke om det er systematiske forskjeller i resultater mellom små og store kommuner i tallgrunlaget for rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* har vi samlet i vedlegg B.

⁵ Brukeren hadde i utgangspunktet hjemmehjelp en halv time tre ganger i uka, men det er anslått at bruker uten tilpasning ville hatt økt behov for hjemmehjelp de kommende årene. Med en timepris for hjemmesykepleie på 900 kroner i timen og tre timer hjelp i uken blir årlig kostnad 140 000 kroner. Ved hjelp fem timer i uken blir årlig kostnad 370 000 kroner.

2 Aktuelle tiltak i eldre private boliger

2.1 Innledning

De viktigste hindrene i eldre private boliger er knyttet til bad og at sentrale funksjoner i boligen er over flere plan (Vista Analyse og Agenda Kaupang 2018). Vi har valgt tiltak som i hovedsak er knyttet til baderommet og plassering av dette. I dette kapitlet beskriver vi først hvilke hindre som finnes i private bad og deretter hva som anses som et godt bad. Deretter legger vi fram tiltak vi mener er egnede for å løse hindre knyttet til badet og dets plassering. Tabell 2.1 viser hvilke tiltak vi har valgt.

Tabell 2.1 Oversikt over relevante tiltak, anslått kostnad og begrunnelse for hvorfor tiltaket kan være relevant å gjennomføre

| Tiltak | Innhold | Kostnad inkl. mva | Hvorfor |
|----------|--|----------------------|---|
| Tiltak 1 | Omfattende oppussing av bad, ev. flytte og/eller utvide badet, utbedre terskel ved inngang til bad | 250 000 kroner | Baderom på samme plan som andre sentrale funksjoner, utbedre inngang til badet og legge til rette for bedre forflytning på badet, tryggere dusjesituasjon |
| Tiltak 2 | Middels oppussing av bad, legge våtroms-vinyl | 30 000 kroner | Tryggere dusjesituasjon |
| Tiltak 3 | Mindre oppussing av bad, fjerne badekar el. dusjkabinett | 10 000-15 000 kroner | Tryggere dusjesituasjon |
| Tiltak 4 | Bygge soverom i første etasje | 20 000 kroner | Soverom på samme plan som andre sentrale funksjoner |

Kilde: Vista Analyse

2.2 Hvilke hindre finnes i private bad i dag og hva er et godt bad?

Rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* viser at det å dusje er det hyppigste problemet for brukere av hjemmetjenesten, blant problemer som knytter seg til boligens utforming.⁶ Dusj er rapportert som et problem i over to tredeler av boligene i analysen, og anslagsvis minimum 20 prosent av

⁶ I spørreundersøkelsen som er grunnlaget for tallene har vi bevisst ønsket å konsentrere oss om problemer som er knyttet til boligens utforming. Vi har derfor spurt spørsmål av typen: «Hva er det vanskelig/ tungt å hjelpe brukeren med i denne boligen? Vi er ute etter problemer som har med boligens utforming å gjøre.»

boligene hjemmesykepleien besøker.⁷ Også det å komme seg til og inn på badet og å forflytte seg på badet, er hyppige problemer. Endelig er plassen på badet rapportert som et problem i spørreundersøkelsen.

Husbanken forvalter investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kapittel 5 i *Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg fra Husbanken* beskriver blant annet hvordan et bad bør utformes i en omsorgsbolig for å være et godt bad for en person med redusert funksjonsevne. Rådene hensyntar også behovet for å kunne motta hjelp på badet. Selv om rådene er utformet for bad i omsorgsboliger, synliggjør veilederen noen elementer som vil være viktige å ha på plass for personer med redusert funksjonsevne som bor i private hjem.

Veilederen trekker fram at dusjniser må være uten kanter og med fall. Det bør være muligheter for å montere håndtak på vegg for støtte i dusjen. Dusjarmatur skal monteres slik at det kan betjenes av hjelper og beboer som dusjer (sittende eller stående). Dusjhodet skal være regulerbart i høyden. Hvitt dusjforheng og hvite håndtak mot hvit vegg bør unngås, kontraster gir bedre funksjonalitet for den som ser dårlig. Areal for dusjing skal være minst 140 x 110 cm for å ha tilstrekkelig betjeningsareal for å manøvrere rullestol og gi plass for hjelpere ved dusjesituasjonen. Dusjen bør plasseres så langt unna døren som mulig, da vil ikke vannet renne ut gjennom den terskelfrie døråpningen og det oppstår ikke våte, glatte soner foran toalett. En lang slange kan gi mulighet for å bruke dusjen til renhold både ved servant og toalett.

Et annet element er knyttet til størrelse på baderommet. Husbanken anbefaler et gulvareal på minst 240 x 240 cm som tilsvarer et bad med areal på snaut 6 kvm. Størrelsen på badet er viktig for å sikre plass til hjelpere ved alle funksjoner (toalett, vask, dusj), samt betjeningsareal og snuareal. Veilederen understreker likevel at det kan være behovs-konflikter knyttet til størrelse mellom personer som er delvis selvhjulpne og dermed tenger nærhet til støttehåndtak på vegg, vask etc. og personer med behov for å benytte store hjelpemidler eller to hjelpere. Dette er helt i tråd med det vi erfarte i rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Noen bad er såpass små at det ikke er plass til nødvendige hjelpemidler og/eller at det er vanskelig å bevege seg med rullestol eller ganghjelpemidler. Likevel kan små bad med kort avstand mellom ulike gripehåndtak være en fordel for brukere som i større grad klarer stell på badet selv, men som er ustøe. Husbanken trekker fram at et godt bad bør ha spikerslag i vegg eller møbelplater for å sikre mulighet til oppheng av skap og støttehåndtak.

2.3 Tiltak 1: Omfattende oppussing av bad - totalrenovering

Omfattende oppussing av bad innebærer en totalrenovering. Hvis dagens bad ikke har våtroms-standard vil fjerning av dusj eller badekar kunne innebære en totalrenovering av badet. Totalrenovering kan også være nødvendig hvis dagens bad er for lite for å kunne innrette det funksjonelt for en bruker med nedsatt balanse som er avhengig av rullestol eller rullator. Da kan det være aktuelt å utvide badet ved å bruke areal fra tilstøtende rom før badet bygges opp igjen. Bruk av flyttbart utstyr, for eksempel flyttbare vasker, kan avhjelpe behovet for større areal.

⁷ I gjennomsnitt besøkte respondentene 10 boliger på siste vakt og beskrev gjennom spørreundersøkelsen de tre av dem der boligen hadde størst betydning for brukerens hjelpebehov. Det i seg selv skulle indikere at en nedre grense for anslått omfang av hvert hinder er 30 prosent av omfanget vi utvalget vårt. I to tredeler av boligene i utvalget er dusj et problem for brukeren, noe som indikerer at det er et problem for minst 20 prosent av samtlige av brukerne ($0.67 \cdot 0.30 = 0.20$).

I rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* fant vi også at terskelen inn til badet kan være et vesentlig hinder. Mange bad satt opp på 1970-1990-tallet har slike terskler for å hindre spredning ved eventuelle lekkasjer. Hvis slike terskler skal fjernes på eldre bad vil det i mange tilfeller kreve en totalrenovering av baderommet.

Totalrenovering av badet betyr at det gamle badet rives fullstendig inn til stenderverket. Alle overflater tas ned, gulv hugges opp og elektriske rør og vannrør tas ut. Baderommet blir altså helt strippet før det bygges opp igjen fra innerst til ytterst etter gjeldende forskrifter og standarder.

Priser for totalrenovering av bad varierer betydelig. Utstyrvalg og materialvalg kan påvirke prisen i stor grad. Vi har vært i kontakt med flere håndverkere og også brukt nettsøk. Flere leverandører har ulike kalkulatorer som tar hensyn til størrelsen på badet og hva som må inngå i en totalrenovering. Generelt blir kvadratmeterprisen høyere jo mindre badet er. Det skyldes at ved en totalrenovering er det noen faste kostnader som må gjennomføres uansett størrelse på badet.

Basert på dette ser det ut til at totalrenovering av et bad på 6 kvm koster om lag 250 000 kroner inkl. merverdiavgift, eller om lag 40 000 kroner per kvm ved normal standard. Med noe høyere standard, som kan innebære dyrere utstyr og materialvalg kan prisen bli om lag 300 000 kroner. Et bad på 8-10 kvm koster om lag 280 000-310 000 kroner, dvs. om lag 30 000-35 000 per kvm ved enkel standard.

Vi har ikke klart å skaffe til veie tilstrekkelig statistikk for gjennomsnittlig størrelse på et baderom. Eldre bad ser ut til å være større enn nyere. Basert på våre søk ser det ut til at størrelsen på et baderom i gjennomsnitt ligger mellom 6 og 10 kvm. Husbanken anbefaler som nevnt at bad i omsorgsboliger bør være om lag 6 kvm.

Etter en helhetlig vurdering legger vi til grunn at prisen på totalrenovering av et bad er om lag 250 000 kroner inkl. merverdiavgift. Basert på samtaler med håndverkere ser det ut til at prisen for å flytte et bad (ev. bygge nytt bad et annet sted i huset) kan ligge på om lag samme nivå. Når badet bygges på et nytt areal sparer man kostnader ved å rive det gamle badet. På den annen side kan det være at røropplegg til det nye badet vil økt prisen noe.

2.4 Tiltak 2: Middels oppussing av bad

Et langt rimeligere alternativ til totalrenovering av badet kan være å legge såkalt våtromsvinyl. Våtromsvinyl monteres horisontalt og sveises sammen (også kalt sveisebelegg) slik at det ikke oppstår noen skjøter der det kan trenge inn fukt. Å få lagt et vinylgulv er i utgangspunktet ikke spesielt kostnadskrevende, men tilstanden på eksisterende underlag vil avgjøre om det er nødvendig med utrivning av dette, noe som i så fall vil medføre ekstra kostnader. Tilknytningen til røropplegget (sluket) vil også kunne medføre ekstra kostnader. I gamle bad er det ofte satt inn dusjkabinett med en slangeforbindelse til nærliggende soilrør og ikke sluk som ligger i gulvnivå. Hvis slike ting må utbedres vil det påløpe kostnader. Gitt at målet er en dusjflate som kan nås uten kanter og være tilgjengelig med rullestol eller gåstol vil en vurdering av totalkostnaden variere. Håndverkere vi har snakket med oppgir en totalkostnad på om lag 30 000 kroner. Denne kostnaden inkluderer etablering av nytt dusjhjørne, f.eks. etablering av dusjvegg. I noen tilfeller kan det imidlertid bli langt billigere. Dersom det er et homogent belegg på gulvet, underarbeider ikke er nødvendig og rommet er kvadratisk uten dusjbrønn vil selve arbeidet i et bad på 6 kvm koste om lag 4 400 kroner inkl. merverdiavgift. I tillegg kommer materialer. Kvadratmeterprisen på belegget varierer avhengig av hvilket belegg du velger. Priser i størrelsesorden 200-300

kroner per kvm går igjen, svarende til 1 200-1 800 kroner for et bad på 6 kvm. Total pris kan dermed bli godt under 10 000 kroner.

En fordel med vinylbelegg er at det er et mykere materiale og mindre glatt og dermed godt egnet for et menneske som begynner å bli ustø. Slik underlag kan redusere fall, og hvis man likevel skulle falle blir slaget mindre hardt. Vinyl er også lettere å rengjøre fordi man unngår fuger og annet som samler skitt.

