ULLENSAKER
KOMMUNE

Helhetlig helse- og omsorgsplan

2023 - 2035

Innhold

1. Bakgrunn 4

1.1 Mandat for prosjekt Helhetlig helse- og omsorgsplan 4

1.2 Metode medvirkning og forankring 5

1.3 Innledning 5

1.4 Organisering og deltakere 6

1.5 Statlige og kommunale planverk, og føringer 7

1.6 Oppbygging av dokumentet 8

1.7 Definisjoner 9

2. Målsettinger og satsningsområder 10

3. Utfordringsbildet 12

3.1 Demografisk utvikling 12

3.2 En presset økonomi 14

3.3 Utenforskap og folkehelse 15

3.4 Fremtidens underskudd på arbeidskraft 16

3.5 Forventninger hos innbyggerne 18

4. Fakta kort status og framskriving ulike målgrupper 19

4.1 Kartlegging med framskriving HDO 80 + ... 19

4.1.1 Metode for kartlegging eldre 80 + ... 19

4.2 Alternative framtidsscenarioer – 0 – 1 – 2 – 3 20

4.3 Kartlegging med framskriving – «Bolig med bistand» 25

4.3.1 Metode for kartleggingen 26

4.4 Kartlegging/framskriving rus- og psykisk helseutfordringer 27

4.4.1 Metode for kartleggingen 27

4.5 Barne- og avlastningsbolig 28

5. Anslåtte behov 29

5.1 Program behov 29

6. Retning og veivalg – gode fremtidsrettede helsetjenester 30

6.1 Rekruttering 31

6.2 Omsorgstrappen og fremtidig omsorgsprofil 31

6.3 Folkehelse 32

6.4 Ivaretagelse av egen helse og alderdom 33

6.5 Bo lengst mulig hjemme 34

6.6 Tilrettelegging i egen bolig 34

6.7 Heldøgns omsorg – hjem, institusjon og omsorgsboliger 35

6.8 Nærområder og by- og stedsutviklingsperspektivet 36

6.9 Hensiktsmessig samlokalisering 38
6.10 Redusere andel institusjonsplasser, øke andel omsorgsboliger 38
6.11 Styrke hjemmebasert omsorg 38
6.11.1 Samarbeid med pårørende og frivillige 39
6.11.2 Tilgang på dagsenterplasser og avlastningstilbud 39
6.11.3 Mestringsteknologi – øke bruk av teknologi 40
7. Omsorgsbyggene 41
7.1 Utforming av omsorgsbyggene 41
7.1.1 Selvstendige omsorgsboliger 41
7.1.2 Fellesskapsboliger 41
7.1.3 Bofellesskap 42
7.1.4 Bokollektiv 42
7.1.5 Småhus og boliger til robust bruk 42
7.1.6 Institusjon/bo- og velferdssenter 42
7.2 Nye boformer – gode miljø 43
8. Langsiktig lokasjonsstruktur for helse- og omsorg 46
8.1 Kartlegging av dagens tjenestestruktur 46
8.2 Eksisterende soneinndelinger og pågående planer 47
8.3 Eksisterende beliggenhet for kommunens omsorgsbygg 48
8.4 Folkehelsekart - nærbutikk, grøntstruktur, kollektivtilbud og sentrum 48
8.5 Eksisterende kommunalt eide tomter 50
8.6 Prinsipper for fremtidig lokalisering av helse- og omsorgsbygg 50
8.7 Valg av fremtidig lokalisering 51
9. Samarbeid – belyse det økonomiske handlingsrommet 52
9.1 Intern og ekstern samhandling 52
9.2 Husbankens virkemiddelapparat 52
9.3 Plankrav ved søknad om investeringstilskudd 53
9.4 Utbygging i privat eller kommunal regi 54
10. Helhetlig helse- og omsorgsplan - løsningsstrategier 56
10.1 Tabell med framtidig bygg behov mot 2035 56
10.2 Stipulerte kostnader 57
10.2.1 Institusjon- og omsorgsboligplasser 80+ mot 2030/2035. 57
10.2.2 Bolig for mennesker med nedsatt funksjonsevne 58
10.2.3 Barne- og avlastningsboliger 58
10.2.4 Boliger til personer innen rus og psykiatri 59
10.3 Oversiktskart – ny struktur 60

10.4 Ny struktur for helsebygg 60
10.5 Bærekraftige helse- og omsorgstjenester mot 2035 63
10.5.1 Virkemidler 63
11. Veien videre – handlinger 64
11.1 Innspill til kommuneplanens arealdel 64
11.2 Senkning av dekningsgraden 80+ 64
11.3 Planarbeid fra høsten 2023 65
11.4 Iverksettelse av mulighetsstudier 65
11.5 Midler i økonomiplanen 65
12. Vedleggsoversikt 66

Forsidefoto: Kommunenes Sentralforbund – Helse- og omsorg

Helhetlig helse- og omsorgsplan 2023 – 2035

1. Bakgrunn

Det er store bærekraftutfordringer knyttet til veksten i helse- og omsorgssektoren, og vi må forberede oss på endringer i samfunnet i tiårene fremover. Både demografiendringer, økonomiske rammer og nye oppgaver påvirker utformingen av fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester. Ullensaker kommune har iverksatt utvikling av en Helhetlig helse- og omsorgsplan 2023 – 2035 for å definere behov og muligheter innenfor helse- og omsorgsområdet. Det har utviklet seg en sterk bevissthet rundt måten vi velger å utvikle tjenestene og bygg på. Fremtidens løsninger påvirker både kvalitet og økonomi, både i tjenesten og for de som mottar tjenesten. Ut fra dette ble det 02.03.2022 fattet et politisk vedtak i helse- og omsorgsutvalget. Det er også viktig å ta med forvaltningsrevisjonsrapporten fra Romerike revisjon IKS som ble lagt frem i april 2022. Denne har i hovedsak søkelys på om kommunen har lagt til rette for et forsvarlig og effektivt tjenestetilbud for mennesker med et omfattende bistandsbehov, noe som det blir satt søkelys på i utredningen.

1.1 Mandat for prosjekt Helhetlig helse- og omsorgsplan

- Planlegging av helsebygg som legger til rette for gode og fremtidsrettede helsetjenester
- En helsestruktur som gir grunnlag for at kommunen har rett bygg, på rett sted, til rett tid.
- Helseplanen skal gi en langsiktig strategi, som er forankret i det politiske eierskapet og kommuneplanen, og som bidrar til god samhandling mellom kommunens ulike fagområder.
- Planen skal videre inngå som en del av plangrunnlaget for Ullensaker kommunes virksomhet.
- Planen skal gi grunnlag for å planlegge og prioritere bruk og utbygging av helsebygg i tråd med kommunens og nasjonale målsetninger, innenfor kommunens økonomiske handlingsrom.
- Den skal gi innspill til kommuneplanens arealdel, for å sikre at nødvendig nytt tomteareal settes av til fremtidige helsebygg.

Mandat for arbeidet ble vedtatt av hovedutvalget for helse og omsorg slik:

1. *Planens navn skal være Helhetlig helse- og omsorgsplan 2023-2033, Ullensaker kommune.*
2. *Mandat til utvalget for en Helhetlig helse- og omsorgsplan:*
    - *Helseplanen skal inngå som en del av plangrunnlaget for Ullensaker kommunes virksomhet. Planen skal gi grunnlag for å planlegge og prioritere bruk og utbygging av helsebygg i tråd med kommunens og nasjonale målsetninger, innenfor kommunens økonomiske handlingsrom.*
    - *Sikre forsvarlige helsetjenester og legge til rette for at kommunens innbyggere i størst mulig grad mestrer livene sine selv.*
    - *Sikre tilstrekkelig kapasitet i tjenestene for å håndtere den fremskrevne veksten i demografien.*
    - *Sikre effektiv og riktig arealbruk - rett bygg, på rett sted, til rett tid.*
    - *Sikre et godt arbeidsmiljø for ansatte, og gode rammebetingelser for pasienter og brukere av tjenestene.*
    - *Gi råd om fysiske og faglige planrammer ved tilrettelegging for morgendagens helsetjenester*
    - *Prioritere og tidfeste når ulike tiltak bør gjennomføres, som grunnlag for kommende økonomiplaner, drifts- og investeringsbudsjett.*
3. *Høringsrunder gjennomføres med KRMNF, Eldrerådet, ungdomsrådet og multikulturelt råd, samt andre råd og instanser som kan være viktige høringspunkt.*
4. *Planen fremmes for endelig politisk vedtak i kommunestyret ila første kvartal 2023.*
5. *Politisk komité fastsetter framdriftsplan.*

1.2 Metode medvirkning og forankring

Bakgrunn og rammevilkår for utredningen av prosjektets løsninger vil være basert på et kunnskapsgrunnlag hentet fra gjeldende planer, lovverk og politiske signaler, både lokalt og statlig.

I et utredningsarbeid er gjerne ikke kunnskapsbehovet og oversikten på kunnskapsgrunnlagene helt ferdig definert på forhånd. Det kan også være uklart hvor kunnskapen finnes. En viktig del av denne utredningen ble derfor i starten å definere informasjonsbehovet, ut over de tilgjengelige dokumentene. Videre å finne frem til hvem som kunne bistå med relevant kunnskap og informasjon, og innlemme disse i utredningsprosessen på en hensiktsmessig måte.

Arbeidsformen i utredningen er valgt med utgangspunkt i kommunens ønske om at det skulle være en dialog med kommunens oppnevnte, og eventuelt andre interessenter som kunne være aktuelle å trekke inn i utredningsprosessen. I utredningen er følgende metoder blitt benyttet:

Interessentmatrise i oppstartfasen: Det ble utarbeidet en oversikt over personer, grupper eller organisasjoner som kunne påvirke resultatene av utredningen eller kunne bli direkte eller indirekte påvirket av prosjektets resultater.

Dokumentgjennomgang: Dokumenter som ble ansett som relevante kunnskapsgrunnlag for utredningen ble gjennomgått. Dette var kommunens planer og føringer og overordnede nasjonale dokumenter tilknyttet de problemstillingene som kommunen hadde løftet frem.

Intervjuer: Intervjuene ble et ledd i å samle informasjon om dagens status og få et bilde av utfordringer for tjenesten. Intervjuene skulle bidra til en mer målrettet og systematisk innsamling av både fakta og meninger. Intervjuene ble gjennomført individuelt. Personene som ble intervjuet var avklart med oppdragsgiver på forhånd.

Kartlegginger og framskrivinger: Dagens status på plasser ble kartlagt i nært samarbeid med helse- og omsorgsenheten. Resultatene fra brukerkartleggingene ble brukt som et av grunnlagene for framskrivinger. Karlegging av dagens status bygg ble foretatt i samarbeid med utbyggingsavdelingen og Kommunalt eiendomsselskap (KOMEI). Lokasjonskartleggingen og utarbeidelse av kunnskapsgrunnlag i nært samarbeid med geodataavdelingen, KOMEI og enhet Plan og næring.

Møterekke med prosjektorganisasjonen: Prosjektorganisasjonens deltakere ble oppnevnt i etterkant av interessentanalysen. Møtene har fulgt fremdriftsplanen som ble satt for utredningen. I tillegg er det gjennomført temagruppemøter.

Befaring: Lokasjoner for helsebygg ble besøkt med omvisning i noen av helsebyggene.

Workshop: To heldags workshoper med til sammen 90 deltaker ble gjennomført med representanter fra prosjektorganisasjonen og andre berørte.

1.3 Innledning

Formålet med planen er å bringe fram de ulike parameterne slik at de kan gi kommunen et kunnskaps-grunnlag som bidrar til en forutsigbarhet med hensyn å ta fremtidige beslutninger. Helhetlig helse- og omsorgsplan skal være et verktøy for å utvikle fremtidens helse- og omsorgstilbud fram mot 2035.

Planen ser fagfeltet Helse og omsorg direkte og systematisk opp mot fysisk planlegging. Planen kart-legger utfordringer, fremskriver og presenterer behovet for boliger og tjenester i årene frem mot 2035. Den kommer med løsninger for brukerne av helsetjenester direkte, samtidig som den også kan gagne

hele Ullensaker-samfunnet. Løsningene i planen kan bidra til å legge til rette for mestring av eget liv, helse og alderdom.

By- og tettstedsutvikling står sentralt i utviklingen av planen og anses som et viktig kriterium for hvor en etablerer/ erverver bygg til helse- og omsorgstjenester. Ved å bygge videre på og forsterke etablerte nærområder/ byområder, og ved å se etablerte tiltak og behov innenfor andre sektorer i en sammenheng, kan en bidra til en god samfunnsutvikling som gir grobunn for gode synergier og innovative løsninger.