2.5 Tiltak 3: Mindre oppussing av bad

Gitt at badet og inngangen til badet er i orden og at membran er intakt, kan et alternativ for å løse problemene med dusjesituasjonen være å fjerne eksisterende badekar eller dusjkabinett og legge til rette for en dusjflate uten kanter. Ved en slik tilrettelegging må huller etter dusjkabinett/ badekar tettes med silikon, og det må etableres en flyttbar dusjvegg (eller liknende). Videre kan nødvendige håndtak installeres. På bakgrunn av samtaler med ulike aktører i bransjen legges det til grunn at en mindre oppussing vil koste om lag 10 000 til 15 000 kroner.

2.6 Tiltak 4: Bygge soverom i første etasje

Mange boliger har bad og soverom i andre etasje, mens øvrige funksjoner er samlet i første etasje. Kostnader ved å flytte badet er dekket i tiltak 1. I dette tiltaket ser vi på kostnaden forbundet ved å legge til rette for et soverom i første etasje (gitt at boligen er stor nok). Et nytt soverom kan etableres ved å sette opp lettvegger for å dele et større rom. Kostnaden vil variere avhengig av hva som er nødvendig av materialer (stendere, bunnsviller, isolasjon, gips eller annen kledning, listverk, dør og karm mv.) og tidsbruk til snekkeren. En snekker kan trolig sette opp lettveggen på en snau dag. I tillegg kommer kostnader knyttet til elektrikerarbeid (legge opp uttak for stikkontakt, lamper mv.) og malerarbeid. Et alternativ til å sette opp lettvegg kan være å slå sammen to mindre rom. Da vil det ofte påløpe kostnader til overflatebehandling der den gamle veggen sto, og gjerne kostnader til nytt gulvbelegg. Kanskje blir også noe elektrikerarbeid nødvendig. Det er vanskelig å gi en enhetlig pris, men basert på samtaler med håndverkere legger vi til grunn at det vil koste om lag 20 000 inkl. merverdiavgift å legge til rette for et nytt soverom innenfor boligens nåværende areal.

3 Mulige konsekvenser av boligtiltakene

3.1 Innledning

Det er betydelig potensial for å gjennomføre utbedringstiltak i eldres private boliger (Vista Analyse og Agenda Kaupang 2018). Utbedringstiltak kan gjøre boligeier mer selvhjulpne og redusere ressursbruken i hjemmetjenesten. Hvis tiltaket reduserer risikoen for fallulykker kan samfunnet oppnå besparelser forbundet med reduserte kostnader til behandling på sykehus og/eller økt bistand fra hjemmetjenesten i en periode etter fallet. Tilsvarende vil samfunnet oppnå besparelser dersom arbeidssituasjonen til hjemmetjenesten reduseres og sykefraværet går ned. Virkningene av tiltak for å utbedre hindringer i private boliger kan være mange og sammensatte og fordeler (gevinster) og ulemper (kostnader) kan tilfalle ulike aktører.

Økonomisk rasjonelle aktører vil velge boligtiltak dersom de vurderer det som privatøkonomisk lønnsomt, dvs. dersom gevinstene boligeier opplever er lavere enn kostnadene forbundet med tiltaket. En rasjonell boligeier vil ha en lang tidshorisont og vil i vurderingen av om tiltaket lønner seg ta innover seg sannsynligheten for at helsetilstanden kan endre seg og dermed behovet for en mer tilpasset bolig.

Det er flere grunner til at det ikke nødvendigvis vil være samsvar mellom privatøkonomisk lønnsomhet ved boligtiltak og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Et sentralt element her vil være at også andre enn den enkelte boligeier kan ha nytte av at han/hun gjennomfører tiltak for å legge boligen bedre til rette. Spesielt vil offentlig tjenestetilbydere, primært kommunal helse- og omsorgssektor, men også spesialisthelsetjenesten og NAV som finansieres av staten, kunne nyte godt av boligtiltak dersom de medfører at boligeier i større grad vil klare seg uten tilbud finansiert av kommune og stat etter at boligtiltaket er gjennomført. Det vil derfor ikke alltid være samsvar mellom privatøkonomisk og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Tiltak som fra boligeiers side ikke vil være privatøkonomisk lønnsomme, kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomme.

Andre momenter kan være knyttet til at boligeier kan ha dårlig informasjon om kjennskap til muligheter som ligger i enkle tiltak. Det å samle informasjon samt å planlegge tiltaket kan oppfattes som en stor hindring. Det kan også være, som vi skriver i rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*, at offentlige ansatte som jobber ut mot brukere av hjemmetjenester favoriserer hjelpemidler fremfor ombyggingstiltak i sine anbefalinger. Beslutningen om å iverksette ev. tiltak tas også under usikkerhet og ulike mennesker har ulik grad av risikoaversjon. Det kan være at en beslutning er rasjonell på det tidspunktet den fattes, selv om det på et senere tidspunkt skulle vise seg at situasjonen ser annerledes ut.

I det følgende vil kort angi mulige nytte- og kostnadsvirkninger av boligtiltak i private hjem som bidrar til at boligen blir mer tilrettelagt (utbedre hindre) fordelt på konsekvenser som tilfaller boligeier (gitt at boligeier bor i boligen) og pårørende og offentlige tjenestetilbydere (kommune og stat). I tillegg diskuterer vi andre virkninger.

3.2 Konsekvenser som tilfaller boligeier og pårørende

I utgangspunktet vil den økonomiske kostnaden ved boligtiltaket tilfalle den enkelte boligeier. Flere av tiltakene vi ser på kan imidlertid (delvis) finansieres via tilskudd som forvaltes av Husbanken eller andre med mål om å øke tilpasningen av boliger (tilpasningstilskuddet, heistilskuddet mv.). Ved innvilget tilskudd vil den økonomiske kostnaden for boligeier naturlig nok reduseres, men søknadsprosessen vil medføre tidskostnader for boligeier og ev. også andre kostnader som stress og bekymringer i forbindelse med søknadsfasen og gjennomføring av tiltaket.

Ved tilpasninger i private boliger vil en stor del av gevinstene tilfalle boligeier, gitt at det er boligeier som bor i boligen. Dette er gevinster som kan samles under merkelappen «økt livskvalitet for boligeier». Slike gevinster er knyttet til boligeiers opplevelse av at boligen blir mer tilpasset, for eksempel den verdien det har for boligeier at flere rom blir lettere tilgjengelig eller den økte trygghetsfølelsen en mer tilpasset bolig kan gi. Det at boligeier kan greie seg mer selv (reduert behov for bistand hjemmetjenesten) vil også kunne ha en verdi for vedkommende. Videre vil det kunne være verdifullt for boligeier dersom oppgraderingen fører til vedkommende får muligheten til å bo trygt hjemme i en lengre periode enn ellers.

Det er i flere sammenhenger hevdet at eldre helst vil bo hjemme. Dette er blant annet undersøkt av Munkejord, Eggebø og Schönfelder (2018). De viser at ikke alle eldre ønsker å bli boende (alene) i den boligen hvor man har bodd «i alle år» – selv om man ved behov skulle få omfattende hjemmebaserte tjenester fra kommunen. Eldres erfaringer med hva som skaper en trygg og god alderdom, er mangfoldige, og hvilket bo- og omsorgstilbud som vil passe best for den enkelte, vil variere. Her spiller den opprinnelige boligens tilstand og beliggenhet inn, men også den enkeltes fysiske og psykiske helse. Andre faktorer som ser ut til å spille en rolle, er tilgang på uformell omsorg fra pårørende, egne sosiale nettverk og relasjoner, samt i hvilken grad man opplever at ens samlede omsorgsbehov blir ivaretatt. Ifølge Munkejord et.al. (2018) er det nødvendig å tenke eldreomsorg og botilbud i et helhetlig perspektiv. I Trygghetspakken utviklet av blant annet SINTEF legges det til grunn at vi vil bo hjemme så lenge vi kan. Muligheten for å oppleve at det er trygt å bo hjemme, er iallfall en forutsetning for at man skal ønske det.

Pårørende kan ha tilsvarende nyttegevinster som boligeier. Det kan være de føler seg tryggere når boligen er bedre tilrettelagt, og det kan det ha en verdi for dem at familiemedlemmet kan bli boende hjemme. Det kan imidlertid også være motsatt, altså slik at pårørende opplever det som en byrde at familiemedlemmet bor hjemme fordi de er usikre på om det er trygt nok.

Videre kan verdiøkning på boligen være en potensiell gevinst for boligeier. Generelt vil et bad av nyere dato reflekteres i prisen på boligen ved salg. Det samme vil generelt være tilfellet dersom boligen utvides med ett soverom. Oppgradering av en bolig kan imidlertid også føre til redusert verdi på boligen dersom boligtiltaket er såpass spesielt tilrettelagt for nåværende boligeier at senere potensielle kjøpere vil vurdere oppgraderingen som en lite hensiktsmessig tilpasning og dermed få lavere betalingsvillighet for boligen.

3.3 Konsekvenser som tilfaller offentlige tjenestetilbydere (kommune og stat)

Basert på spørreundersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* ser vi at utbedringstiltak kan bidra til at brukeren blir mer selvhjulpen i 28 prosent av boligene hjemmesykepleieren besøker. Videre vil utbedringstiltak ifølge hjemmesykepleierne kunne redusere fallrisikoen i 34 prosent av boligene. Tiltakene vurderes også å ha en direkte effekt på hjemmetjenestens arbeidssituasjon i form av reduksjon i behovet for hjemmetjenester i 18 prosent av boligene og bedre arbeidssituasjon for hjemmetjenesten i 34 prosent av boligene. Det blir rapportert at brukeren kan fortsette å bo i nåværende bolig lenger i 30 prosent av boligene.

Når hindre i boligen utbedres kan behov for hjemmetjenester bortfalle eller reduseres fordi boligeier blir mer selvhjulpen og greier flere oppgaver selv. Videre kan behovet for hjelpemidler påvirkes. På den ene siden kan tilpasningene gjøre det enklere å bruke hjelpemidler, og kanskje derfor øke bruken av dem. På den andre siden kan behovet for hjelpemidler reduseres når boligen er mer tilrettelagt. Ett eksempel som er relevant i forbindelse med vår rapport er tilfeller der boligtiltaket samler alle funksjoner på ett plan og det ikke vil være nødvendig med trappeheis. I tillegg kan det være at bistanden fra hjemmetjenesten kan utføres mer effektivt når boligen er bedre tilpasset. Videre kan tiltakene medføre bedre arbeidssituasjon for hjemmetjenesten som igjen kan føre til økt trivsel på jobben og mindre belastningsskader og kanskje, på sikt, redusert sykefravær. Dette er gevinster som i stor grad vil tilfalle kommunen som har ansvar for hjemmetjenesten og institusjonsplasser. Redusert bruk av hjelpemidler vil tilfalle staten ettersom folketrygden dekker kostnader knyttet til hjelpemidler (innkjøp, montering og demontering).

Omtrent en tredel av eldre faller i løpet av et år, de fleste fall skjer innendørs og risikoen for fall øker med alderen, jf. Olsen, Ness og Devik (2017). I tillegg til personlige kostnader for den som faller har fall en samfunnsøkonomisk side, fordi fallet kan medføre nødvendig behandling og sykehusinnleggelse, tjenester dekket av folketrygden. Boligtiltak kan redusere fallrisikoen, men hvor mye er vanskelig å anslå. Det er veldig mye annet enn faktorer ved boligen påvirker fallsansynligheten.