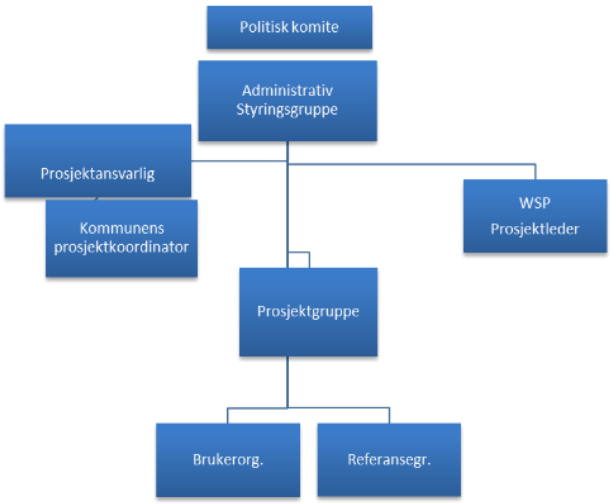
Organisering av prosjektet er tverrfaglig og tverretatlig. Både politikere, ansatte og brukere har deltatt i utviklingen av planen. En bred deltakelse har vært viktig for å sikre implementering, forankring og enighet om hva som er gode bærekraftige fremtidsløsningene for Ullensaker-samfunnet.

Sluttresultatet skal være en overordnet og bred plan som skal gi grunnlag og retning for tjenestetilbudet i et langsiktig perspektiv.

1.4 Organisering og deltakere

Ullensaker kommune er prosjekteier og initiativtaker. Organiseringen av prosjektet har vært basert på brukermedvirkning, samt administrativ og politisk forankring gjennom prosjektets interne organisering.

Prosjektet har mange deltakere fra ulike sektorer. Styringsgruppe og arbeidsgruppe er tverrfaglig sammensatt. I oppdraget inngår ivaretagelse av samarbeidet knyttet opp mot politisk komite.



FIGUR 1.1 ORGANISERING

Prosjektorganisasjon

Det har vært bred medvirkning i prosjektet. Politisk komité har hatt representanter i prosjektorganisasjonen fra alle politiske parti. Styringsgruppa har hatt representanter fra kommunedirektørens ledergruppe, kommunaldirektør helsevern og sosial omsorg, kommunaldirektør plan, kultur og teknisk og kommunaldirektør skole og barnehage. Prosjektgruppa har vært helse- og omsorgsledergruppe, kommuneoverlege, representanter for helsevern, boliger med bistand, helsehuset, pleie, rehabilitering og omsorg (PRO), IKT, økonomi, hovedtillitsvalgt, tillitsvalgt, hovedverneombud, tildeling og folkehelsekoordinator.

Brukerorganisasjoner har vært eldrerådet, rådet for mennesker med nedsatte funksjonsevner, kommunalt råd for flerkulturelle innbyggere, Mental helse Ullensaker, ungdomsrådet, Fontenehuset. Referansegrupper er Demensforeningen, Seniornett, Team velferdsteknologi og Utviklingssenteret.

Andre deltakere (på workshop) har vært avd. leder bolig og institusjon, avd. leder hjemmebasert støtte og tjenester, avd. leder lavterskeltilbud og mestring, leder hovedutvalg HS, samhandlingskoordinator, digitaliseringsrådgiver og prosjektleder nærmiljøanlegg. Fullstendig liste over prosjektorganisasjonen er i vedlegg 1.

1.5 Statlige og kommunale planverk, og føringer

De mest sentrale nasjonale de siste årene:

- Samhandlingsreformen - rett behandling- på rett sted- til rett tid; Meld. St.47 (2008-2009)
- Innovasjon i omsorg NOU 2011/11

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

- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet; Meld. St. 26 (2014-2015)
- Omsorg 2020 – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre; Meld. St. 15 (2017-2018).
- Kvalitet og pasientsikkerhet 2020; Meld.St.11 (2020-2021)
- Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar Meld. St. 15 (2022 – 2023)
- Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken 2021-2024 – Bolig for velferd
- Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024**)**
- Mestre hele livet 2017-2022 - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Nasjonal helse- og sykehusplan Meld. St. 7 - 2020-2023
- Menneskeretter for personer med Utviklingshemming - Meld. St. 8 - (2022 –2023)
- Kompetanseløft 2025; Prop. 1S (2020-2021)
- NOU 2023: 4 - Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Kommunale planverk og utredninger

- Kommuneplan for Ullensaker, samfunnsdelen 2020 – 2030
- Kommuneplanens arealdel 2021 – 2030
- Ullensaker kommune – Helhetlig helse- og omsorgsplan, mandat i hovedutvalget 02.03.2022
- Agenda Kaupang - Ullensaker i tall utviklings- og effektiviseringsprosjekt 2019 – 2022
- Ullensaker kommune Perspektivmelding 2021 – 2040
- Strategidokument for enhet bolig med bistand 2018 - 2021
- Mobilitets- og byutviklingsstrategi for Jessheim 2019 – 2029
- Eiendomsstrategi - Ullensaker kommune vedtatt i kommunestyret 22.06.2021
- Boligsosialt program i Ullensaker – en foranalyse NIBR- rapport 2018:15
- Målsetninger og prinsipper for helhetlig byutvikling på Jessheim vedtatt i kommunestyret 26.10.2021
- Ullensaker kommune har i perioden 2021 – 2022 arbeidet med en Boligsosial strategi. Strategien er pr. april 2023 ikke politisk vedtatt.
- Revisjonsrapport fra april 2022.

1.6 Oppbygging av dokumentet

Kapittel 1: Inneholder bakgrunn og formål med prosjektet, mandat, organisering av arbeidet, statlige og kommunale føringer, oppbygning av dokumentet og sentrale definisjoner.

Kapittel 2: Mål og satsingsområder

Kapittel 3: Utfordringsbildet belyses med temaer som demografisk utvikling, presset kommuneøkonomi, utenforskap, fremtidens underskudd på arbeidskraft, og forventninger hos innbyggerne.

Kapittel 4: Faktadelen omhandler kartleggingene av status for hvor mange institusjonsplasser og omsorgsboliger kommunen har som grunnlag for framskriving av botilbudet til målgruppene. Brukergruppenes behov for bolig med heldøgns omsorg (HDO) er eldre 80+, mennesker med nedsatt funksjonsevne, mennesker med psykisk og eller rus helseutfordringer og bo- avlastningstilbud for barn og ungdom fremskrives.

Kapittel 5: Kapittelet oppsummerer anslåtte behov.

Kapittel 6: Handler om retning og vegvalg for gode fremtidsrettede helse- og omsorgstjenester, omsorgstrapp og fremtidig omsorgsprofil. Innretning heldøgns omsorg – hjem, institusjoner og omsorgsboliger. Kapittelet omhandler temaer som teknologi, mestring, folkehelse og forebygging, ivaretagelse av egen alderdom og helse, tilrettelegging i egen bolig og rekruttering av helsepersonell.

Kapittel 7: Omhandler utforming av omsorgsbyggene, hva er godt for både målgruppene og for arbeidstakerne. Bruk av teknologi i bygg der en yter tjenester. Ute, nærområder og stedsutviklingsperspektivet belyses. Nye boformer som eksempelvis seniorboliger, omsorg + og satellittboliger.

Kapittel 8: Langsiktig helse- og omsorgsstruktur handler om hensiktsmessig plassering av helse- og omsorgsbygg. Kapittelet tar for seg eksisterende soneinndelinger og eksisterende beliggenhet for kommunens helse- og omsorgsbygg. Folkehelsekart som viser nærbutikker, grønt- og sentrumsstrukturer. Informasjon om eksisterende kommunalt eide tomter. Kriterier for fremtidig lokalisering av helse- og omsorgsbygg. Til slutt valg av lokalisering for fremtidige helse- og omsorgsbygg

Kapittel 9: Dette kapittelet belyser det økonomiske handlingsrommet for å iverksette tiltak. Viktigheten av intern og ekstern samhandling. Husbankens virkemiddelapparat, og utbygging i privat eller kommunal regi.

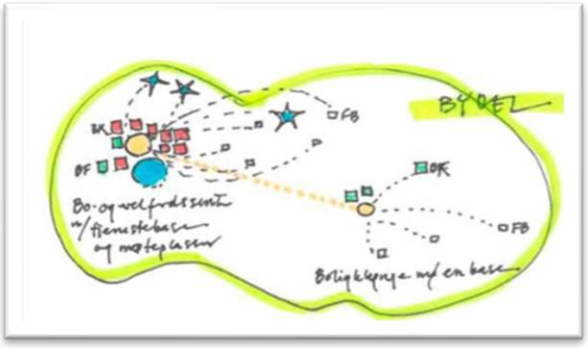
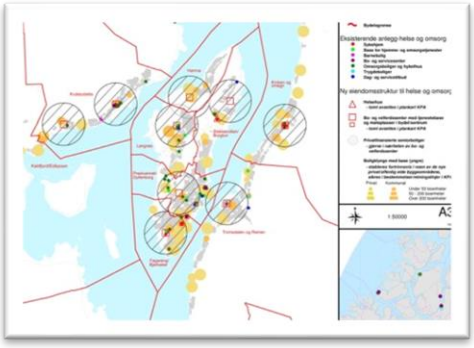
Kapittel 10: Oppsummering av planen og fremtidige løsningsstrategier. Fremtidige bygg, oversiktskart med ny struktur og grovt stipulerte kostnader. Avslutningsvis belyses vegen mot bærekraftige helse- og omsorgstjenester i et fremtidsperspektiv og handlinger mot 2035.

Kapittel 11: Veien videre – handlinger.

Kapittel 12: Vedlegg

1.7 Definisjoner

Klyngemodellen viser hvordan boliger og velferdssentre kan fungere som motorer i områdeutviklingen i ulike bydeler, og vise versa hvordan nærmiljøet kan bidra med service og rekreasjonstilbud for å gjøre hverdagen i sykehjem og velferdssenter mer attraktiv. I bo- og velferdssenter er det samlokaliserte funksjoner til helse- og omsorg, men kan også inneha frisør, kafe, internetcafe, apotek, bibliotek osv.

Klyngemodellen	Klyngemodellen fordelt på bydeler
	

FIGUR 1.2 KLYNGEMODELL

Tegningen viser til klyngemodellen for bydelene. I illustrasjonene (til venstre), rundt bo- og velferdssentrene, ligger de små klossene som er omsorgsboliger med base og basetilknytning. Litt lengre fra seniorboliger og omsorgsboliger/ boliger for yngre integrert i det ordinære bomiljø. Kartet til høyre illustrerer bydelssonene og klyngemodellene for hver bydelssone i skravert sirkel. Disse modellene er omtalt i håndbok for aldersvennlig stedsutvikling under eksempelsamling helhetlige grep [1]. Det påpekes i håndboken at det som er godt for de gamle er godt for alle, altså generasjonsuavhengig. Med boliger menes her både institusjonsplasser i barneboliger og sykehjem og omsorgsboliger.

Samlokaliserte boliger menes at boligene er samlokaliserte med fellesarealer og som regel med tjenestebase.

Bokollektiv har større fellesarealer og mindre private arealer – gjerne rundt 30 BTA.

Bofellesskap har større private arealer – gjerne rundt 45 BTA – og mindre fellesarealer.

Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.[2]

I denne planen omtales i hovedsak botilbud som nevnt over.

[1] https://www.ressursportal.no/handbok-aldersvennlig-stedsutvikling-nal

[2] https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/rett-til-opphold-i-sykehjem-eller-tilsvarende-bolig-saerskilt-tilrettelagt-for-heldogns-tjenester

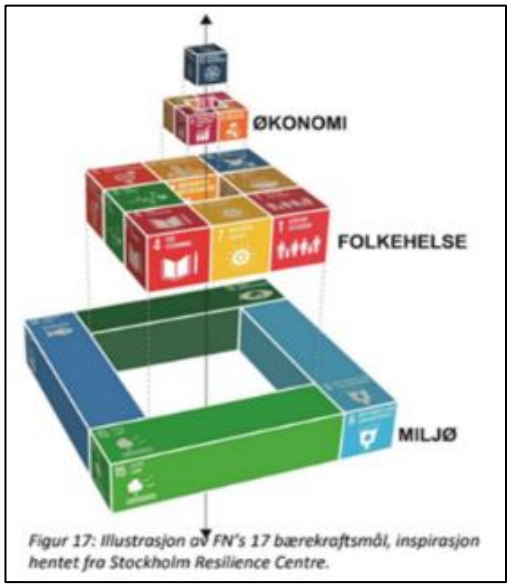
2. Målsettinger og satsningsområder

Målene for prosjektet bygger på kommunens visjon, målene i kommuneplanens samfunnsdel, strategiske mål for helse – og omsorg, og mål utviklet gjennom medvirkning i prosjektet.