Videre kan det offentlige få besparelser knyttet til redusert behov for tilpasninger i boliger i fremtiden fordi en større del av boligmassen vil være tilrettelagt. Når enkeltboliger tilpasses eldre og funksjonshemmede, vil en større andel av boligene i et område (en kommune) være tilpasset. Dette kan på sikt gi kostnadsbesparelser for kommunen fordi andre eldre senere kan overta en allerede tilpasset bolig.

Statistisk sentralbyrås framskrivninger viser at fremover vil vi bli flere eldre. Hvis andelen som må på sykehjem eller annen type institusjon holder seg som i dag, vil det dermed være behov for flere institusjonsplasser i tiden fremover, noe som medfører økte kostnader knyttet til bygging av nye institusjonsplasser eller omsorgsboliger. Dersom en større del av dagens boligmasse er tilrettelagt for at eldre og andre funksjonshemmede kan bo hjemme, vil behovet for å bygge flere sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger reduseres. Sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger finansieres dels over kommunerammen og dels gjennom statlig investeringstilskudd. Et redusert behov for plasser vil derfor gi reduserte kostnader for både stat og kommune.

3.4 Andre konsekvenser

I samfunnsøkonomiske analyser skal tiltak som finansieres over offentlige budsjetter inkludere en skattefinansieringskostnad. Det skyldes at innkreving av skatter normalt påfører økonomien et effektivitetstap. Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone og er satt av Finansdepartementet til 20 øre per krone (Rundskriv R-109/14). Det betyr at nåverdien av netto offentlige finansierte tiltak belastes med en merkostnad på 20 prosent. I vår analyse er de sentrale variablene, institusjonsplasser og hjemmetjenesten, i hovedsak finansiert av offentlig sektor (med unntak av egenandelen). Ved reduksjoner i disse utgiftene vil den faktiske besparelsen for offentlig sektor være 20 prosent høyere enn den faktiske kostnadsbesparelsen, fordi reduksjoner i utgiftene kan medføre lavere beskatning og dermed lavere effektivitetstap i økonomien.

Flere av tiltakene vi ser på kan delvis finansieres via tilskudd som forvaltes av Husbanken eller andre med mål om å øke tilpasningen av boliger (tilpasningstilskuddet, heistilskuddet mv.). I en samfunnsøkonomisk analyse skal alle reelle kostnader fremgå, uavhengig av om de er dekket av privatpersoner eller offentlig sektor. Imidlertid må en på den delen som er finansiert av offentlig sektor regne med skattefinansieringskostnaden. Ved tilskudds-finansiering bør i tillegg kommunens og ev. statens kostnader til forvaltning og administrasjon av tilskuddsordningen medregnes.

4 Eksempelberegninger

4.1 Innledning og avgrensning

I kapittel 2 har beskrevet vi noen tiltak som kan være fornuftige å gjennomføre i private boliger for å utbedre hindre blant eldre og personer med funksjonsnedsettelse. I kapittel 3 beskriver vi mulige konsekvenser som kan følge av boligtiltakene. I dette kapitlet vil vi se på kostnadene ved tiltakene opp mot gevinstene. Innenfor rammen av dette prosjektet er det ikke mulig å gjøre en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse som verdsetter alle konsekvensene. Vi vil derfor sette opp et eksempel som tar utgangspunkt i rammeverket for en samfunnsøkonomisk analyse, men som ikke inkluderer alle mulige konsekvenser. Deretter vil vi drøfte og argumentere med basis i dette før vi aggregerer eksemplet for å illustrere totale virkninger for en eksempelkommune.

I regneeksempelet ser vi bort fra nytte som boligeier og pårørende opplever som følge av boligtiltaket. For å tallfeste slik nytte må man kartlegge boligeiers betalingsvillighet knyttet til verdien av det en boligtilpassing vil medføre. For eksempel kan betalingsvilligheten for en ekstra tidsperiode i hjemmet undersøkes nærmere ved en spørreundersøkelse rettet mot eldre. Vi ser også bort fra ev. verdiøkning eller verdifall på boligen som følge av tiltaket og ev. konsekvenser knyttet til redusert (ev. økt) bruk av hjelpemidler. Endelig har vi i rapporten lagt til grunn at det er ledig kapasitet i sykehjemmene slik at vår eksempelbruker kan få en plass uten at det for kommunen er nødvendig å bygge et nytt sykehjem ev. å leie plass i en annen kommune. Hvis det ikke er ledig kapasitet belastes kommunen og staten med kostnader ut over de kostnadene vi har lagt til grunn.⁸

I eksempelberegningene fokuserer vi på kostnaden ved selve tiltaket og mulige konsekvenser knyttet til redusert behov for bistand fra hjemmetjenesten og utsatt institusjonsplass. I tillegg tar vi hensyn til at det følger skattefinansieringskostnader både med tilbud fra hjemmetjenesten og ved bruk av institusjonsplasser. Når slike utgifter reduseres, reduseres også skattefinansieringskostnaden. Hvis kostnaden ved (deler av) tiltaket finansieres av tilskudd følger det også skattefinansieringskostnader knyttet til (den delen av) tilskuddet som er finansiert av det offentlige. I vårt regneeksempel ser vi både på tilfellet der tiltakskostnaden er finansiert av boligeier og tilfellet der det offentlige dekker tiltakskostnaden ved tilskudd.

4.2 Om kostnader for institusjon og hjemmetjenester

I KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) rapporterer kommunene inn utgifter til diverse kommunale tjenester. Det er fire funksjoner i KOSTRA som til sammen dekker de samlede kostnadene kommune har til kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi kan bruke disse tallene som et utgangspunkt for å finne en gjennomsnittlig kostnad for en institusjonsplass og timekostnader for tjenester som ytes i hjemmet gjennom hjemmetjenesten.

⁸ Vi har ikke tall for kostnaden ved leie av sykehjemsplasser fra annen kommune. Ved bygging av nytt sykehjem vil kostnaden fordeles mellom kommunen og staten gjennom investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. I budsjettet for 2019 er maksimal godkjent anleggskostnad per enhet (plass) i pressområdekommuner om lag 3,8 mill. kroner og 3,3 mill. kroner i andre kommuner. I gjennomsnitt dekker staten 50 prosent av denne satsen, mens kommunen må dekke øvrige kostnader. Kommunen kan i tillegg få momskompensasjon. I investeringstilskuddet er det lagt til grunn at plasser som har fått tilskudd skal benyttes i tråd med formålet i 30 år. Kostnaden må således avskrives over 30 år.

Funksjonen 253 *Helse- og omsorgstjenester i institusjon* omfatter direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse helse- og omsorgstjenester i institusjon. Kostnader til alders- og sykehjem rapporteres her, men også kostnader til barnebolig (heldøgns omsorgsplasser for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester). I tillegg til døgnopphold inkluderer funksjonen dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, f.eks. re-/habilitering og avlastning. Funksjonen omfatter videre servicefunksjoner som husøkonom, kjøkken, kantine/kiosk, vaskeri og aktivitør. Medisinske forbruksvarer, tekniske hjelpemidler, inventar og utsyr, administrasjon og ledelse av institusjonen, inntekter fra oppholdsbetaling, utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger samt betalinger for utskrivningsklare sykehuspasienter omfattes også. Funksjonen omfatter ikke utgifter til drift og vedlikehold av institusjonslokaler, dette føres under KOSTRA-funksjon 261 *Institusjonslokaler*.

Kommunale utgifter til hjemmetjenester, herunder tjenester i omsorgsbolig, rapporteres inn på KOSTRA-funksjon 254 *Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende*. Funksjonen omfatter praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon og omsorgslønn/stønad. Dessuten omfattes helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste.

En del tjenester til hjemmeboende rapporteres også inn på KOSTRA-funksjon 234 *Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse*. Funksjonen omfatter tjenester ikke bare til eldre og personer med funksjonsnedsettelse, men også tjenester til personer med psykiske lidelser, utviklingshemming mv. Funksjonen dekker eldresentre og dagsentre for hjemmeboende og aktivitetssentre for personer med utviklingshemming mv. Aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning, rapporteres også her. Videre rapporteres andre dagaktivitetstilbud, transporttjenester, støttekontakt, matombringning, velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm, vaktmestertjenester, vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak, ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, frivillighetssentraler og frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

I 2017 var det litt over 42 000 institusjonsplasser i landet (SSB, omsorgstjenester), i all hovedsak sykehjemsplasser, men også noen aldershjem, avlastningsboliger og barneboliger.⁹ Kommunenes samlede netto driftsutgifter til institusjon var på 40 087 mill. kroner. Kommunenes samlede korrigerede brutto driftsutgifter tilsvarte 43 083 mill. kroner, mens samlede brutto driftsutgifter utgjorde 49 222 mill. kroner. Legger vi til grunn at hver type plass i gjennomsnitt koster det samme å drifte, gir dette en gjennomsnittlig netto driftskostnad per plass på om lag 953 000 kroner. Gjennomsnittlig korrigeret brutto driftsutgift per plass utgjør om lag 1 024 000 og gjennomsnittlig brutto driftsutgifter om lag 1 170 000 kroner per plass. Korrigerede brutto driftsutgifter brukes for å vise kommunens egne utgifter til tjenesteproduksjonen kommunen utfører i egen regi. Korrigerede brutto driftsutgifter tar ikke med kommunens utgifter til eksterne tjenesteleverandører, f.eks. vil utgifter til private sykehjem ikke være med i korrigerede brutto driftsutgifter. Netto driftsutgifter brukes for å beregne hvordan kommunen prioriterer å bruke ressursene sine eller hvilke brukere som får mye og hvilke som får mindre. Egenandelen som brukerne betaler utgjør differansen mellom brutto og netto utgifter. I 2017 var differansen på om lag 9,1 mrd. kroner. Det var ifølge Statistisk sentralbyrå 46 143 brukere av institusjonstjenester i 2017. Dette gir en egenandel på i snitt om lag 198 000 kroner per bruker. Egenandelen vil variere med typen opphold.

⁹ I 2017 var det 42 060 institusjonsplasser i Norge. Av disse var 39 674 sykehjemsplasser, 727 plasser i aldershjem, 385 plasser i avlastningsboliger og 274 plasser i barnebolig (SSB, omsorgstjenester).

Spredningen er imidlertid stor med hensyn til den gjennomsnittlige kostnaden i hver kommune. Ser vi kun på KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgsutgifter i institusjon, varierer netto driftsutgiftene per plass fra om lag 400 000 kroner til om lag 1 750 000 kroner i 2017. Bakgrunnen for den store variasjonen kan skyldes at kommunene bruker plassene svært forskjellig. I enkelte kommuner bor innbyggerne i utgangspunktet så spredt at det er hensiktsmessig å samle dem på et sykehjem. I andre kommuner bor man såpass tett i utgangspunktet at tjenester lettere gis kan i bruker eget hjem. Enkelte kommuner satser også stort på omsorgsboliger og bruker sykehjem for de tyngste brukerne. Det betyr at besparelsen for en kommune ved utsatt innleggelse (innflytting) i institusjon, vil variere mye fra kommune til kommune.

Tilsvarende utgjorde netto driftsutgifter til hjemmetjenester 51 093 mill. kroner i alle kommuner i 2017. Korrigerte brutto driftsutgifter utgjorde 56 917 mill. kroner og brutto driftsutgifter 63 477 mill. kroner. Til sammen var det 189 520 mottakere av bare praktisk bistand, bare hjemmesykepleie og både praktisk bistand og hjemmesykepleie, mens det var 240 210 brukere av hjemmetjenester totalt sett. Dette gir en netto utgift per bruker på om lag 212 000 kroner. Tilsvarende i brutto og korrigert brutto er om lag 266 000 kroner og om lag 237 000 kroner per bruker.