Bærekraftig utvikling

Det er ikke utarbeidet egne sektorvise bærekraftmål i kommunen. I prosessen er det jobbet med tiltak som kan gi en bærekraftig utvikling på tvers av fag og sektorer, men med basis i helse- og omsorg. Disse finner man igjen i kap. 6.

For Ullensaker er helsefremmende og forebyggende arbeid viktig for å sikre en frisk befolkning som bidrar til høy grad av trivsel, samhold og deltagelse i samfunnet.



Figur 17: Illustrasjon av FN's 17 bærekraftsmål, inspirasjon hentet fra Stockholm Resilience Centre.

FIGUR 2.1 FN'S BÆREKRAFTMÅL

Ullensakers visjon er: Ullensaker – Mulighetslandet

Visjonen gir retning for fremtiden, der bærekraft og kvalitet står sentralt. Muligheter for alle innebærer omtanke for alle; både dagens innbyggere og fremtidige generasjoner.

Satsningsområdene i kommuneplanens samfunnsdel er: Tjenesteinnovasjon, by- og tettstedsutvikling og næringsutvikling.

Helse- og sosialomsorg – Strategiske mål

Mulighetslandet		
Tjenesteinnovasjon	**Oppdrag og strategiske mål**	**Verdier**
Sammen skaper vi bærekraftige tjenester gjennom varme menneskemøter og smart bruk av teknologi.	Sikre at flest mulig mestrer livet sitt selv.	**Modig** Vi er fremtidsrettet og setter oss ambisiøse mål. Vi våger å tenke nytt og ta utradisjonelle valg. **Endringsdyktig** Vi finner nye og gode løsninger. Vi søker kunnskap og evner å snu oss raskt. **Raus** Vi samhandler og byr på oss selv, deler vår kunnskap og erfaring, inkluderer og er til stede.
Innbygger som ressurs	Tjenestetilbudet innrettet slik at innbyggernes egne ressurser mobiliseres	
Lærende organisasjon	Vi har holdninger og adferd som fremmer mestring og aktivitet hos innbyggeren Vi jobber aktivt med kontinuerlige forbedringer	
Mennesker og teknologi	Vi gir tjenester som dekker innbyggernes reelle behov (rett tjeneste til rett tid) Vi utvikler bærekraftige tjenester sammen med innbyggeren	

TABELL 2.1 MULIGHETSLANDET

Effektmål

Effektmålene er knyttet til prosjektets langsiktige virkninger for samfunnet, gjerne en ønsket endring fra dagens situasjon og ofte uttrykt i form av verdiskapning eller gevinst.

Effektmål	Beskrivelse	Indikator
E1 - Innbyggernes egne ressurser skal mobiliseres	Flest mulig innbyggere skal mestre sitt eget liv så lenge som mulig, og gjøre gode helsevennlige valg i hverdagen basert på god folkehelse Gjennom økt fokus på smarte hjem og utvikling av gode boligløsninger, skal eldre oppleve trygghet med å bo lenger i eget hjem, og opprettholde sosial kontakt og deltakelse i nærmiljøet. (Sosial bærekraft) Gode selvbetjeningsløsninger skal gjøre det enkelt å kommunisere med kommunen Det skal videreutvikles godt samarbeid med frivilligheten– næringsliv- kommunen	Måles gjennom større mestringsfølelse, redusert trykk på behov for kommunale tjenester og boligtilbud. (Kostra)
E2 - Tjenestene skal utvikles gjennom bruker-medvirkning	Brukermedvirkning skal bidra til at helseog omsorgstjenesten fremstår som, og oppleves som en faglig sterk og stabil tjeneste forankret i innbyggernes behov. Dette skal skje både på system og individnivå.	Måles gjennom brukerundersøkelser
E3 - Bygg og tjenester skal utvikles kostnadseffektivt og bærekraftig, basert på kunnskap, innovasjon og nye løsninger	Helsebyggene skal ha rett dimensjonering, fleksibel arealbruk og samdriftsfordeler. Det skal være differensierte plasser i institusjon og omsorgsbolig. Byggene er godt tilrettelagt for utvikling av en effektiv tjeneste. Økt sirkulasjon i korttidsplassen, reduserte ventelister på langtidsplasser og heldøgn omsorgsplasser. Smart bruk av teknologi skal være en del av tjenesten der det er mulig.	Måles gjennom redusert antall overliggere i helse Øst, og mindre kjøp av plasser i andre kommuner. Reduksjon i antall personer som venter på langtidsplass i enn korttidsplass. (Kostra)
E4 - Kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass med god tverrfaglig samhandling	Moderne, godt tilrettelagte og effektive arbeidsplasser som trekker til seg nye ansatte og nye innbyggere. Bidrar til stabilisering og økt rekruttering.	Måles gjennom økt andel kvalifiserte ansatte, redusert turnover. Måles i medarbeider-undersøkelser. Kan også måles gjennom økt brukertilfredshet.

TABELL 2.2 EFFEKTMÅL

Resultatmål

Resultatmål angir målet for selve prosjektleveransen. Dette er gitt av oppdragsgiver ved igangsetting av utredningen. I tillegg har politisk komite vært opptatt av å presisere en god politisk forankring som gir et forutsigbart styringsdokument:

- Planen skal gi grunnlag for å planlegge og prioritere bruk og utbygging av helsebygg innenfor kommunens økonomiske handlingsrom i økonomiplanperiodene, jf. KL § 14-4 og PBL § 11-1.
- Planen skal inngå som en del av plangrunnlaget for Ullensaker kommune.
- Planen skal gi innspill til kommuneplanens arealdel.
- Planen skal være godt tverrpolitisk forankret som et forutsigbart styringsdokument.

Målene er utviklet gjennom prosjektorganisasjonen og godkjent av politisk komité.

3. Utfordringsbildet

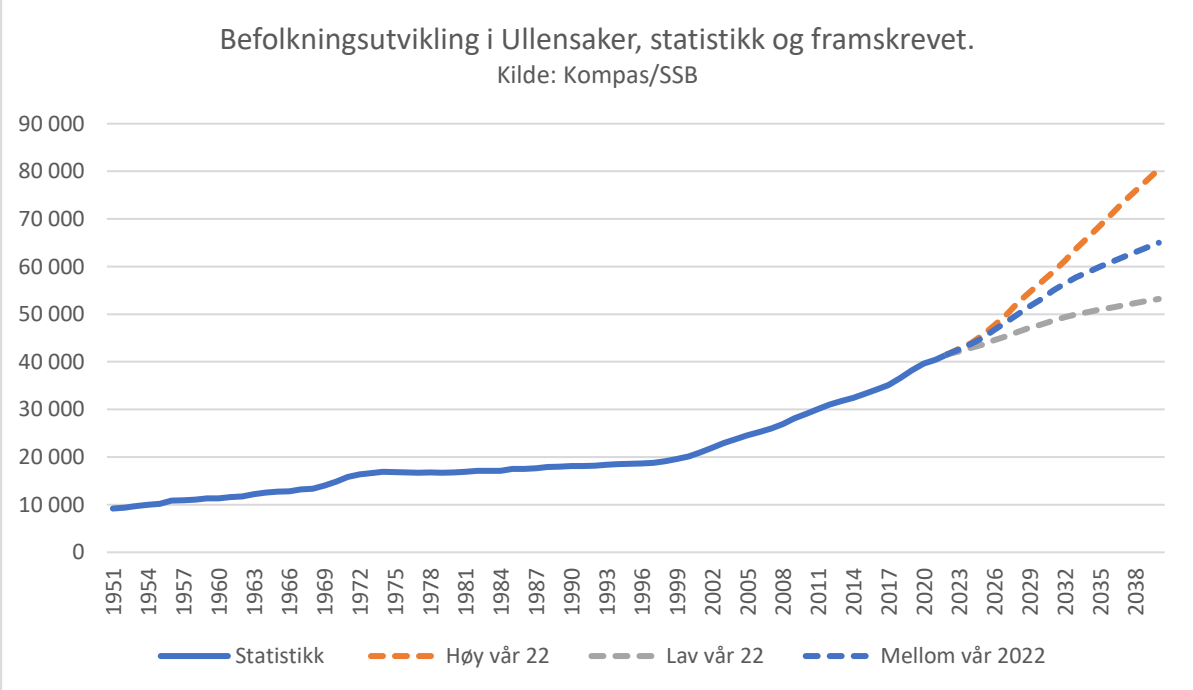
Utenfor demografiendringene er det andre faktorer som påvirker fremtidige behov for tjenester som at eldre lever lengre, økning av sykelighet i kronikergrupper, geografiske variasjoner – nærhet og avstand, teknologiens utvikling, tilgang på arbeidskraft, og hvordan kommunen prioriterer både økonomisk og politisk.

3.1 Demografisk utvikling

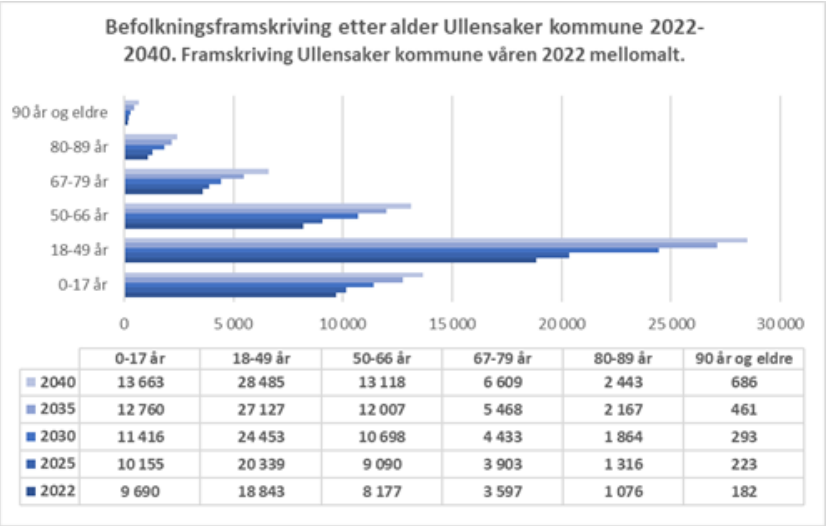
Enhver framskrivning må tolkes med varsomhet, da framskrivninger generelt alltid vil være usikre. Det er flere kilder til usikkerhet, blant annet om forutsetningene vil slå til. Boligbygging er en viktig faktor i utviklingen i Ullensaker, og påvirker også kommunens demografi. Hvor, når, og ikke minst hvor mange boliger det vil bli bygget i årene som kommer er vanskelig å forutse. Fødselsrater, dødsrater og flytting kan bli høyere eller lavere enn det som er lagt til grunn i befolkningsframskrivingene. Befolkningsveksten vil med andre ord kunne bli større eller mindre enn framskrevet. Endring i sykelighet i befolkningen kan medføre et endret behov for helse- og omsorgstjenester i kommunen. Likevel vil framskrivinger gi oss noen verktøy for å tolke fremtidens utfordringsbilder.

Ullensaker kommunes samlede befolkning var på 42 866 personer ved inngangen til 2023. Kommunens egen befolkningsframskriving, laget i modellverktøyet Kompas våren 2022, gir et anslag om drøye 56 000 innbyggere i 2032. Om framskrivingen slår til tilsvarer veksten de neste ti årene, en mellomstor norsk kommune.

Figuren viser historisk utvikling i folketallet fra 1951 og framskrivning mot 2040. Ullensaker kommune hadde en ganske jevn befolkningsøkning til Gardermoen lufthavn åpnet i 1998. Da skjedde et taktskifte i befolkningsutviklingen, og kommunen fikk en kraftig befolkningsøkning til over det dobbelte i dag. Befolkningsveksten i Ullensaker kommune vil fortsette om framskrivingene slår til.



FIGUR 3.1 BEFOLKNINGSUTVIKLING
Kilde: Ullensaker kommunes befolkningsframskriving våren 2022



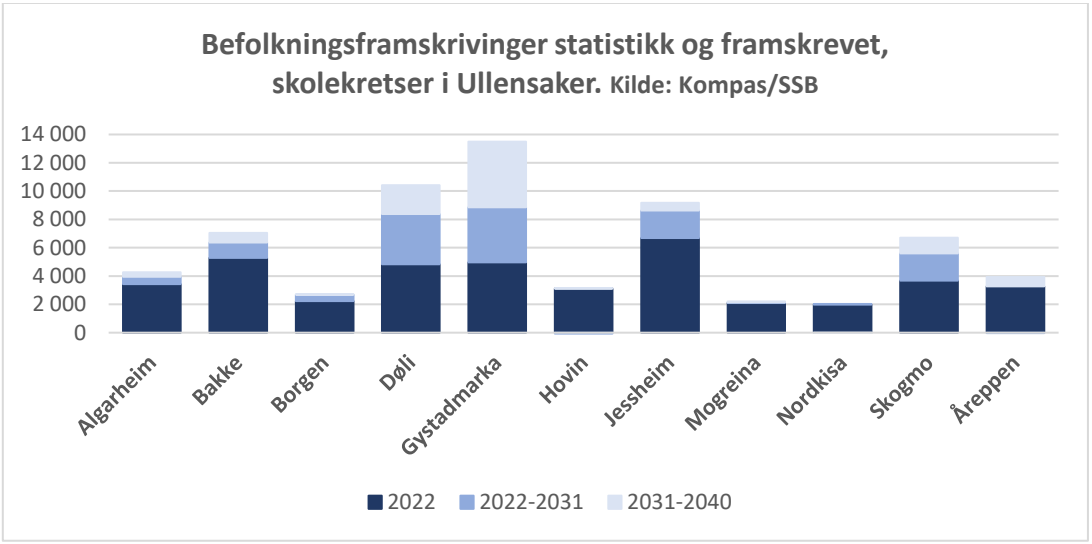
	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år og eldre
2040	13 663	28 485	13 118	6 609	2 443	686
2035	12 760	27 127	12 007	5 468	2 167	461
2030	11 416	24 453	10 698	4 433	1 864	293
2025	10 155	20 339	9 090	3 903	1 316	223
2022	9 690	18 843	8 177	3 597	1 076	182

FIGUR 3.2 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING
Kilde: Ullensaker kommunes Befolkningsframskriving våren 2022

Ullensaker kommune har i dag en større andel av befolkningen som er barn og unge, samt voksne i alderen 30 – 60 år, og tilsvarende mindre andel over 60 år enn ellers i landet. Veksten i Ullensaker forventes å fortsette. Aldersgruppene fra 0 – til 67 år forventes å få en sterk, men jevn vekst. I aldersgruppen 80 + vil det bli over en fordobling allerede i 2035, dersom framskrivingene slår til.

Det samlede fremtidsbehov for heldøgns omsorgsplasser vil i stor grad kunne forklares av kommunens demografi. Kommunens demografi nå og i fremtiden vil være viktige forutsetninger for kartlegginger og framskriving av behov for heldøgns omsorgsplasser. Både brukergrupper der det er flest yngre og brukergrupper i alderskategorien 80 + vil ha behov for heldøgns omsorgsplasser og helse- og omsorgstjenester.

Geografisk fordeling av befolkningsveksten



FIGUR 3.3 GEOGRAFISK FORDELING AV BEFOLKNINGSVEKSTEN.
Kilde: Kompass/ SSB

Figuren ovenfor viser i hvilke områder i kommunen som befolkningen vil øke mest om prognosene slår til. Ullensaker kommune har vedtatt strategi for vekst i kommuneplanens samfunnsdel, med vekst fra Jessheim og nordvest mot Gardermoen. Planer for sentralisering er hovedsakelig rundt Jessheim og Kløfta. Prioriterte fortettingsområder i Jessheim utover sentrumskjernen er mot nordøst (Gystadmarka) og Jessheim sør innenfor ny omkjøringsveg. Se kart for vekst, sentralisering og fortetting i kap. 10.3.

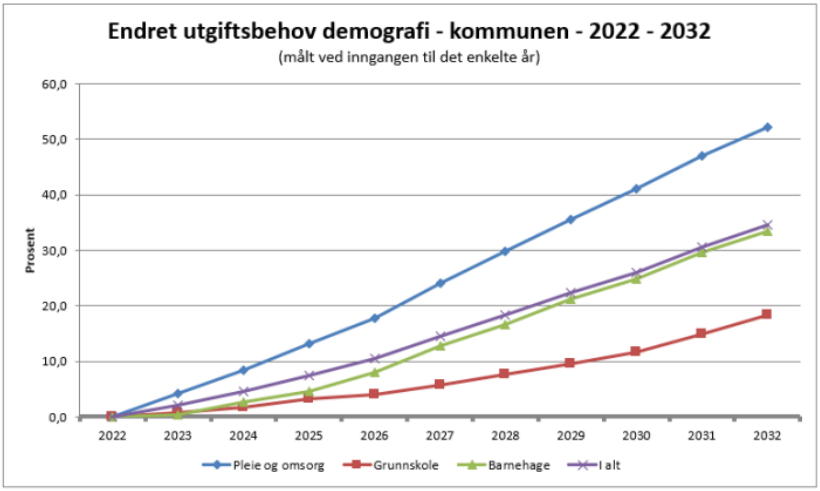
3.2 En presset økonomi

Kommuneøkonomien presses både gjennom høy investeringsaktivitet som følge av befolkningsveksten og eksterne forhold som kommunen ikke direkte kan påvirke. Dette gjelder blant annet lav kapasitet på sykehjemsplasser og andre heldøgns botilbud, og derfor behov for å kjøpe plasser eksternt. Forventningen om kraftig vekst i de eldste aldersgruppene, og yngre med omfattende behov øker presset på det økonomiske handlingsrommet. Dette bidrar samlet sett at kommunen må være forberedt på mer økonomisk krevende tider i årene fremover.

Det er et stort behov for boliger med omsorgstjenester. Satsning på dette området vil redusere kjøp av plasser utenfor kommunen og dermed kunne gi lavere driftskostnader på lengre sikt.

Ny kartlegging i 2022/ 2023 viser at kommunen har hatt en sterk vekst av barn og unge og unge voksne med et omfattende helse- og omsorgstjenestebehov enn tidligere antatt. I tillegg er behovet i aldersgruppen 80+ fremskrevet med over en fordobling mot 2035.

Rekrutteringsutfordringer og mangelen på helsepersonell medfører lite kontinuitet, sykemeldinger, redusert kvalitet og store kostnadsoverskridelser ved innleie av vikarer.



Økningen i antall brukere/pasienter i Helse- og omsorgstjenesten (heretter betegnet som HO) er kommunens største utfordring fremover, og vil medføre en betydelig vekst i tjeneste-forpliktelser og kostnader. Utfordringene helse- og omsorgstjenesten står ovenfor kan ikke løses av tjenesten alene, men med sektorovergripende tiltak.

FIGUR 3.4 ENDRET UTGIFTSBEHOV DEMOGRAFI
Kilde: Ullensaker kommune Budsjett 2023 og Økonomiplan 2023 - 2026

Helse- og omsorgsøkonomiske utfordring påvirker hele kommuneøkonomien.

3.3 Utenforskap og folkehelse

Utenforskap er et voksende samfunnsproblem. Sosiale ulikheter og utenforskap kan skyldes mange faktorer. Faktorer som kan bidra til sosial ulikhet og utenforskap er beskrevet i figur 3.5.

FIGUR 3.5 VEIER TIL UTENFORSKAP
Kilde: KS (kommunesektorens organisasjon)

Folkehelseprofilen og oppvekstprofilen[3] viser at Ullensaker kommune har en befolkning med lavere utdanningsnivå enn landsgjennomsnittet, og det er en høyere andel barn (0-17 år) som vokser opp i lavinntektsfamilier sammenlignet med landet som helhet. Gjennomsnittlig grunnskolepoeng blant elever etter avsluttet grunnskole er også under landsgjennomsnittet, mens andelen som fullfører videregående opplæring har gått opp og er nå på høyde med landsgjennomsnittet. Blant ungdom er det litt lavere opplevd trivsel og trygghet i nærmiljøet, og litt lavere deltakelse i organisert fritidsaktivitet, sammenlignet med landet forøvrig. Andelen som er fornøyd med treffsteder for unge er derimot høyere enn landsgjennomsnittet. Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn øker i Ullensaker, og utgjorde 31,9 prosent av befolkningen ved inngangen til 2022.

Lov om likestilling og forbud mot diskriminering[4] (likestillings og diskrimineringsloven) har som formål uavhengig av faktorer som etnisitet, religion, livssyn, kjønn, alder og funksjonsnedsettelse å fremme like muligheter, og å bygge ned samfunnskapte barrierer og hindre at nye skapes. Loven gjelde alle samfunnsområder.

Husholdningsstatistikken for Ullensaker viser følgende kategorier, kilde SSB 2022:

- 6422 aleneboende
  - 1091 aleneboende mellom 67-79 år
  - 600 aleneboende 80 år og eldre
- 3722 par uten barn
- 1833 par med små barn
- 2246 par med store barn

Minstepensjonister, kilde NAV-statistikk 2022:

- Enslige minstepensjonister har en pensjonssats på 236 818,- kr.
- I 2022 var det 5403 pensjonister i Ullensaker, derav 499 minstepensjonister, som er 1,16% av kommunens befolkning.
- I Norge samlet utgjorde minstepensjonistene 2,45% av befolkningen.

[3] https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/

[4] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51

3.4 Fremtidens underskudd på arbeidskraft

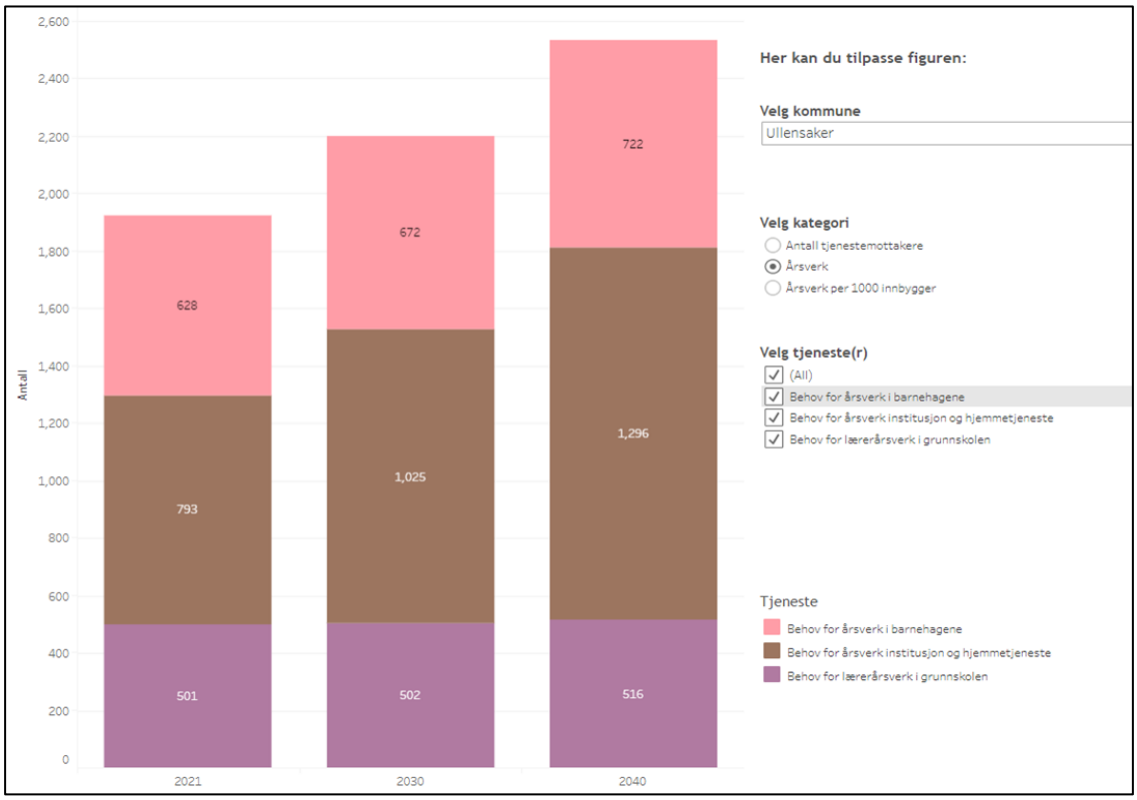
I likhet med andre kommuner strever Ullensaker kommune med å rekruttere helsepersonell med nødvendig kompetanse, og utfordringene øker. Innenfor pleie og omsorg er det særlig vanskelig å rekruttere sykepleiere og vernepleiere. På legevakten er rekruttering av leger krevende, og det er også i økende grad utfordrende å rekruttere fastleger til kommunen. Mange stillinger og hjemler må lyses ut både to og tre ganger for å få kvalifiserte søkere. Vakante stillinger over tid, og et høyt sykefravær i sektoren, medfører kostbar innleie av vikarer for mange av enhetene. Dette innebærer også en økt risiko for slitasje på gjenværende personell i form av mulig høyere arbeidspress på jobb ifølge tjenesten.