Også for tjenester til hjemmeboende er spennet stor. Ser vi på netto driftsutgifter til hjemmeboende (KOSTRA-funksjon 254) opp mot antall brukere av hjemmetjenester, varierer kostnaden per bruker fra om lag 20 000 kroner i en kommune til om lag 600 000 kroner i en annen kommune.

Gjennomsnittlig kostnad for institusjonsplass basert på innrapporterte tall i KOSTRA, er et godt utgangspunkt for å fastslå hva det koster en kommune at en bruker flytter inn på institusjon forutsatt kapasitet. Dersom det ikke finnes ledig kapasitet, må imidlertid også investeringskostnader innlemmes i beregningen.

For hjemmetjenester er det relevant å kunne oppgi kostnadene i timer. En tilnærming vil være å anslå kostnadene ved et årsverk i hjemmetjenesten. I dette regnestykket må det hensyntas flere ting, for eksempel ulike profesjoners avlønning og antall timer et årsverk utgjør i brukerrettet tid. En annen tilnærming til begge spørsmål, ev. kun til spørsmålet om kostnader i hjemmetjenesten, er å benytte enhetskostnadene som er utviklet i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester. Målsettingen for arbeidet med å utarbeide felles enhetspriser, som skal gjelde for kommunene i forsøket, har vært å treffe et nivå som totalt sett skal tilsvare et gjennomsnitt av gjeldende kostnader i kommunene (Hdir 2015).

Årslønnskostnad varierer noe mellom kommuner, også for medarbeidere med samme stillingsinnhold og formelle utdanning. Dette henger dels sammen med forhold utenfor kommunens kontroll, og dels med forhold innenfor kommunens kontroll. Årslønnskostnader for medarbeidere i omsorgstjenestene kan variere fordi kommuner stiller ulike krav til formal- og realkompetanse hos medarbeidere for like/tilsvarende funksjoner/stillingsinnhold. For eksempel kan en kommune stille krav til videreutdanning ut over 3-årig høyskoleutdanning, mens en annen kommune ikke har dette kravet for samme stillingsinnhold. Det ekstra kravet kan være satt ut fra krav og forventninger til oppgaveløsning eller tilgangen til kompetansen i det lokale arbeidsmarkedet. Forskjeller i årslønnskostnad som er knyttet til særskilte krav til formal- eller realkompetanse i en forsøkskommune, er ikke tatt hensyn til i prismodellen/enhetsprisene.

Arbeidsgiveravgift er en avgift som arbeidsgivere må betale for sine ansatte som en del av finansieringen av folketrygden. Avgiften er regionalt differensiert. De enkelte kommunene er plassert i ulike soner med tilhørende differensierte avgiftssatser. Avgiften betales av lønn og annen avgiftspliktig godtgjørelse for

arbeid og oppdrag i og utenfor tjenesteforhold. Avgiftssatsene fastsettes av Stortinget hvert år. Ordinær sats er 14,1 prosent av grunnlaget (Sone I). Enhetsprisene i prismodellen er i utgangspunktet beregnet med ordinær sats for arbeidsgiveravgift, og deretter gitt et fratrekk ut fra sone/sats (Sone II-V).

For tjenester som utføres i brukers opprinnelige bolig er reisetid en betydelig kostnadsdriver som skal dekkes gjennom enhetsprisene. For å dekke merkostnader for lang reisetid er det derfor benyttet statistikk for innbyggernes gjennomsnittlige reisetid til kommunesenter og innbyggernes gjennomsnittlige reiseavstand til sitt sonesenter.

Kommuner som kompenseres etter normal sats er definert som kommuner som har en reisetid under 10 minutter til kommunesenter. Det legges til grunn i timeprisberegningen at andel direkte brukertid ligger på 50 - 100 prosent avhengig av tjenesten som utføres, tid på døgnet og hvor tjenesten utføres.

I finansieringsmodellen for forsøket er oppgitte priser i 2014-kroner. Prisene som er oppgitt er nettopriser, altså den reelle kostnaden for kommunen etter at egenbetalingen er trukket fra. I tråd med Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kan kommunen ta egenandel for langtidsopphold. Egenandelen må ikke overstige de reelle oppholdsutgiftene. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på kroner 8 200 per år, kan det kreves betalt 75 prosent årlig. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent

Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av egenandel og betalingssetser for praktisk bistand og opplæring som ikke er til personlig stell og egenomsorg. Det kan ikke tas egenandel for helsetjenester i hjemmet. Mulighetene for å kreve egenandel er altså av betydning for hva tjenestene koster kommunen. Av den grunn er netto driftsutgifter/priser den beste inngangen for å anslå kommunens kostnader ved institusjonstjenester og ulike typer hjemmetjenester.

Tabell 4.1 viser timespriser for helsetjenester og praktisk bistand samt nettokostnad for langtidsopphold på institusjon som er brukt i forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenester.¹⁰ Tabellen viser også netto årlige kostnader (egenandel ikke inkludert) for langtidsopphold på institusjon fordelt på plasser kommunen drifter selv og plasser kommunene kjøper.

¹⁰ Det finnes ikke nasjonal statistikk som viser hvor mye av tiden som medgår til direkte brukertid (som bistand til egenmestring, treng og opptrening, tilberedning av måltid, medisinhåndtering, sårstell, sosial inkludering, hjelp til personlig pleie) og indirekte brukertid (som planlegging, rapportering, samhandling, samarbeid med pårørende reise til/fra bruker og base og opplæring/kompetanseheving). I forsøket er det lagt til grunn i timeprisberegningen at andel direkte brukertid ligger på 50-100 prosent avhengig av tjenesten som utføres, tid på døgnet og hvor tjenesten utføres. En vedtakstime omfatter altså både indirekte og direkte brukertid. For tjenester betyr ambulering at tjenesten ytes i brukers opprinnelige hjem. For tjenestemottakere i institusjoner dekkes alle utgifter beboeren har, mens tjenestemottakere i eget hjem eller omsorgsbolig må selv dekke boutgifter (lån, husleie), mat, legeutgifter og andre utgifter som følger med å bo i egen bolig.

Tabell 4.1 Timespriser per vedtakstime for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand i brukers eget hjem (ambulerende) fordelt på dag/ kveld og natt. Netto årlig kostnad for langtidsopphold på institusjon. 2014-priser

| Tjeneste | Netto priser per vedtakstime (arbeidsgiveravgift sone 1, reisetid-gruppe 1) | | | Muligheten for å kreve egenandel |
|---|---|-----------|----------------|----------------------------------|
| Helsetjenester i hjemmet | Ambulerende | Dag/kveld | 659 kroner | Nei |
| | Ambulerende | Natt | 931 kroner | Nei |
| Praktisk bistand - daglig gjøremål | Ambulerende | Dag/kveld | 452 kroner | Delvis |
| | Ambulerende | Natt | 828 kroner | Delvis |
| Langtidsopphold – institusjon – ordinær sykehjemsplass AGA sone 1 | Kommunen eier plassen | | 763 387 kroner | Ja |
| | Kjøp av plass | | 791 326 kroner | Ja |

Kilde: Hdir (2015)

En mulig tilnærming er altså å legge til grunn netto driftsutgifter på drøye 763 000 2014-kroner for en ordinær sykehjemsplass til erstatning for hjemmetjenester. Dette utgjør om lag 840 000 kroner i 2018, da justert for årlig lønnsvekst for ansatte innen helse- og sosialtjenester.¹¹ En ordinær langtidsplass har en lavere enhetspris enn avlastningsplasser og plasser i skjermet/tilrettelagt enhet.

For en time hjemmetjenester i brukers eget hjem benyttes prisene for ambulerende tjenester. Ifølge tall fra KOSTRA for timesfordelt mottak av hjemmesykepleie ser vi at ulike aldersgrupper får ulik type bistand. Aldersgruppen 67-79 får flere timer med praktisk bistand enn aldersgruppene 80-89 og 90 år og eldre. I gjennomsnitt mottar gruppen 67 år og eldre om lag 25 prosent av timene fra hjemmetjenesten til praktisk bistand og 75 prosent som helsetjenester. Der er ikke et helt klart skille mellom praktisk bistand og helsetjenester, og det er grunn til å tro at kommunenes rapportering kan avvike noe. Vi legger likevel timefordelingen 25 prosent praktisk bistand og 75 prosent helsetjeneste til grunn. Vi legger til grunn at de aller fleste primært får tjenester om dag og kveld og bruker derfor denne satsen for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Da blir enhetsprisen for en time «hjemmetjenester» 607 2104-kroner. I 2018 utgjør dette en netto timespris på 668 kroner.

Vi legger altså til grunn en timelønn for hjemmetjenesten på 668 kroner per time. Oxford Research (2016a) bruker effektiv timelønn for hjemmesykepleiere satt til 829 kroner basert på en rapport fra NHO Service. Proba (2014) anslår 900 kroner per time for hjemmesykepleien og halvparten, dvs. 450 kroner per time, for praktisk bistand. Vista Analyse (2018) estimerer kostnadene per brukerrettet time (tilsvarer vedtakstime i forsøket) i hjemmesykepleien til å ligge mellom 660 kroner og 1 221 kroner per time der variasjonen følger av forskjeller i ansiennitet og andelen årsverket som er brukerretnede timer. Helse- og omsorgsarbeidere i hjemmetjenestene er estimert med lavere kostnader, mens praktisk bistand fra ufaglærte helse- og omsorgsarbeidere er estimert til 400 kroner timen. Det er ikke så store avvik i tallene, men vi mener tallgrunnlaget basert på forsøk med statlig finansiering av hjemmetjenester er det beste å bruke. Det er i tråd med god utredningspraksis å legge konservative anslag til grunn. Kostnadstallene fra forsøkene fra den statlige finansieringsordningen representerer sånn sett konservative kostnadsanslag.

¹¹ Statistisk sentralbyrå, årslønn for ansatte etter næring. For 2018 er det lagt til grunn et gjennomsnitt av årslønnsveksten for 2015, 2016 og 2017.

4.3 Eksempel-beregninger

Eksempel A - basiseksemplet

Se for deg en bolig med bad i andre etasje. Personen som bor der i dag klarer å gå opp trappen, men trenger noe hjelp til stell på badet, anslagsvis satt til 1,7 timer per uke som er gjennomsnittlig tall for bistand fra hjemmetjenesten for personer over 67 år med noe/ avgrenset bistandsbehov i 2017 (Statistisk sentralbyrå, pleie- og omsorgsstatistikk). Boligeier ser at han på sikt ikke vil klare å gå opp trappen alene. Hvis han skal bli boende i huset slik det er, vil han på sikt trenge hjelp til toalettbesøk samt daglig stell og dusjing på badet. Han kan bo hjemme i noen år, eksempelvis satt til 2 år, og vil i denne perioden trenge mer stell enn tidligere. Antall timer er satt til 16,3 timer per uke som er gjennomsnittlig tall for bistand fra hjemmetjenesten for personer over 67 år med omfattende bistandsbehov i 2017. Etter dette blir han såpass dårlig at han må på sykehjem. Gjennomsnittlig opphold på sykehjem for beboere som avslutter sykehjemsoppholdet pga. død er to år (Hdir 2017). Det legges til grunn at vår eksempelperson bor på sykehjem i to år før han dør. Vi bruker dette forløpet som referansealternativ.