Hvordan helse- og omsorgstjenesten i tidligere tider ble organisert og byggene utformet, og hvordan tjenestene leveres i dag, kan også påvirke hvordan tjenesten leveres i fremtiden. Lange tradisjoner og gamle bygg kan bidra til å motvirke utvikling av effektive tjenester og attraktive arbeidsplasser.

Videre er det et kritisk behov for å rekruttere, stabilisere og øke kompetansen i samsvar med demografiutvikling og økt ansvar for pasientgrupper med omfattende medisinske utfordringer.

Kombinasjon av en aldrende befolkning og begrenset tilgang på kvalifisert personell påvirker kommunens evne til å yte helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovpålagt ansvar.

Årsverk. 2021, 2030 og 2040. Ullensaker



FIGUR 3.6 ÅRSVERK 2021, 2030 OG 2040. ULLENSAKER

Tabellen viser behovet for antall årsverk mot 2040 i Ullensaker kommune. Veksten av tjenester skjer hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesten og derav behovet for økt arbeidskraft innenfor sektoren[5]

[5] https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/tjenestebehov2/id2507961/

Forsørgerbrøk

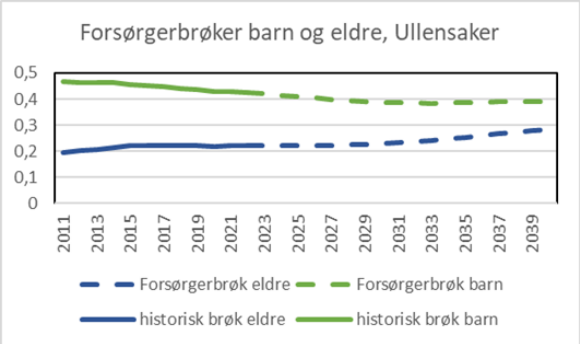
Forsørgerbrøkene er basert på Ullensaker kommunes befolkningsframskriving våren 2022.

Utregninger forsørgerbrøk eldre:
Antall personer over 65 år/antall personer 20-64 år.

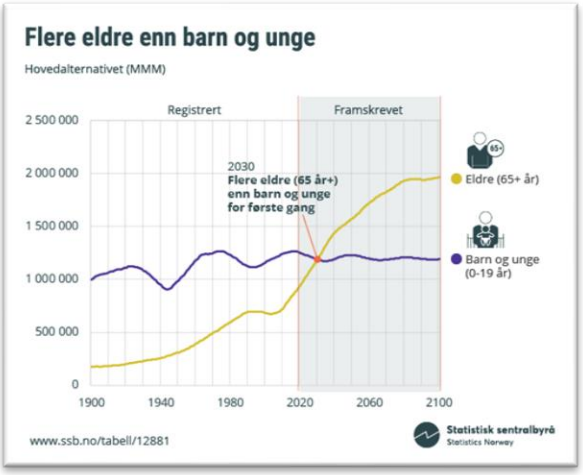
Utregning forsørgerbrøk barn:
Antall personer under 20 år/antall personer 20-64 år.

Forsørgerbyrden barn går litt ned og forsørgerbyrden for eldre øker om prognosen slår til.

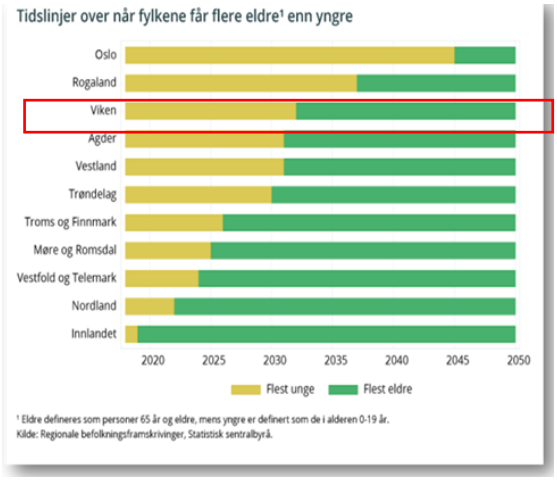
Problemstillingen gjelder over hele landet.



FIGUR 3.7 FORSØRGERBRØK



FIGUR 3.8 FLERE ELDRE ENN BARN OG UNGE



FIGUR 3.9 TIDSLINJE NÅR FYLKENE FÅR FLERE ELDRE ENN YNGRE

KILDE: SSB

Tabellen til venstre viser at skillet på landsbasis slår inn med flere eldre over 65 enn barn og unge under 19 år allerede i 2030. Ullensaker kommune er en del av Viken fylke i 2020. Tabellen til høyre viser at det i Viken er flere over 65 år enn yngre under 19 år, og at de slår inn rundt år 2035.

De demografiske endringene som påvirker forsørgerbrøken, medfører at det blir flere eldre med behov for hjelp og færre yngre i yrkesaktiv alder.

Rapport fra helsepersonellkonvensjonen NOU 2023:4 Tid for handling[6] bekrefter denne utviklingen

I februar 2023 kom rapporten fra helsepersonellkommisjonen.

Konklusjonen er brutal men ikke overraskende, trenden er landsomfattende og global:

- Det vil bli færre fagfolk pr. pasient.
- Det blir flere eldre, som vil leve lengre med mer komplekse helseutfordringer
- og andelen som er yrkesaktive vil reduseres

[6] https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf

Det er heller ikke kun helsetjenesten som trenger flere folk, det gjør også utdanningssektoren og næringslivet. Rapporten viser til at alle kommuner i fremtiden vil kjempe om de samme ressursene. Kommunene har merket rekrutteringsvanskene og opplever at situasjonen allerede øker på.

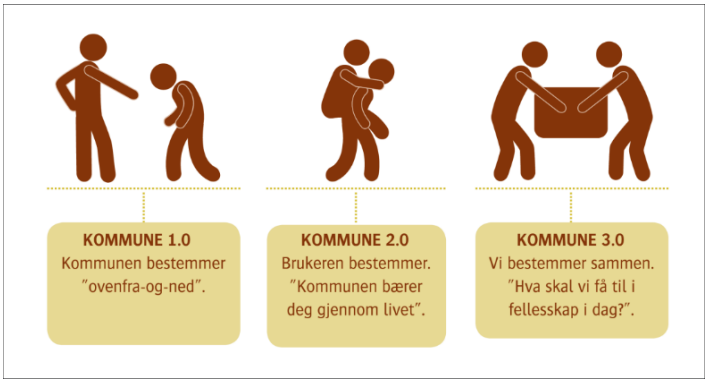
FIGUR 3.10 «NOU 2023/4 TID FOR HANDLING»

Ullensaker kommune er i konkurranse med andre aktører på arbeidsmarkedet. Det er derfor viktig å legge til rette for attraktive arbeidsplasser i fremtidens helse– og omsorgssektor. Tjenesten vil kunne mangle personell innenfor alle yrkesgrupper som eksempelvis helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, leger, psykologer og andre.

Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) vil det mot 2035 være behov for 110 000 flere årsverk i helse- og omsorgssektoren på landsbasis, mot 2060 vil det være behov for nesten 260.000 flere årsverk. Det vil si at opp mot en av tre må jobbe i helse- og omsorgssektoren i 2060.

3.5 Forventninger hos innbyggerne

Danmark innførte for flere år siden begrepet «kommune 3.0». Poenget er å synliggjøre utviklingen fra kommune 1.0 hvor innbyggerne måtte stå med lua i hånda og pent spørre om hjelp. I kommune 2.0, der vi er nå, har vi søkelys på tjenesteproduksjon, kundetilfredshet og service. Nå skal vi til kommune 3.0 som vektlegger felleskapet som ramme for et godt liv.



FIGUR 3.11 ILLUSTRASJON AV UTVIKLINGEN AV SAMHANDLING MELLOM KOMMUNE OG INNBYGGERE

Det Norske velferdssamfunnet står overfor store utfordringer fremover. Ifølge Perspektivmeldingen (Meld. St. 14)[7] vil den kraftige økningen i eldrebefolkningen og andre grupper med sammensatte behov medfører tunge utgifter til helse- og omsorgstjenester og pensjoner (for Ullensaker se figur 3.4 endret utgiftsbehov demografi). Samtidig blir vi færre arbeidstakere og skatteytere som følge av demokratiutfordringene. Med dette bakteppet er det behov for endringer og krever en sterkere innbyggerinvolvering. Det kan være utfordrende å endre etablerte holdninger og handlingsmønstre. Å løse fremtidens utfordringer krever en samlet innsats både fra innbyggerne generelt, og ansatte og ledere i kommunale sektorer.

I kommune 3.0 er fokus knyttet til at alle innbyggere er ressurser og at kommunens oppgave ikke først og fremst å føre innbyggerne gjennom livet, men å muliggjøre et godt liv basert på egenverd, mestring og aktiv bruk av egne ressurser. Dette uavhengig av innbyggernes alder og funksjonsevne. Det handler først og fremst om å ha et godt liv – ikke å få en tjeneste. Ullensaker kommune opplever fra tid til annen forventninger fra innbyggerne som overstiger kommunens ansvar, økonomiske rammer og mulighetsrom. Ullensaker kommune har en forventning fremover at innbyggerne tar ansvar for eget liv, helse og bosituasjon i så stor grad som mulig.

[7] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/

4. Fakta kort status og framskriving ulike målgrupper

Formålet med kartleggingen og framskrivingen er å få oversikt over dagens status og fremtidige behov for botilbud for ulike målgrupper. Resultatet av behovsframskrivningene benyttes for dimensjonering og lokalisering av fremtidige botilbud med heldøgns tjenester. Framskrivingen har også som formål å illustrere kostnadsdriverne i helse- og omsorgstjenesten, samt være et verktøy for fremtidige prioriteringer for utvikling av bygg og tjenester. Denne kartleggingen er gjort av ansatte i Ullensaker kommune. Utgangspunktet for framskrivningen er grunnlagsdata fra dagens status 2022/23 for ulike kategorier brukere med tjeneste og botilbud med heldøgnsomsorg.

Kartleggingsarbeidet har vært mer omfattende enn først antatt. Dette skyldes blant annet at Ullensaker kommune er en kommune i sterk vekst.

4.1 Kartlegging med framskriving HDO 80 +

Bakgrunnen for denne kartleggingen er Ullensaker kommunes behov for å skaffe til veie et kunnskapsgrunnlag om status og behov for botilbud hos brukergruppen 80+. Kartlegging av status og behov skal benyttes til å kartlegge og fremskrive kommunens behov for botilbud til brukere over 80 år.

4.1.1 Metode for kartlegging eldre 80 +

Framskrivingene er basert på manuelle registreringer foretatt i tjenesten basert på dagens status og kapasitet på eksakt antall plasser og fremskrevet antall innbyggere 80+. For å framskrive behovet for antall boenheter for brukere fortrinnsvis over 80 år har vi tatt utgangspunkt i det totale antallet boenheter for denne gruppen som benyttes for heldøgns omsorg i kommunen i 2022, og synliggjort økningen i takt med befolkningsutviklingen.

Nøkkeltall for framskrivingen

- Samlet antall HDO plasser 80 + Ullensaker
- Antall innbyggere 80 +
  Samlet dekningsgrad dagens status og kapasitet på eksakt antall plasser: 24% (oppdatert informasjon 2022 - HDO plasser 24% - herav 15% institusjonsplasser og 9% omsorgsboliger)

Det er utarbeidet et eget vedlegg (3) som redegjør for kartleggingen og fremtidige behov 80+.

Oppsummering dagens status heldøgns omsorgsplasser, i hovedsak 80+

Type tilbud	Institusjon	Oms. Boliger	Samlet
Korttid	51		51
Langtids	136		136
Omsorgsboliger med bemanning		64	64
Omsorgsboliger uten bemanning		47	47
Til sammen	187	111	298

TABELL 4.1 DAGENS STATUS 80+

Tabellen over viser dagens status 80+ - registrert juni 2022 når alle heldøgns omsorgsplasser var talt opp. Dette er utgangspunktet for framskrivingen.

Prognose for befolkningsvekst 80+

Dekningsgraden er et enkelt og matematisk utrykk for antall døgnbemannede plasser delt på antall innbyggere over 80 år i kommunen. Deretter tar man utgangspunkt i dekningsgraden og fremskriver behovet. Dekningsgraden kan på den måten benyttes som utgangspunkt for planlegging av behovet for nye heldøgns bemannede omsorgsplasser, i takt med veksten av antall eldre.

Når en snakker om dekningsgrad på denne måten er det aktuelt å se på prognoser for befolkningsvekst i aldersgruppen 80+ i Ullensaker kommune. Framskrivingen viser mer enn en fordobling av eldre over 80 år allerede i 2035.

	2022	2025	2030	2035
80+ samlet	1.258	1.539	2.157	2.628

TABELL 4.2 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING

Kilde: Ullensaker kommunes befolkningsframskriving våren 2022.

Det er knyttet usikkerhet til hvilket tjenestenivå som er det rette for eldre, og hvor stort det faktiske behovet vil bli. Dekningsgraden kommunen velger å legge seg på er også til dels et strategivalg. Ved høy dekningsgrad vil mye av kommunens ressurser anvendes høyt i innsatstrappen, men senkes dekningsgraden åpner det seg opp for muligheter for å satse mer på ressursbruk til tidlig innsats og forebygging.

4.2 Alternative framtidsscenarioer – 0 – 1 – 2 – 3

Framskrivning av behov for døgnbemannede plasser i fire alternative dekningsgrader.

I dette oppdraget har ønsket vært at scenariene skal inspirere de som medvirker i prosjektet til en dialog om hvilken fremtid som er ønsket for utvikling av pleie- og omsorgs tjenester og behov for bygg. Videre å vurdere ulike muligheter til vegvalg i det videre arbeid.

Scenarioene bidrar til å sikre et felles og helhetlig utgangspunkt for bidragene i planleggingen.

Dagens dekningsgrad – 0 alternativet dagens dekningsgrad

Scenario – 0: Dagens dekningsgrad 24%	2022	2025	2030	2035
Antall personer over 80 år	1258	1539	2157	2628
Samlet ant plasser HDO	298	369	518	631

TABELL 4.3 DAGENS DEKNINGSGRAD

Dagens dekningsgrad og fremskrevet mot 2035 viser over en fordobling i behovet for nye heldøgns omsorgsplasser om en velger samme dekningsgrad som i dag på 24%. For å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i kommunen blir det viktig å tenke grunnleggende nytt. En må se demografiendringene, nye oppgaver og økonomiske rammer i en større sammenheng.

Hva gjør andre kommuner

Dekningsgraden gjenspeiler hvor mange heldøgns omsorgsplasser som disponeres til befolkningen som er 80 år og eldre.

- Asker har en dekningsgrad på 22,5%
- Sandnes har en dekningsgrad på 22,8

Felles for kommunene er at de har en intensjon om å redusere dekningsgraden og omstille eldreomsorgen for å møte økningen av antall eldre med hjelp i hjemmet og forebyggende tiltak.

- Kristiansand har satset sterkt på hjelp i hjemmet og har en dekningsgrad på 17,1 %

Hvilken betydning har omsorgsprofil og dekningsgrad for ressursbruken:

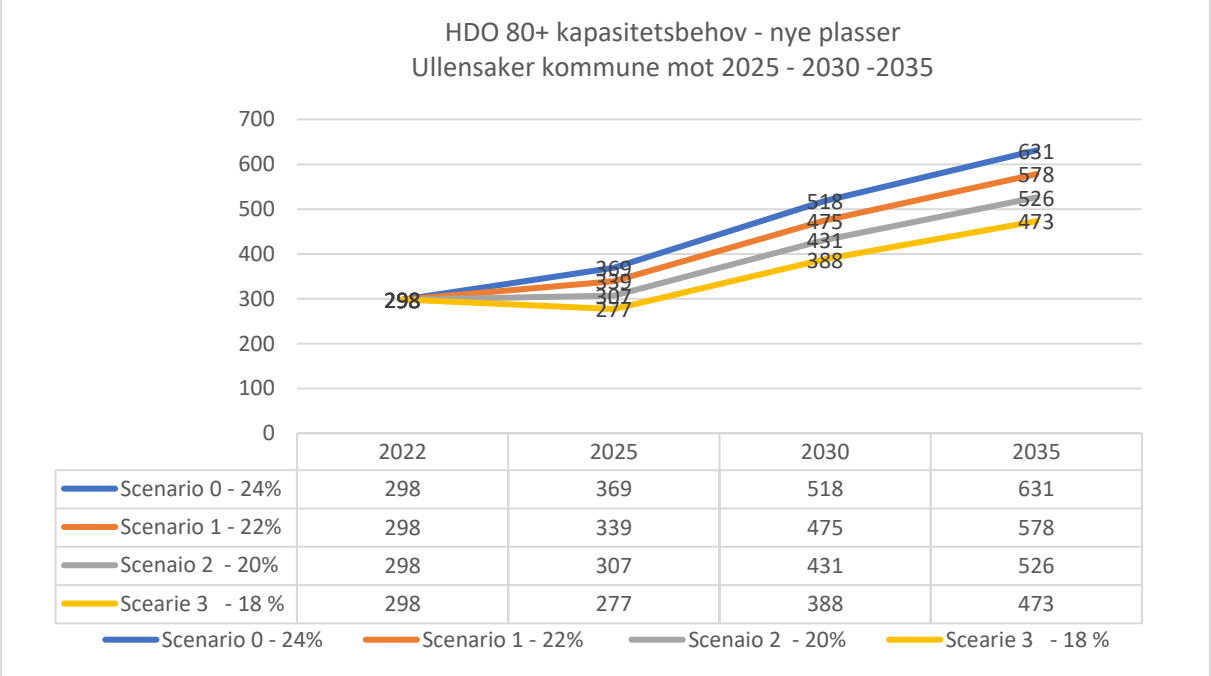
Norske kommuner bruker ressursene til helse- og omsorgstjenester forskjellig. Av de ressursene som går til helse- omsorgstjenestene i kommunene, prioriterer mange kommuner sykehjem. Andre prioriterer helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, og midler til aktivisering. Variasjonen i tjenesteprofil mellom kommunene kan illustreres i utgiftsfordeling på hjemmetjenester, aktivitet og institusjon.

Et prosjekt utført for KS Storbynettverk har forsøkt å identifisere faktorer knyttet til organisering, ledelse og kultur som kan forklare de store forskjellene i ressursbruk mellom de fem største byene i Norge: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand. Et hovedfunn fra dette arbeidet er at forskjeller i tjenesteprofil ser ut til å forklare forskjeller i ressursbruk:

«Våre funn tyder på at høy andel hjemmetjenester og lav andel institusjonstjenester bidrar til lavere ressursbruk. Dette henger naturligvis sammen med at institusjonstjenester generelt sett genererer høyere ressursbruk enn hjemmebaserte tjenester. Dette bildet er særlig tydelig for kommunene Kristiansand, som har lavest ressursbruk, og Stavanger, som har høyest ressursbruk. Kilde: St. 15 2017–2018 Leve hele livet [8]

Framskriving 4 ulike scenarier på dekningsgrader

For å synliggjøre behov for utvikling av heldøgns omsorgsplasser er det laget fire ulike framtidsscenarier. Framskrivingen legger til grunn samlet antall HDO plasser 80+ som er institusjonsplasser (korttid og langtids), og omsorgsbolig med stedlig personell eller nær tilknytning til personellbase. Framskrivningene i fire scenarioer viser det samlede fremtidig kapasitetsbehov for Ullensaker kommune mot 2035 med ulike dekningsgrader. Fra scenario 0 til 3 trekkes dekningsgraden gradvis ned.



FIGUR 4.1 ULIKE SCENARIER PÅ DEKNINGSGRADER

[8] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

Scenarioene viser reduksjon i dekningsgrad fra 24% til 18%, med tilsvarende reduksjon i antall plasser. Scenarioet viser også at kommunen har en synkende dekningsgrad, helt ned mot 14% frem til neste bo- og aktivitetssenter står ferdig ca. rundt 2030, se kap. 5 Anslåtte behov.

Behov for antall nye plasser mot 2030 og 2035 (4 forskjellige alternativer)

Dekningsgrad HDO 80+	Endring - antall nye plasser 2022 - 2030	Endring antall nye plasser 2022 - 2035
Scenario - 0 (24%)	**219**	**333**
Scenario - 1 (22%)	**177**	**280**
Scenario - 2 (20%)	**133**	**228**
Scenario - 3 (18%)	**90**	**175**

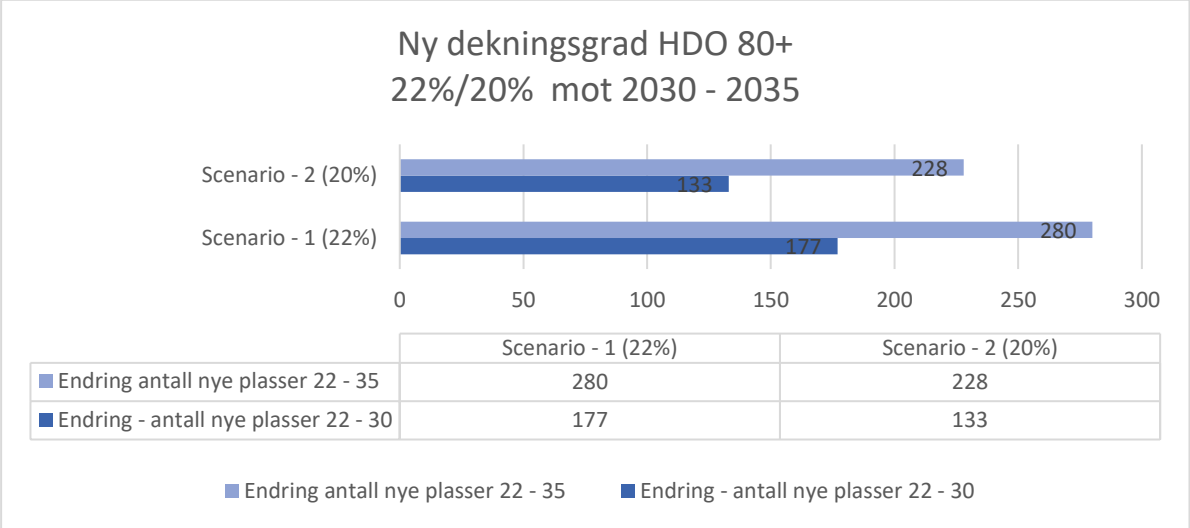
TABELL 4.4 BEHOV FOR ANTALL NYE PLASSER

Framskrivingen av dagens alternativ 24 % er estimert til behov for 333 nye plasser i 2035.

Ved nedtrekk til 22% dekningsgrad er antall nye plasser estimert til 280 mot 2035, 53 færre plasser av hva en må bygge ved å velge en 24% dekningsgrad som er dagens dekningsgrad.

Ved nedtrekk til 20 % dekningsgrad antall nye plasser estimert til 228 nye plasser i 2035, 105 færre plasser av hva en må bygge ved å velge en 24% dekningsgrad som er dagens dekningsgrad.

Å redusere dekningsgraden ned mot 22%/ 20% er sett på som de mest realistiske alternativene.
Å senke dekningsgraden kan være med på å bidra til at kommunen har mulighet til å etablere tjenester og plasser innenfor kommunens økonomiske handlingsrom. Dekningsgraden på HDO plasser vil medføre en høyere andel hjemmetjenester noe som igjen bidrar til lavere ressursbruk og dermed lavere samlede driftskostnader på de øverste trinnene i omsorgstrappen.



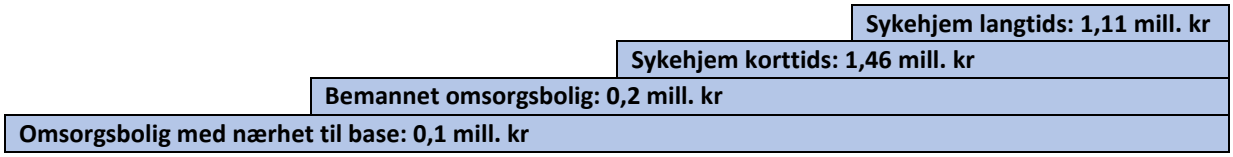
FIGUR 4.2 NY DEKNINGSGRAD 22% / 20%

- Velger Ullensaker kommune en dekningsgrad på 20% for heldøgns omsorgsplasser er det behov for å bygge 133 nye plasser mot 2030, og ytterligere 95 mot 2035.
- Velger Ullensaker kommune en dekningsgrad på 22% på heldøgns omsorgsplasser er det behov for å bygge 177 plasser mot 2030, og ytterligere 103 plasser mot 2035.