I tiltaksalternativet velger bruker å bygge et nytt bad i første etasje. Kostnaden ved dette er satt til 250 000 kroner inkl. merverdiavgift, se avsnitt 2.3. Med et nytt bad vil bruker fortsatt trenge noe stell det første året, satt til 1,7 timer per uke, tilsvarende som i referansealternativet. De neste årene vil han på grunn av det oppgraderte badet kunne ordne toalettbesøk selv og vil trenge mindre hjelp til dusjing og stell. Tid til hjelp per uke i denne perioden er satt til 4,8 timer, som tilsvarer gjennomsnittlig timeantall for brukere med middels hjelpebehov over 67 år. De to siste årene antar vi at han vil trenge omfattende bistand satt til 16,3 timer per uke.¹²

Tabell 4.2 viser forløpet i de to alternativene (referansealternativ og tiltaksalternativ) med tilhørende kostnader. Vi kaller dette eksemplet A ettersom vi senere vil regne på andre eksempler. Timespris for hjemmetjenesten og kostnad ved institusjonsplass er fastsatt som beskrevet i avsnitt 4.2. Vi ser bort ifra egenandelen ved institusjonsplass, fordi denne har sitt motstykke i at personen ville hatt utgifter til kost og losji hvis personen fortsatte å bo hjemme.¹³ Kostnaden ved tiltaket er som anslått i 2.3, men ekskl. merverdiavgift. I tillegg har vi medregnet skattefinansieringskostnaden på 20 prosent for hjemmetjenester og kommunens andel av kostnadene til institusjonsplass. Kalkulasjonsrenten er satt til 4 prosent i tråd med rundskriv R-109/2014.

¹² Det er med andre ord antatt at bruker bor hjemme helt til han dør. Det kan være at bruker i siste leveperiode vil trenge noe mer hjelp og tilsyn enn 16,3 timer per uke. På den annen side er gjennomsnittlig tall på antall timer bistand til personer som er 90 år eller eldre 14,8 timer, altså lavere enn 16,3. Vi har ikke funnet anslag for ev. ekstra pleie i siste leveperiode og tidsrommet denne perioden strekker seg over, og har dermed ikke lagt inn slik pleie i regnestykket.

¹³ I en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse skulle begge kostnadene vært medregnet. Her antar vi for enkelhetens skyld implisitt at kostnadene i de to alternativene er like.

Tabell 4.2 Eksempel A. Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ*

| År | Referansealternativ | | | Tiltaksalternativ | | |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste, årlig kostnad | Institusjonsplass el. | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste årlig kostnad | Kostnad ved tiltak ekskl. mva |
| 0 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | 200 000 |
| 1 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 2 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 3 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| 4 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| NNV | | 1 350 000 | 1 760 000 | | 1 630 000 | 200 000 |
| Sum NNV | 3 110 000 | | | 1 830 000 | | |

*Kostandene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.

Kilde: Vista Analyse

Differansen i netto nåverdi (NNV) mellom referanse- og tiltaksalternativ er om lag 1,3 mill. kroner og representerer gevinsten ved at tiltaket gjennomføres. Vi kan slå fast at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt gitt at ikke andre konsekvenser som vi ikke har prissatt, utgjør mer enn 1,3 mill. kroner i ekstra kostnader i tiltaksalternativet. Konsekvensene vi ikke har prissatt er i all hovedsak konsekvenser som gir økt nytte i tiltaksalternativet. Gevinst for boligeier og pårørende knyttet til at boligeier kan bo lenger hjemme og redusert sannsynlighet for fallulykker og dermed tilhørende kostnader, bidrar til å gjøre tiltaksalternativet enda mer attraktivt. Tilsvarende vil det være for gevinster knyttet til redusert bruk av hjelpemidler, mindre belastningsskader hos hjemmetjenesten og verdiøkning på boligen. Dersom det ikke er ledig kapasitet på institusjon vil det også påløpe ekstra kostnader for kommune og stat.

Konklusjonene fra regneeksemplet står og faller på sammenhengen mellom tiltaket og de påfølgende konsekvensene med redusert bistandsbehov og bortfall av behov for institusjonsplass. Det er ikke gitt at sammenhengene er slik som vi har lagt til grunn i eksemplet. Som tabellen viser er store besparelser knyttet til redusert behov for bistand fra hjemmetjenesten i de første to årene etter at tiltaket er gjennomført. Tabellen viser at redusert behov for hjemmetjenester fra omfattende til middels omsorgsbehov gir en årlig besparelse på om lag 480 000.¹⁴ Videre er kostnaden ved en institusjonsplass de siste to årene vesentlig høyere enn kostnaden ved å bo hjemme og motta bistand fra hjemmetjenesten, selv for personer som har omfattende omsorgsbehov som vi har lagt til grunn. Tabellen viser at den årlige besparelsen er om lag 330 000 kroner.¹⁵ I avsnitt 4.4 har vi synliggjort hvordan gevinsten fordeler seg mellom ulike aktører (boligeier, kommunen og staten).

¹⁴ Denne besparelsen inkluderer en negativ skattefinansieringskostnad på 80 000 kroner.

¹⁵ Også denne besparelsen inkluderer en negativ skattefinansieringskostnad, her på 30 000 kroner.

Regneeksempelet bekrefter det vi vet fra tidligere arbeider om at institusjonsplass er svært dyrt og at det er rom for betydelig bistand fra hjemmetjenesten før en institusjonsplass framstår som lønnsom fra samfunnets ståsted, men også sett fra kommunens perspektiv.¹⁶ Videre viser eksemplet at det også er mye å spare på tiltak som kan redusere behovet for bistand fra hjemmetjenesten. Totalt er besparelsene såpass store at selve kostnaden ved tiltaket har mindre å si for resultatet av beregningene. Tiltaket kunne i prinsippet vært opp mot 1,3 mill. kroner dyrere, og likevel ville det fra samfunnets ståsted vært lønnsomt å gjennomføre gitt våre forutsetninger i eksemplet. Når vi i eksemplet har valgt det dyreste tiltaket blant de vi har skissert i kapittel 2, er det klart at det ville vært rom for også å velge langt billigere tiltak.

Hva hvis boligeier flyttet til omsorgsbolig istedenfor institusjon?

Kommuner benytter både sykehjem og omsorgsboliger. Noen kommuner satser mer på den ene boligtypen enn den andre. Andre kommuner benytter begge former. I enkelte omsorgsboliger gis det et heldøgns tilbud jf. blant annet kravene for å kunne få investeringstilskudd fra staten, mens andre omsorgsboliger ikke anses å ha beboere som får et heldøgns tilbud. I noen boliger bor det eldre, i andre yngre som kan ha andre tilbud som inngår innenfor «heldøgnsstilbudet». Dette kan være skole, tilrettelagt arbeid mv. Tjenestetilbudet til den enkelte beboer i omsorgsbolig kan altså være veldig forskjellig.

I KOSTRA finnes det ikke en egen funksjon som dekker utgifter kommunene har til beboere i omsorgsboliger. I KOSTRA vil tjenester som gis i omsorgsboliger registreres som hjemmetjenester. Det skilles altså ikke mellom utgifter til helsetjenester og praktisk bistand gitt i brukeres opprinnelige hjem og i omsorgsboliger. Også av den grunn er det svært krevende å anslå hva de kommunale kostnadene for tjenester gitt i omsorgsboliger er.

I noen sammenhenger er det lagt til grunn at kostnaden for kommuner ved bruk av omsorgsbolig er langt lavere enn ved bruk av institusjon, f.eks. legger Probas (2014) til grunn at kostnaden ved en omsorgsbolig er om lag halvparten av utgiftene til en institusjonsplass (sykehjem).

I 2017 var det 44 529 beboere i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, mens det var 37 733 brukere på langtidsopphold i institusjon (Statistisk sentralbyrå, omsorgstjenester). Av dem som bodde i omsorgsbolig hadde 23 761 beboere fast tilknyttet bemanning hele døgnet. I statistikken fra Statistisk sentralbyrå er det som nevnt ikke skilt ut hvor mye av helseutgiftene som er knyttet til beboerne i omsorgsboliger, da disse regnes inn under hjemmetjenester. I forsøk med statlig finansiering er det likevel utarbeidet egne priser for helsetjenester og praktisk bistand i omsorgsboliger. Hva kostnaden vil bli for den enkelte beboer vil være avhengig av hvor mange timer tjenester den enkelte mottar. I omsorgsboliger tar kommunen husleie. Dersom vi legger til grunn at husleien dekker alle ordinære driftsutgifter i boligen, er det utgiftene til praktisk bistand og helsetjenester som gjenstår og som må dekkes av helse- og omsorgstjenesten i kommunen og gjennom noe egenbetaling. Kostnaden for den enkelte bruker vil avhenge av timetallet vedkommende får. Presumptivt kan en anta at tjenesteomfanget i omsorgsboliger varierer mer enn i sykehjem, fordi ikke alle i omsorgsboliger har heldøgns omsorgsbehov. Vi har ingen holdepunkter for å legge til grunn noe konkret om dette uten å gå nærmere inn i tallgrunnlaget. Beregningene inneholder derfor ikke eksempler der omsorgsbolig er et alternativ til institusjon.

¹⁶ I eksemplet har vi brukt gjennomsnittlige kostnader for kommunen per institusjonsplass. Som teksten i 4.2 viser varierer denne betydelig mellom kommuner.

Hva hvis hele eller deler av tiltakskostnaden ble finansiert av tilskudd?

Som nevnt kan flere av tiltakene vi ser på delvis eller helt finansieres via tilskudd som forvaltes av Husbanken eller andre med mål om å øke tilpasningen av boliger (tilpasningstilskuddet, heistilskuddet mv.). I en samfunnsøkonomisk analyse må en for den delen av tilskuddet som dekkes av offentlig sektor inkludere skattefinansieringskostnaden. Det betyr lite for det totale regnestykket å inkludere skattefinansieringskostnaden forbundet med et ev. tilskudd. Differansen i netto nåverdi mellom referanse- og tiltaksalternativ vil reduseres med 40 000 kroner (20 prosent av tiltakskostnaden), fra 1,28 mill. kroner til 1,24 mill. kroner. I en samfunnsøkonomisk analyse skal i tillegg kostnader kommunen og ev. staten har til å administrere tilskuddsordningen inkluderes. Det vil likevel bli snakk om såpass lave summer at tiltaket fortsatt vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Hva hvis boligeier bor i distriktet og hjemmetjenesten har lenger reisevei?

I forsøk med statlig finansiering er kommunene inndelt i 4 forskjellige grupper avhengig reisetiden til bruker. Det er 326 kommuner som befinner seg innenfor gruppe 1, hhv. 58 og 34 kommuner i gruppe 2 og 3 og 10 kommuner i gruppe 4.

Kommuner som kompenseres etter normal sats (gruppe 1) er definert som kommuner som har en reisetid under 10 minutter til kommunesenteret. For disse er det beregnet at 20 prosent av arbeidstiden medgår til reise for helsetjenester. Deretter beregnes det at hhv. 27,5 prosent og 35 prosent av arbeidstiden medgår til reise for kommuner som har over 10 minutters reisetid til kommunesentret (gruppe 2) og opp til 25 km til sonesenter (gruppe 3). Kommuner som har over 25 km til sonesenter (gruppe 4) har også en reisetid på over 15 minutter. For disse kommunene er beregnet at 40 prosent av tiden medgår til reise, dvs. dobbelt så lang reisetid sammenliknet med kommuner i gruppe 1. Det gjør at timesprisen er høyere i gruppe 2-4 enn i gruppe 1.

Tabell 4.3 viser timesprisene i de tre øvrige gruppene i forsøket i 2018-priser. Den siste linjen i tabellen viser en gjennomsnittlig timespris basert på våre forutsetninger om praktisk bistand vs. hjemmesykepleie, på samme måte som det er gjort for gruppe 1 tidligere i rapporten. Vi ser at timesatsen i gruppe 4 ligger i underkant av 300 kroner høyere enn i gruppe 1. Det reflekterer at lengre reisevei medfører økte kostnader for kommunene når de skal tilby hjemmetjenester.

Tabell 4.3 Kostnad per vedtakstime i kommuner med lengre reisetid. Arbeidsgiveravgift sone 1, dag/kveld, 2018-priser

| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 | Gruppe 4 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|
| Helsetjenester | 725 | 822 | 951 | 1064 |
| Praktisk bistand | 497 | 536 | 581 | 616 |
| Snitt (75/25 pst) | 668 | 751 | 858 | 952 |

Kilde: Vista Analyse basert på Hdir (2015)

Våre beregninger viser at selv for kommuner i gruppe 4 vil differansen i netto nåverdi (NNV) mellom referanse- og tiltaksalternativ være positiv, men noe redusert sammenliknet med eksempel A, nå om lag 1,16 mill. kroner. Selv i kommuner der reiseveien er lang vil det i vårt eksempel lønne seg å legge til rette for at det gjennomføres tiltak i private hjem slik at eldre kan greie seg mer selv og bo lenger hjemme.

Hva hvis boligeier gjennomfører tiltaket tidligere? Og virkningene blir mindre? Eksempel B, C og D

I Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* inngår planlegging av egen alderdom som et av fem tiltak innenfor nasjonalt program for å skape et aldersvennlig Norge. Kampanjen skal ha en boligdel. I meldingen heter det: «Sett opp mot de demografiske utfordringer vi står overfor i årene som kommer, vil tilrettelegging av egen bolig derfor være et av de viktigste tiltak hver og en av oss kan bidra med, for å sikre gode omgivelser å bli gamle i».

Tidsperspektivet er sentralt når vi skal sette opp relevante eksempler. I rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* lanserer vi flere mulige teorier for hva som hindrer eldre i selv å ta ansvar for egen boligsituasjon basert på intervjuene vi gjennomførte med hjemmetjenesten. En teori er at boligeiere ikke kjenner mulighetene og begynner å «tenke bolig» for sent. Mange eldre orker ikke, synes det blir styrete mv. og ser ikke at disse kostnadene veier opp for gevinstene som tilfaller han/ henne, nemlig gleden ved å klare seg mer selv og kanskje bo hjemme lenger. For en eldre boligeier som ikke har så lenge igjen å leve vil også tidsperioden med glede av tiltaket være kortere. Hvis tiltaket gjennomføres tidligere vil det fremstå som mindre lønnsomt fordi kostnaden kommer i dag, mens gevinsten (reduert behov for hjemmehjelp og utsatt ev. bortfall av sykehjem) skyves fremover i tid. Behovet for et tilrettelagt bad kan også oppstå brått, som følge av fall, slag eller liknende som fører til en plutselig reduksjon i personens fysiske tilstand. Det er mulig å være føre var med å tenke boligtiltak når man nærmer seg en alder med høyere risiko for signifikant funksjonsnedsettelse, men det krever en bevissthet rundt problemstillingen.

Vi har sett på tre versjoner av eksempel A der boligeier er «føre var» pusser opp badet fem år før det økte bistandsbehovet fra hjemmetjenesten inntreffer. Når avstanden øker mellom tidspunktet for når tiltaket gjennomføres og når gevinstene kommer i form av redusert bistandsbehov, får tiltakskostnaden relativt større betydning, men den er fortsatt svært liten sammenliknet med gevinsten ved at tiltaket gjennomføres.

Eksempel B: som i eksempel A med unntak av at tiltaket gjennomføres fem år før det økte behovet for hjemmetjenester oppstår. Deretter følger scenariet i regneeksempel A, dvs. tiltaket fører til redusert behov for hjemmetjenester i år 6 og 7 og at personen unngår å måtte flytte til institusjon i år 8 og 9.

I to neste eksemplene har vi i tillegg tatt høyde for at tiltaket kan ha mindre effekt og at hjelpebehovet kan øke av andre årsaker enn det fysiske som kan bøtes på av boligtiltak. I eksempel C og D under er det derfor mindre forskjell på hjelpebehovet i referansealternativet og tiltaksalternativet.

Eksempel C: Tiltaket gjennomføres fem år før det økte behovet oppstår. Tiltaket reduserer behovet for hjemmetjenester kun ett år og utsetter flyttebehovet ett år, i stedet for to år som i alternativ B.

Eksempel D: Tiltaket gjennomføres fem år før det økte behovet oppstår. Tiltaket reduserer behovet for hjemmetjenester i ett år, men påvirker ikke flyttebehovet. Personen blir boende hjemme til det siste, både i referansealternativet og i tiltaksalternativet.

Tabeller for eksempel B-C som er tilsvarende Tabell 4.2 for eksempel A finnes i vedlegg A. Tabellene viser at alle eksemplene er samfunnsøkonomisk lønnsomme. I eksempel B reduseres gevinsten ved tiltaket (differansen mellom NNV i referanse- og tiltaksalternativ) noe, til drøyt 1 mill. kroner. I eksempel C der tiltaket reduserer behovet for hjemmetjenester kun i ett år og utsetter flyttebehovet i ett år reduseres gevinsten ved tiltaket til drøyt 400 000 kroner. I eksempel D der tiltaket reduserer behovet for

hjemmetjenester i ett år, men ikke påvirker flyttebehovet, er gevinsten ved tiltaket redusert til om lag 180 000 kroner.

4.4 Hvordan fordeler gevinstene seg mellom boligeier, kommune og stat

Tabell 4.4 synliggjør gevinsten ved eksemplene A-D representert som differansen i netto nåverdi mellom referanse- og tiltaksalternativ og hvordan gevinsten fordeler seg på boligeier, kommunen og staten. Den totale besparelsen som følger av reduserte kostnader til hjemmetjenester og institusjon deles av kommunen og staten fordi staten får gevinsten knyttet til lavere skattefinansieringskostnader.

For eksempel A er gevinsten 1,3 mill. kroner. Denne fordeler seg på boligeier som må betale for tiltaket og får en «negativ gevinst» (-250 000 kroner inkl. mva), kommunen som til sammen får reduserte utgifter til hjemmetjeneste og institusjon (1 460 000 - 230 000 kroner) og staten i form av reduserte skattefinansieringskostnader (300 000 kroner). Oppsettet for eksempel B-D er tilsvarende.

Vi ser igjen at alle eksemplene er samfunnsøkonomisk lønnsomme og gir kommunen gevinster, dog i avtakende grad. Selv i eksempel D der tiltaket kun fører til ett år med redusert behov for hjemmetjenester fra omfattende til middels omsorgsbehov (som anslagsvis gir en besparelse på 310 000 kroner for kommunen, pluss 110 000 kroner i skattefinansieringskostnad), er tiltaket være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Tabell 4.4 Gevinst ved tiltak (differanse i NNV mellom referanse- og tiltaksalternativ) i eksempel A-D og synliggjøring av hvilke aktører gevinsten tilfaller*

| | Kostnader ved tiltak og gevinst | Kostnad ved tiltak inkl. mva (boligeier) | Hjemmetjeneste (kommunen) | Institusjonsplass e.l. (kommunen) | Skattefinansieringskostnad, fratrukket mva. |
|-----------------------|---------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Eksempel A | | | | | |
| Ref. (5 år) | 3 110 000 | - | 1 130 000 | 1 460 000 | 520 000 |
| Tiltaksalt. (5 år) | 1 830 000 | 250 000 | 1 360 000 | - | 220 000 |
| Differanse NNV | 1 280 000 | -250 000 | -230 000 | 1 460 000 | 300 000 |
| Eksempel B | | | | | |
| Ref. (10 år) | 2 880 000 | - | 1 200 000 | 1 200 000 | 480 000 |
| Tiltaksalt. (10 år) | 1 870 000 | 250 000 | 1 390 000 | - | 230 000 |
| Differanse NNV | 1 010 000 | -250 000 | -190 000 | 1 200 000 | 250 000 |
| Eksempel C | | | | | |
| Ref. (10 år) | 2 640 000 | - | 1 610 000 | 590 000 | 440 000 |
| Tiltaksalt. (10 år) | 2 230 000 | 250 000 | 1 700 000 | - | 290 000 |
| Differanse NNV | 410 000 | -250 000 | -90 000 | 590 000 | 150 000 |
| Eksempel D | | | | | |
| Ref. (10 år) | 2 410 000 | - | 2 010 000 | - | 400 000 |
| Tiltaksalt. (10 år) | 2 230 000 | 250 000 | 1 700 000 | - | 290 000 |
| Differanse NNV | 180 000 | -250 000 | 310 000 | - | 110 000 |

*Avvik skyldes avrundinger. Kostandene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.

Kilde: Vista Analyse

4.5 Betydningen for en eksempelkommune av flere boligtiltak

I forbindelse med rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* sendte vi en spørreundersøkelse til hjemmetjenesten i alle kommuner. Ifølge hjemmetjenestens vurderinger av hver enkelt av boligene de besøkte den dagen, kan boligtiltak utsette flyttebehovet for brukere i ca. 30 prosent av boligene hjemmetjenesten besøker. Videre vurderes ombygging av badet som et relevant tiltak i over to tredeler av boligene i utvalget vårt, som indikerer at det er relevant for minimum 20 prosent av boligene hjemmetjenesten besøker.¹⁷ I 2017 var det i underkant av 190 000 personer som mottok hjemmetjenester i Norge, jf. Tabell 4.5. Hvis ombygging av bad vil hjelpe i 20 prosent av boligene hjemmetjenesten besøker, så tilsvarer det ca. 38 000 boliger på landsbasis.

I dette avsnittet illustreres den potensielle betydningen for en eksempelkommune av at flere av innbyggerne gjennomfører boligtiltak. En kommune på 5 000 innbyggere, med et gjennomsnittlig antall mottakere av hjemmetjenester, har ca. 180 mottakere, jf. Tabell 4.5. Hvis vi følger resonnetet over, vil ombygging av bad hjelpe hos 36 av disse mottakerne (20 prosent). Vi vet imidlertid ikke hvor mye flyttebehovet utsettes og behovet for hjemmetjenester reduseres. Videre er det lite sannsynlig at samtlige av disse mottakere vil være villig til å gjennomføre boligtiltak.

Tabell 4.5 Mottakere av hjemmetjenester, 2017

| | Hele Norge | Eksempelkommune med 5 000 innbyggere* |
|---------------|----------------|---------------------------------------|
| Under 50 år | 49 746 | 50 |
| 50-66 år | 32 207 | 30 |
| 67-79 år | 37 444 | 35 |
| 80-89 år | 48 406 | 45 |
| 90 år og over | 21 717 | 20 |
| I alt | 189 520 | 180 |

*Beregnet basert på antall på landsbasis

Kilde: Statistisk sentralbyrå, omsorgstjenester

Dersom boligtiltak ble gjennomført i 10 av boligene og tiltakseffekten tilsvarte regneeksempel A, ville dette gitt kommunen en besparelse på 12,3 mill. kroner i netto nåverdi. En tiltakseffekt tilsvarende regneeksempel D ville gitt kommunen en besparelse på 3,1 mill. kroner i netto nåverdi. I begge tilfeller vil boligeiernes kostnader bli 2,5 mill. inkl. mva. til sammen (250 000 kroner per boligeier). Dette indikerer at selv med en moderat tiltakseffekt hos noen få mottakere av hjemmetjenester, vil det være lønnsomt for kommuner å bruke ressurser på å identifisere hvilke mottakere som ville ha mest glede av boligtiltak, samt hjelpe disse til å gjennomføre tiltakene.