Investerings- og driftskostnadene øker jo høyere dekningsgraden er.

Estimert kostnad drift per plass i Ullensaker kommune 80 +

Kommunen ønsker en utvikling mot hjemmebasert omsorg, som innebærer at flere tjenester gis til hjemmeboende. Dette gir muligheter for en reduksjon av samlet dekningsgrad på HDO plasser/ botilbud, og endring på innretningen/ innsatsen (antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger med baser og nærhet til baser). Skissert trapp synliggjør hva en reduksjon vil kunne si med hensyn til antall plasser, driftskostnader for tiltak for brukere 80+.



FIGUR 4.3 INNSATSTRAPP MED KOSTNADER

Innsatstrapp som beskriver kostnader pr plass i omsorgstrappen i Ullensaker, grovt stipulert av Ullensaker kommune.

Ullensaker kommune har gjort en grov estimering av driftskostnader pr. plass årlig. Trappen gir et bilde av kostnader pr. plass i de øverste trinnene i omsorgstrappen.

Estimatet er beregnet ut fra foreløpige regnskapstall 2022. Kommunen har estimert kostnader innen de fire forskjellige kategoriene: korttidsplasser institusjon, langtidsplasser institusjon, heldøgns bemannet omsorgsbolig og omsorgsbolig med nærhet til base. Illustrasjonen over er tatt med for å vise et bilde av estimert kostnad pr. plass i omsorgstrappen. Beregningene er gjort på kort tid, tallene kan variere over tid. En institusjonsbasert (sykehjem) tjeneste gir høyest driftskostnad årlig.

Dette vil ha betydning for hvordan kommune innretter tjenesten for en bærekraftig driftsøkonomi.

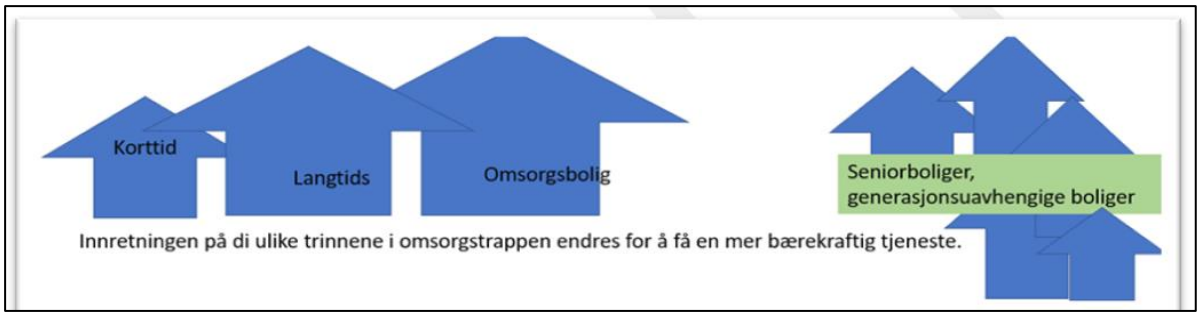
Endret innretning innenfor redusert dekningsgrad

I denne fasen er ikke prosentandelen på innretningen av fremtidige plasser på hvert nivå i omsorgstrappen fremskrevet. Å endre innretningen innenfor en redusert dekningsgrad, vil kunne bidra til å redusere driftsutgiftene ytterligere.

Scenario – ny dekningsgrad 22/ 20%	Dekningsgrad mot 2030/35
Antall personer over 80 år	
Korttidsplasser institusjon (sykehjem)	? %
Langtidsplasser institusjon (sykehjem)	? %
Heldøgns bemannet omsorgsbolig	? %
Omsorgsbolig med nærhet til base – ambulante tjenester	**Kan gå inn i privat anskaffelse/ bygging (eks. seniorboliger)**
Samlet ant plasser HDO / dekningsgrad	**22/20%**

TABELL 4.5 INNRETNING INNENFOR REDUSERT DEKNINGSGRAD

Dette innebærer en endring av innretningen med flere bemannede omsorgsboliger og færre sykehjemsplasser, og flere boligprosjekter for eldre som fremmer alternative boformer slik at flere kan bo lengre i eget hjem.



FIGUR 4.4 INNRETNINGEN I OMSORGSTRAPPEN

Tjenesten signaliserer at funksjonsnivået på brukere som har et sykehjemstilbud og et tilbud i omsorgsbolig med base har utviklet seg til å bli tilnærmet likt de senere årene. En må anslå at fremtidens brukere av heldøgns omsorgsbolig vil ha et høyere omsorgsbehov enn i dag, og at driftskostnadene pr. plass i bemannede omsorgsboligplass blir dyrere enn i dag. Men det vil likevel bli billigere enn en heldøgns sykehjemsplass.

Som nevnt er dekningsgraden et verktøy for fremtidige prioriteringer både for utvikling av bygg og tjenester. I oppfølging av ferdigstilt Helse- og omsorgsplan bør dekningsgrad og prosentvis fordelingen på sykehjemsplasser konkretiseres (langtids og korttids), og omsorgsboliger med bemanning i fremtidige bo- og aktivitetssentre.

Ullensaker kommune bør systematisk følge opp behov, dekningsgrad og innretning årlig som følge av den demografiske utviklingen.

Forekomst av demens

Forekomsten av demens øker med økende alder, og demenssykdom er mest vanlig blant eldre. Demens kjennetegnes ved endringer i kognisjon og adferd i en så stor grad at det påvirker dagliglivets aktiviteter. Det er en progredierende sykdom, som innebærer at de som er syke blir gradvis dårligere inntil vedkommende trenger hjelp hele døgnet [9]. Det er ulike typer demens hvor den vanligste er Alzheimer (57%).

Figuren under viser økning av antall personer med demens i Ullensaker kommune fra 2020 til 2050.

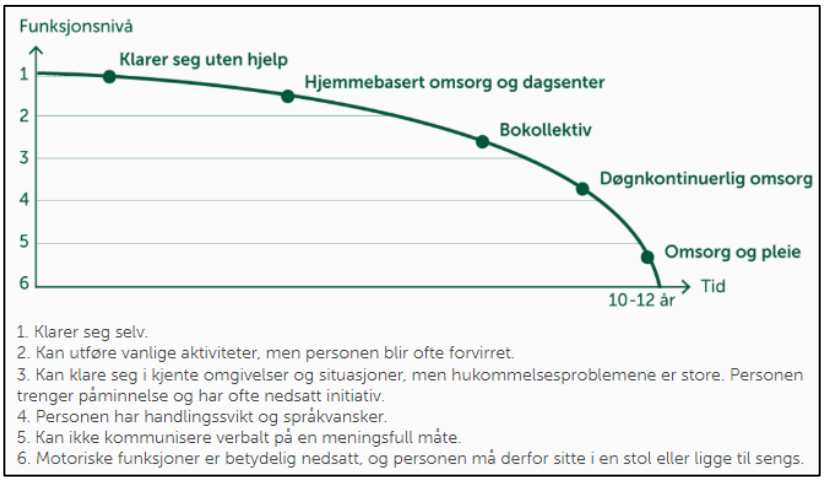
FIGUR 4.5 ØKNING AV ANTALL PERSONER MED DEMENS I ULLENSAKER KOMMUNE FRA 2020 TIL 2050
Kilde: Demenskartet.no

«Beregningsgrunnlaget for antall med demens fremover er SSBs befolkningsframskriving fra 2020 (hovedalternativet). Det må påpekes at SSBs framskriving har en langt lavere befolkningsvekst enn Ullensaker kommunes egne befolkningsframskrivinger. (SSBs framskriving fra 2020 sier 49 500 innbyggere i år 2040, mens Ullensakers framskriving fra 2022 anslår 65 000 innbyggere.)»

[9] *Forekomst av demens i Norge, demensplan 2020, Aldring og helse Nasjonal kompetansetjenester*

Nasjonale tall viser at de aller fleste med demens bor hjemme, og ikke på sykehjem; i 2020 bodde 2/3 deler hjemme [10]. I overkant av 80% av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom. Selv om flesteparten med langtidsopphold i sykehjem har demens, bor 2/3 av personer med demensdiagnose hjemme. Det viser at alle med demensdiagnose trenger ikke være på omsorgsnivåene med HDO.

Diagrammet over utviklet av Aldring og helse viser demensdiagnostisertes sykdomsforløp som anslås fra en 10 til 12 års periode fra sykdommen oppstår til livets slutt. Gjennom denne perioden får brukerne et økende behov for tilrettelegging, oppfølging og pleie- og omsorgstjenester.



FIGUR 4.6 FUNKSJONSNIVÅ OVER TID

Dette er en stor samfunnsutfordring i årene fremover. Det har utviklet seg en forståelse av at dette ikke bare er helse- og omsorgstjenestens ansvar, men hele kommunens ansvar.

4.3 Kartlegging med framskriving – «Bolig med bistand»

Målgruppen for tjenestene i avdeling «Bolig med bistand» er personer med medfødt eller tidlig erervet funksjonsnedsettelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og habilitering.

Få utviklingshemmede bor i dag i egen eid eller leid bolig utenom bofellesskap, generelt sett. Hoveddelen av utviklingshemmede bor enten hjemme hos familie eller leier bolig av kommunen. Regjeringens mål er at alle skal ha et godt sted å bo. I Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken 2021-2024[11] er det i tillegg satt som mål at alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet, og at den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv. Det er tydelig søkelys på at en god boligløsning gir en trygg basis slik at den enkelte kan planlegge andre sider av dagliglivet. Det er kommunenes har ansvar for fremskaffelse av boliger, botiltak og aktuelle oppfølgingstjenester til alle vanskeligstilte boligsøkere som ikke er i stand til å mestre det ordinære boligmarkedet selv.

Ullensaker kommune har pr. mars 2023 60 boliger tilgjengelig for målgruppen, de fleste av disse er organisert i bofellesskap.

Med mål om å kartlegge og fremskrive behovet for botilbud til personer med nedsatte funksjonsevner ble det i februar 2023 gjennomført en kartlegging av rundt 130 personer som er tjenestemottakere i avdeling Bolig med bistand. Fremtidig behov hos hver enkelt klient er vurdert tverrfaglig.

Med mål om å få en mest mulig treffsikker behovskartlegging hos enkeltindividene er kartleggingen avgrenset til perioden 2023 til og med 2028, 5 år frem i tid. Begrunnelsen for avgrensningen til 2028 er at kartlegging ut over 2028 mest sannsynlig vil bli mindre treffsikker, og det er flere årsaker til dette. Tjenesten har i prosessen redegjort for at det mest sannsynlig vil bli store endringer i målgruppen i løpet av få år. F.eks. har Bolig med bistand redegjort for at de får inntil 1 – 2 nye henvendelser pr. mnd.

[10] Demens-FHI; *https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/*
[11] https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/boligsosial-strategi/id2786896/

det er stor innflytting til kommunen og at de over tid opplever stor pågang. Tjenesten har også pekt på at man må søke nye innovative løsninger innenfor alle tjenesteområder, fremtidens løsninger kan bli en annen enn den man velger i dag. Et annet argument for avgrensningen til og med 2028 er at Husbanken har satt krav om oppdatert kunnskapsgrunnlag ved søknad om investeringstilskudd. Investeringstilskudd vil være relevant for en del av prosjektene.

> *Husbanken kan avvise søknader om ikke plankravskjema er basert på oppdaterte tall og kommunen ikke har vurdert prosjektet i sammenheng med kommunens helhetlige tilbud. Informasjon og tall i kunnskapsgrunnlag/plan skal i utgangspunktet ikke være eldre enn 3 år. Dato på kunnskapsgrunnlag/plan oppgis i skjema for plankrav*[12].

4.3.1 Metode for kartleggingen

- Kartleggingen av status i bo- og tjenestetilbud i Ullensaker kommune beskriver botilbudet kommunen har til brukergruppen pr. mars 2023. Dagens bo- og tjenestetilbud er kartlagt av avdeling Bolig med bistand oktober 2022.
- Kartlegging av det fremtidig behov sier noe om hvor mange i denne målgruppen som totalt trenger bo- og tjenestetilbud fremover til og med 2028.
- Kartlegging av fremtidig behov for botilbud er gjennomført av avdeling Bolig med bistand og Tildelingsenheten sammen.
- Det er foretatt individkartlegging og foretatt en helhetlig faglig vurdering for hvert individ som er kartlagt.
- Det er kartlagt behov for perioden 2023 – 2028.
- Metoden som er benyttet samsvarer med Husbankens plankrav for investeringstilskudd[13] ift. krav om helhetlig planlegging.
- Metode for kartlegging er i henhold til Nasjonal veileder – Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.[14]
- Metoden som er benyttet samsvarer med hvordan kartleggingen gjennomføres i en del andre norske kommuner[15].