Imidlertid vil kostnaden av boligtiltaket, samt kommunens administrative utgifter dersom de skal drive oppsøkende virksomhet for å stimulere flere til å gjennomføre boligtiltak, påløpe før kostnadsbesparelsene. Dessuten vil besparelsen i hvert enkelt tilfelle være usikker. Basert på intervjuer med hjemmetjenesten og spørreundersøkelsen ut til hjemmetjenesten er vår vurdering at det sannsynligvis er potensielle for kostnadsreduksjoner for kommuner som klarer å identifisere de mottakerne der potensialet er størst og stimulere/veileder disse, slik at det gjennomføres boligtiltak som kan gjøre personen mer selvhjulpne i en kommende situasjon med økt hjelpebehov.

¹⁷ Utvalget vårt består av 30 prosent av boligene som respondentene fra hjemmetjenesten hadde besøkt den dagen. ($0.67 \cdot 0.30 = 0.20$). Spørreundersøkelsen gikk til alle landets kommuner og rettet seg mot de ansatte som arbeider med praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie.

Her har vi lagt vekt på eksempelet med at boligtiltak knyttet til badet kan føre til brukeren kan fortsette å bo i nåværende bolig lenger. Basert på spørreundersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* ser vi også at utbedringstiltak kunne redusere fallrisikoen hos 34 prosent av brukerne. Videre vurderes boligtiltak også å ha en direkte effekt på hjemmetjenestens arbeidssituasjon i form av bedre arbeidssituasjon for hjemmetjenesten i 34 prosent av boligene. Slike gevinster er ikke inkludert i våre eksempelberegninger.

Referanser

- Hdir (2015). *Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene*. Rapport IS-2392.
- Hdir (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. Analysenotat 02/17. SAMDATA Kommune. Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Publikasjonskode: I-1170.
- Husbanken (2018). *Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg*. Se <https://www.veivise-ren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg>.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*.
- Munkejord, C. M., Eggebø, H. og Schönfelder, W. (2018). *Hjemme best? En tematisk analyse av eldre fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem*. Tidsskrift for omsorgsforskning. 4. 16-26. 10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03.
- Olsen, R. M., Ness M. N. og Devik, S. A. (2017). *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. Senter for omsorgsforskning*. Oppsummering nr 6. Juni 2017.
- Oxford Research (2016a). *Evaluering av tilskudd til tilstandsvurdering og etterinstallering av heis*. Rapport av Oxford Research i samarbeid med førsteamansuensis Anne Wenche Emblem.
- Oxford Research (2016b). *Videre analyser av samfunnsøkonomisk nytte av tilskudd til etterinstallering av heis*. Rapport av Oxford Research.
- Proba (2014). *Evaluering av tilskudd til tilpasning*. Proba samfunnsanalyse. Rapport 2014-14.
- Finansdepartementet (2014). *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv*. Rundskriv R-109/14.
- Vista Analyse og Agenda Kaupang (2018). *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)*. Vista Analyse rapport 2018/24.
- Vista Analyse (2018). *Likeverd og samfunnsdeltagelse - kostnader ved alternative løsninger*. Vista Analyse rapport 2018/22

Vedlegg

A Tabeller

A.1 Bakgrunnstabeller til eksempel B, C og D

De tre påfølgende tabellene tilsvarer tabell 4.2 i rapporten for regneeksempel A.

I eksemplene B-D gjennomføres boligtiltaket tidligere enn i eksempel A og tidsperioden er lenger enn i eksempel A der tidsperioden er fem år. I eksempel B-D gjennomføres tiltaket 5 år før behovet for økte hjemmetjenester oppstår, deretter følger et forløp med varierende grad av bistands- og institusjonsbehov.

Eksempel B: Som i eksempel A med unntak av at tiltaket gjennomføres fem år før det økte behovet for hjemmetjenester oppstår. Deretter følger scenariet i regneeksempel A, dvs. tiltaket fører til redusert behov for hjemmetjenester i år 6 og 7 og at personen unngår å måtte flytte til institusjon i år 8 og 9.

Eksempel C: Tiltaket reduserer behovet for hjemmetjenester kun ett år (år 6) og utsetter flyttebehovet ett år, i stedet for to år som i alternativ B.

Eksempel D: Tiltaket reduserer behovet for hjemmetjenester i ett år (år 6), men påvirker ikke flyttebehovet. Personen blir boende hjemme til det siste, både i referansealternativet og i tiltaksalternativet.

Eksempel B Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ*

| År | Referansealternativ | | | Tiltaksalternativ | | |
|---------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste, årlig kostnad | Institusjonsplass el. | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste årlig kostnad | Kostnad ved tiltak (ekskl. mva) |
| 0 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | 200 000 |
| 1-5 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | |
| 6 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 7 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 8 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| 9 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| NNV | | 1 440 000 | 1 440 000 | | 1 670 000 | 200 000 |
| Sum NNV | 2 880 000 | | | 1 870 000 | | |

**Kostandene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.*

Kilde: Vista Analyse

Differansen mellom referansealternativet og tiltaksalternativet er 1 010 000 kroner. For kommunene er besparelsen 1 010 000 kroner i netto nåverdi. Kommunens kostnader er summen av kostnadene knyttet til hjemmetjenesten og institusjon, men fratrukket skattefinansieringskostnaden. Privatpersonen har utgift på 250 000 kroner inkl. mva. ifm. boligtiltaket.

Eksempel C Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ*

| År | Referansealternativ | | | Tiltaksalternativ | | |
|------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste, årlig kostnad | Institusjonsplass el. | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste årlig kostnad | Kostnad ved tiltak (ekskl. mva) |
| 0 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | 200 000 |
| 1-5 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | |
| 6 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 7 | 16,3 | 680 000 | - | 16,3 | 680 000 | - |
| 8 | 16,3 | 680 000 | - | 16,3 | 680 000 | - |
| 9 | - | - | 1 010 000 | 16,3 | 680 000 | - |
| NNV | | 1 940 000 | 710 000 | | 2 030 000 | 200 000 |
| Sum | 2 640 000 | | | 2 230 000 | | |
| NNV | | | | | | |

**Kostandene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.*

Kilde: Vista Analyse

Differansen mellom referansealternativet og tiltaksalternativet er 410 000 kroner. For kommunene er gevinsten 510 000 kroner i netto nåverdi, ekskludert skattefinansiering. Privatpersonen har utgift på 250 000 kroner inkl. mva. ifm. boligtiltaket.

Eksempel D Kostnader i referansealternativ og tiltaksalternativ*

| År | Referansealternativ | | | Tiltaksalternativ | | |
|---------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste, årlig kostnad | Institusjons-plass el. | Hjemmetjeneste, antall timer per uke | Hjemmetjeneste årlig kostnad | Kostnad ved tiltak (ekskl. mva) |
| 0 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | 200 000 |
| 1-5 | 1,7 | 70 000 | - | 1,7 | 70 000 | |
| 6 | 16,3 | 680 000 | - | 4,8 | 200 000 | - |
| 7 | 16,3 | 680 000 | - | 16,3 | 680 000 | - |
| 8 | 16,3 | 680 000 | - | 16,3 | 680 000 | - |
| 9 | 16,3 | 680 000 | - | 16,3 | 680 000 | - |
| NNV | | 2 410 000 | - | | 2 030 000 | 200 000 |
| Sum NNV | 2 410 000 | | | 2 230 000 | | |

*Kostandene er rundet av til nærmeste ti tusen kroner.

Kilde: Vista Analyse

Differansen mellom referansealternativet og tiltaksalternativet er 180 000 kroner. For kommunen er det en gevinst på 320 000 kroner, ekskludert skattefinansieringskostnaden. Privatpersonen har utgift på 250 000 kroner inkl. mva. ifm. boligtiltaket.

B Flere resultater fra spørreundersøkelsen

B.1 Undersøke geografiske forskjeller

I forbindelse med det første oppdraget for KMD, som resulterte i rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* sende vi ut en spørreundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten som arbeider med hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i alle landets kommuner. Spørreundersøkelsen ga informasjon om hva ansatte i hjemmetjenesten vurderer som de hyppigste utfordringene knyttet til boligens utforming og i hvilken grad det er et potensial for økt selvhjelpenhet og besparelser i omsorgssektoren ved å utbedre boligene.

Som en del av dette oppfølgingsoppdraget ba KMD oss om å gå inn i tallgrunnlaget for rapporten *Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)* og undersøke om det er systematiske forskjeller i resultatene mellom

små og store kommuner. Dersom det finnes systematiske forskjeller ønsket KMD 2-3 illustrasjoner som viser forskjellene.

Vi har undersøkt om det er systematiske forskjeller mellom store, små og mellomstore kommuner blant boligene i vårt utvalg, når vi kontrollerer for byggeår, boligtype og landsdel. Hovedbildet er at dusjing er det hyppigste problemet uavhengig av kommunestørrelse og geografi, se figur B.1. De andre utfordringene er oftere vurdert som et problem blant boliger i store eller mellomstore kommuner, enn små kommuner. Tabell B.1 viser boligene i spørreundersøkelsen fordelt etter landsdel og kommunestørrelse. Fordi utvalget ikke inneholder mange boliger i hver størrelseskategori innenfor hver landsdel, boligtype og de ulike kategoriene for byggeår, er det stor usikkerhet i de estimerte forskjellene vi finner i regresjonsanalysene. De fleste forskjeller er ikke statistisk signifikante. I det følgende presenteres noen forskjeller som er statistisk signifikante.

Tabell B.1. Boligene i spørreundersøkelsen fordelt etter landsdel og kommunestørrelse*

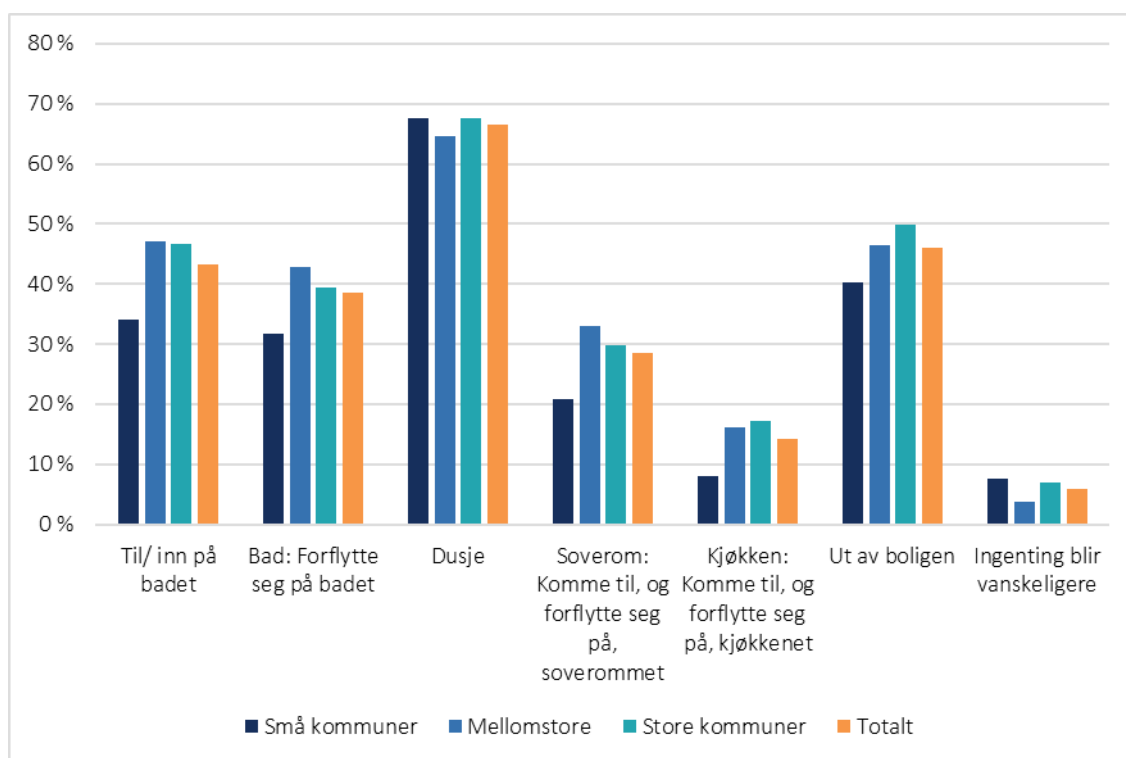
| | Små kommuner (under 5 000) | Mellomstore kom- muner | Store kommuner (over 20 000) | Totalt per landsdel |
|---------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Nord-Norge | 47 | 36 | 45 | 128 |
| Sørlandet | 19 | 66 | 17 | 102 |
| Trøndelag | 60 | 74 | 8 | 142 |
| Vestlandet | 92 | 133 | 38 | 263 |
| Østlandet | 85 | 112 | 271 | 468 |
| Totalt | 303 | 421 | 379 | 1103** |

* Kommunene er inndelt i kommunestørrelse etter antall innbyggere per 1. januar 2018, hentet fra SSBs nettsider.

**I hovedrapporten er 1 117 boliger med i analysen, men 14 av disse er ekskludert i den geografiske analysen i dette notatet pga. usikkerhet om svarene kommer fra Sande kommune i Vestfold eller i Møre og Romsdal.

Kilde: Vista Analyse

Figur B.1. Hva brukeren ikke klarer uten hjelp, der problemet er knyttet til boligens utforming*



* Figurene er basert på de over 1 000 boligene hjemmetjenesten har avgitt svar om i spørreundersøkelsen vår. Hver av respondentene har svart for de tre mest utfordrende boligene på sin siste ordinære vakt.

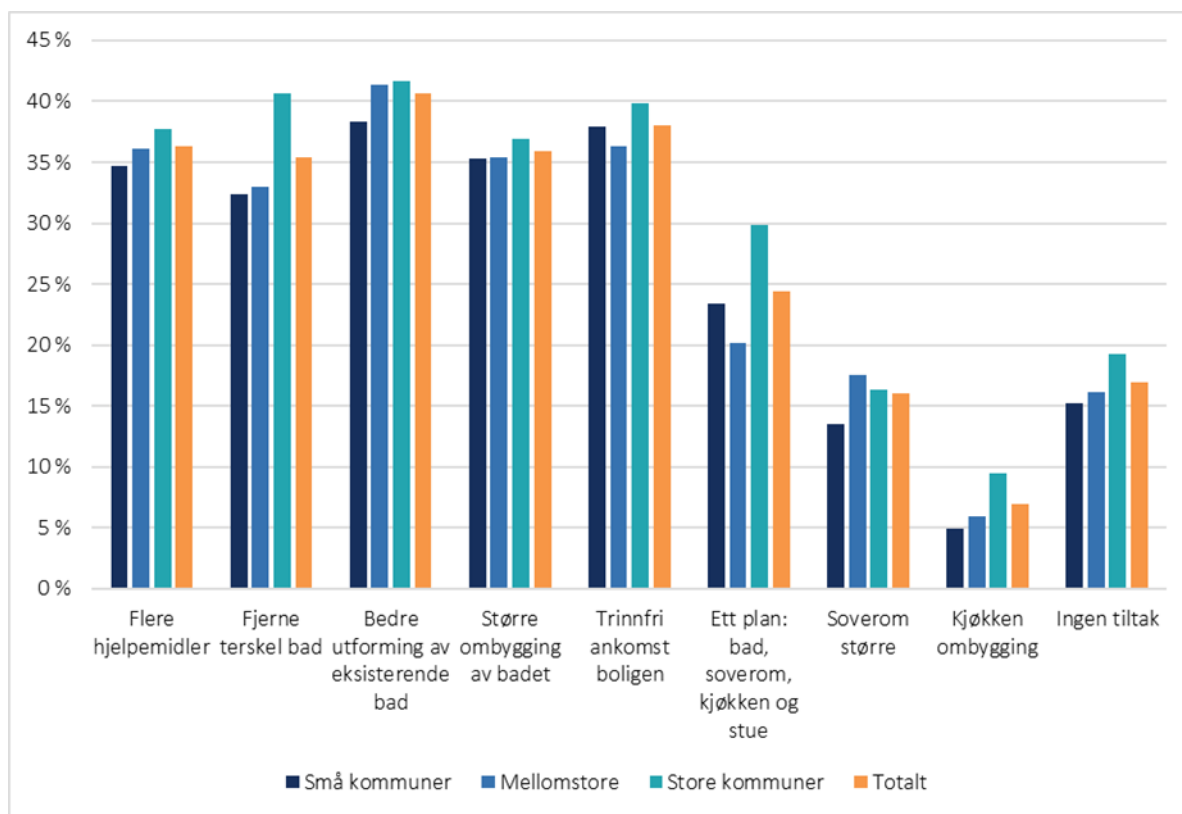
Kilde: Vista Analyse

Basert på spørreundersøkelsen vår om boligene hjemmetjenesten besøker, finner vi at det er færre i de små kommunene som rapporterer om at brukeren har problemer med å komme til og inn på badet, forflytte seg på badet, soverommet og kjøkkenet. Disse forskjellene er signifikante selv når vi kontrollerer for boligens alder, type bolig og landsdel. Det er signifikant flere som har problemer med å komme ut av boligen selv i store kommuner sammenliknet med små kommuner.

Det er særlig i de store kommunene at å fjerne terskel til badet og å få alle hovedfunksjoner på ett plan er hyppig rapportert som tiltak som ville utsatt behovet for å flytte. Igjen er disse forskjellene signifikante når vi kontrollerer for boligens alder, type bolig og landsdel.

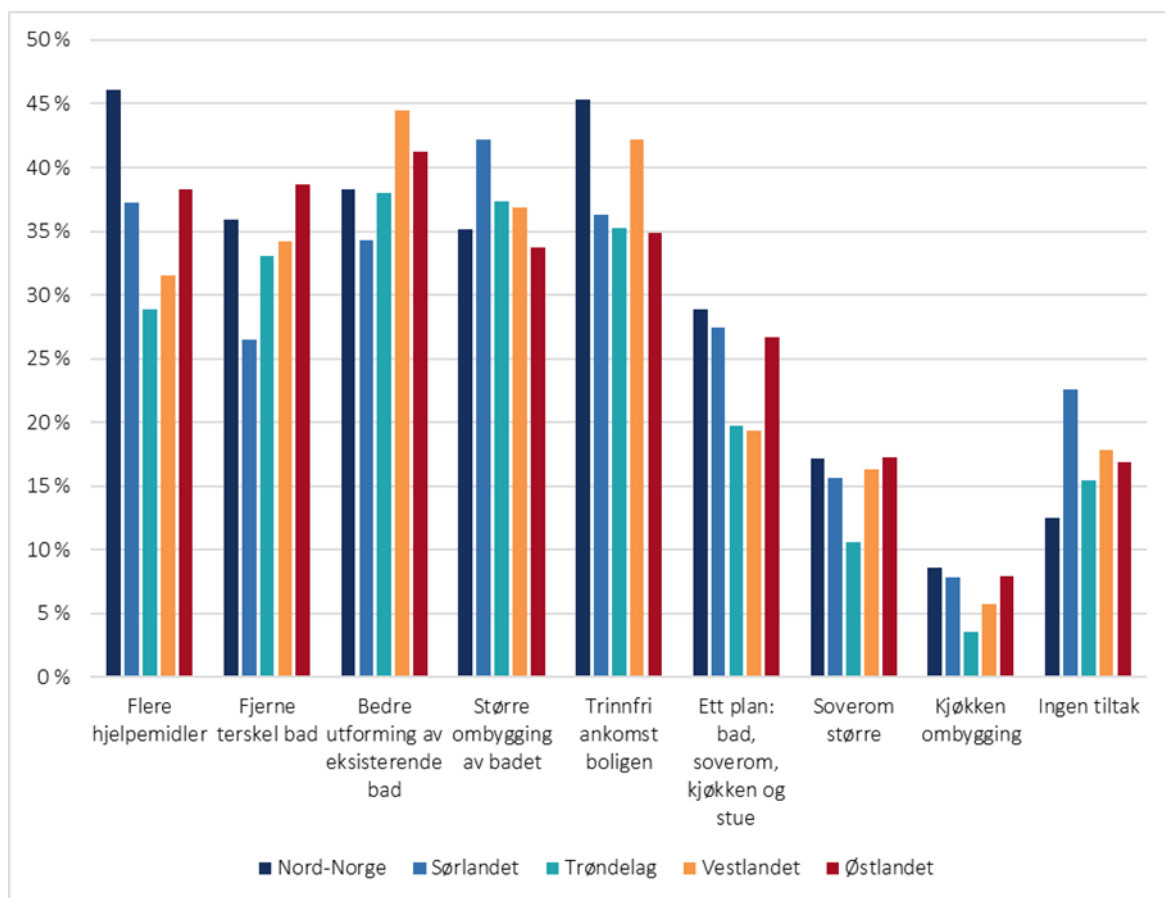
Flere hjelpemidler er hyppig vurdert som relevant for å redusere flyttebehovet blant respondentene i Nord-Norge, og signifikant mindre hyppig for boligene i Trøndelag og Vestlandet, når man kontrollerer for boligens alder, type bolig og kommunestørrelse. Figur B.2 viser geografiske forskjeller i andelen av boligene i analysen der de ulike tiltakene ville utsatt flyttebehovet. Når man kontrollerer for boligens alder, type bolig og kommunestørrelse, er forskjellene hovedsakelig ikke signifikante. Det skyldes blant annet at vi har få og tidvis null observasjoner i flere av gruppene når vi deler opp i alder, boligtype, kommunestørrelse og landsdel samtidig. I tillegg til ovennevnte geografiske forskjell når det gjelder «flere hjelpemidler», er det signifikant flere av boligene fra Sørlandet der ingen tiltak ville utsatt flyttebehovet, etter våre respondenters vurdering, se Figur B.3. Videre er trinnfri ankomst til boligen signifikant oftere rapportert som et relevant tiltak i Nord-Norge enn på Østlandet.

Figur B.2. Prosent av boligene i analysen der følgende tiltak ville utsatt behovet for å flytte

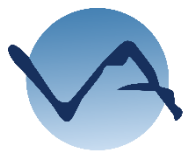


Kilde: Vista Analyse

Figur B.3. Prosent av boligene i analysen der følgende tiltak ville utsatt behovet for å flytte



Kilde: Vista Analyse



VISTA
ANALYSE

Vista Analyse AS
Meltzersgate 4
0257 Oslo

post@vista-analyse.no
www.vista-analyse.no