Kartleggingen er gjennomført av tjenesten og behovet er høyere enn tidligere antatt. Det er utarbeidet et eget vedlegg (4) som redegjør for kartleggingen og fremtidige behov.

Kartleggingen avdekket følgende oppsummerte behov mot **2028.**

Boligtype	**Antall botilbud som må erverves**
Selvstendige boliger, omsorgsboliger, bokollektiv og bofellesskap	• 1 bokollektiv for inntil 6 beboere • 4 bofellesskap for inntil 8 beboere i hver • 13 selvstendige boliger, samlokalisert, i klynger eller i ordinært borettslag

TABELL 4.6 TYPE BOTILBUD SOM MÅ ERVERVES

[12] https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/veileder/6-2-plankrav/

[13] https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8s32-6.pdf

[14] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/livsfaser-og-overganger#kommunen-skal-bista-personer-med-utviklingshemming-i-valg-utforming-og-tilrettelegging-av-bolig

[15] https://naku.no/kunnskapsbanken/tidlig-kartlegging-av-boligbehov-gir-st%C3%B8rre-treffsikkerhet

4.4 Kartlegging/framskriving rus- og psykisk helseutfordringer

Det er en nasjonal målsetning å styrke kommunenes arbeid til personer med lidelser knyttet til psykisk helse og rus. Helsefremmende arbeid, forebygging, brukerperspektiv, samt helhetlige, fleksible og lett tilgjengelige tjenester er i fokus i både Folkehelseloven, Samhandlingsreformen, Opptrappingsplan for rusfeltet og ulike veiledere. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og frivillig sektor er også viktig.

Dreiningen i spesialisthelsetjenesten med gradvis nedbygging av døgntilbudet og en sterkere satsing på poliklinisk behandling, har hatt innvirkning på utviklingen av kommunale tjenester og behovet for tilrettelagte boliger for personer med helseutfordringer innen rus og psykisk helse.

Avdeling Helsevern har sammen med sine samarbeidspartnere utarbeidet en egen tiltakstrapp for tjenesten. Tiltakstrappa har 13 trinn og har ulike botilbud i hvert trinn. Tiltakstrappa har vært benyttet i kartleggingen av behov for botilbud hos 252 personer som mottar bistand i tjenesten. Behovet er høyere enn tidligere antatt. Kartleggingen er gjennomført februar 2023.

4.4.1 Metode for kartleggingen

- Kartleggingen av status i bo- og tjenestetilbud i Ullensaker kommune beskriver botilbudet kommunen har til brukergruppen pr. mars 2023. Dagens bo- og tjenestetilbud er kartlagt av avdeling Helsevern.
- Kartlegging av det fremtidig behov sier noe om hvor mange i denne målgruppen som totalt trenger bo- og tjenestetilbud fremover til og med 2028.
- Kartlegging av fremtidig behov for botilbud er gjennomført av avdeling Helsevern i samarbeid med NAV, Boligkontoret og Tildelingsenheten.
- Det er foretatt individkartlegging og deretter foretatt en helhetlig faglig vurdering for hvert individ som er kartlagt.
- Kartleggingsskjema er utarbeidet av avdeling for Helsevern og benyttet i individkartleggingen.
- Avdeling for helsevern har etablert en Tiltakstrapp for tjenesten. De kartlagte brukene er innplassert i tiltakstrappa etter en faglig vurdering utført av en tverrfaglig sammensatt gruppe av helse- og sosialfaglig personell.
- Behovet er kartlagt for perioden 2023 – 2028.
- Metoden som er benyttet samsvarer med Husbankens plankrav for investeringstilskudd[16] ift. krav om helhetlig planlegging.
- Metode for kartlegging er i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer og veileder for området[17][18]
- Metoden som er benyttet samsvarer med hvordan kartleggingen gjennomføres i en del andre norske kommuner[19].

Kartleggingen er gjennomført av tjenesten og behovet er høyere enn tidligere antatt. Det er utarbeidet et eget vedlegg (5) som redegjør for kartleggingen og fremtidige behov.

[16] https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8s32-6.pdf

[17] Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser

[18] Veileder i lokalt psykisk helse og rusarbeid «Sammen om mestring»

[19] https://naku.no/kunnskapsbanken/tidlig-kartlegging-av-boligbehov-gir-st%C3%B8rre-treffsikkerhet

Kartleggingen avdekket følgende oppsummerte behov mot **2028.**

Type botilbud	Antall botilbud som må erverves
Selvstendige boliger, omsorgsboliger i bofellesskap og bokollektiv, og institusjon	• 10 selvstendige boliger • 4 Småhus for 4 brukere • 1 Bofelleskap for 5 brukere • 1 bokollektiv med 5 plasser i bokollektiv/bofellesskap • 1 bokollektiv med 5 plasser i bokollektiv, bo-trenging for unge • 1 hardbruksbolig • 1 bolig med spesialisert bemanning for 9 brukere • 17 plasser i institusjon eller heldøgns bemanning

TABELL 4.7 TYPE BOTILBUD SOM MÅ ERVERVES

4.5 Barne- og avlastningsbolig

Barne- og avlastningsbolig er et tilbud for barn og unge under 18 år som har et særlig stort behov for helse- og omsorgstjenester. Det kan være barn med funksjonsnedsettelser og sykdom(mer) som krever ekstra omsorg og pleie. Ullensaker kommunen har 6 plasser på Gjestad avlastning pr. februar 2023.

Det kommunale avlastningstilbudet gis i Gjestad avlastning, et bygg som i utgangspunktet var bygd som sykehjem. Etter hvert som behovene har meldt seg er det foretatt ombygginger. Arealene opplever å være lite egnet som avlastningsbolig, arealene er ikke tilrettelagt og det er lite areal for barna å leke på inne. Det er i medvirkningsprosessen anbefalt at Gjestad avlastning erstattes med et nytt bygg innen 2035 (dette er hensyntatt i oppsummeringen under).

Tjenesten gir pr. februar 2023 følgende tilbud:

- Ca. 90 barn og unge, får i dag til bud om avlastning
- 42 barn får privat avlastning.
- 17 barn og unge har tilbud i plasser kommunen kjøper hos private aktører
- 26 barn og unge gis tilbud om avlastning i avlastningsboligen – fordelt på 6 rom
- 4-5 familier får avlastning som BPA

De fleste barn- og unge som får tilbud i barne- og avlastningsbolig, har diagnoser innenfor spekteret autisme og ADHD. Kapasiteten er sprengt og det er ikke bygd nye avlastningsboliger siden 2016, to plasser avvikles av tilbyder innen kort tid. Tjenesten mottar 1 – 2 nye henvendelser pr. uke.

Kartleggingen avdekket følgende oppsummerte behov mo**t 2028**. Kartleggingen bør følges opp årlig.

Type botilbud	Antall botilbud som må erverves
Omsorgsboliger - bofellesskap og bofellesskap	• 1 barnebolig med 4 plasser • 2 nye avlastningsboliger med (6 + 6 plasser)

TABELL 4.8 TYPE BOTILBUD SOM MÅ ERVERVES

- Tjenesten har gjennomført en individuell kartlegging av barn- og unge **som i dag er** tjenestemottakere i Ullensaker kommune. Behovet hos disse barna er fremskrevet.
- Det er ikke anslått behov for barne- og avlastningsbolig for nye barn/brukere.
    - Bakgrunnen for dette er at det vil være svært krevende å forutse økningen i behov hos barn som ikke er født eller som ikke er innbyggere i kommunen pr. i dag.
    - For å fange opp veksten anbefaler Husbanken i sitt Plankrav ved søknad om investeringstilskudd[20] at kommunene oppdaterer kunnskap om behovet for alle målgrupper hvert 3. år.

[20] https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/plankrav/

5. Anslåtte behov

Oppsummerte behov kartlagt og utredet i samarbeid med tjenesten, viser behov for botilbud fortrinnsvis med heldøgns omsorgstilbud frem mot 2035. For yngre er behovet vist frem mot 2028.

5.1 Program behov

Anlegg/ anskaffelser boligbehov eldre - til helse- og omsorgsformål mot 2035							
Program årstall anskaffelse	**2024**	**2026**	**2028**	**2030**	**2032**	**2035**	**Til sammen**
Eldre 80 + - 20% dekningsgrad				**133**		**95**	**228**
Eldre 80+ - 22% dekningsgrad				**177**		**103**	**280**
Plasser samlet (20/22% dekningsgrad)							**228/280**

TABELL 5.1 BOLIGBEHOV ELDRE OVER 80 ÅR

Kommentar: Antall plasser er ut ifra definert dekningsgrad for eldre over 80 år

- Eldre 80+ med dekningsgrad 20%: behov for 228 plasser samlet (133 i 2030 og 95 i 2035).
- Eldre 80 + med dekningsgrad 22%: behov for 280 plasser samlet (177 i 2030 og 103 i 2035)

Det tar ca. 6 år fra start av planlegging til ferdigstillelse av et bo-/aktivitetssenter. Derfor er antall plasser plassert i kolonne 2030. Jf. scenarioer i figur 4.1 ulike scenarier på dekningsgrader. Dekningsgraden mot 2030 vil synke ut fra at det tar så lang tid å etablere nytt bo- og aktivitetssenter.

Anlegg/ anskaffelser boligbehov yngre - til helse- og omsorgsformål mot 2035							
Program årstall anskaffelse	**2024**	**2026**	**2028**	**2030**	**2032**	**2035**	**Til sammen**
Mennesker med nedsatt funksjonsevne	13	20	18				51
Barne- og avlastningsbolig	10	6		8			24
Mennesker med rus/ og eller psykisk	36	13	7				56
Plasser samlet							**131**

TABELL 5.2 BOLIGBEHOV ANDRE TJENESTEOMRÅDER

Kommentar: Antall plasser er med grunnlag i individbasert kartlegging. Kartleggingen viser at behov for nye botilbud er umiddelbare.

- Mennesker med nedsatt funksjonsevne: behov for 51 plasser samlet (13 i 2024 og 20 i 2026 og 18 i 2030)
- Barne- og avlastningsbolig: Beregnet behov er 24 plasser samlet (10 i 2024 og 6 i 2026 og 8 etter 2030)
- Mennesker med rus/ og eller psykisk helseutfordring: behov for 56 plasser samlet (36 i 2024, 13 i 2026 og 7 i 2028)

Det tar ca. 2,5 til 4 år fra start til ferdigstillelse av omsorgsboliger.

Tabellen under viser hvilken type plasser/ boliger det er behov for mot 2035

Type plass/ botilbud alle brukerkategorier							
Program	**Plasser institusjon**	**Omsorgsb. bokollektiv**	**Omsorgsbolig bofellesskap**	**Selv stendig**	**Småhus**	**Hard-bruksbolig**	**Til sammen**
Eldre 80 + - 20% dekningsgrad	228						*228
Eldre 80 + - 22% dekningsgrad	280						*280
Mennesker nedsatt funksjonsevne		6	32	13			51
Barne- og avlastningsbolig	24						24
Mennesker med rus/psykisk							
Bolig med spesialisert bemanning	9	6	9	10	4	1	39
Institusjon	17						17
Til sammen	**26**	**6**	**9**	**10**	**4**	**1**	**56**
Plasser samlet	**278/330**	**12**	**41**	**23**	**4**	**1**	**359/411**

TABELL 5.3 TYPE PLASSER/BOLIGER DET ER BEHOV FOR MOT 2035

*I neste fase utredes innretningen for 80 + (hvor mange av plassene som skal være omsorgsboliger med base).

6. Retning og veivalg – gode fremtidsrettede helsetjenester

Befolkningssammensetningen innvirker sterkt på kommuners valg av omsorgsprofil. Ullensaker kommune har i dag en ung befolkning, sammenlignet med landet ellers. Dette skyldes den store tilflytningen kommunen har hatt etter at hovedflyplassen åpnet. Det forventes fortsatt sterk befolkningsvekst i kommunen, noe som vil medføre påfyll av unge voksne og bidra til en fortsatt ung befolkning i årene som kommer. Parallelt forventes det en økning i antall eldre (kap.3.1). Økning av antall eldre i Norge skyldes økt levealder og at de store etterkrigskullene blir gamle. For Ullensakers del vil de mange tilflytterne de siste 20 årene også ha betydning for veksten i antall eldre. Ullensaker kommune har i tillegg en sterk økning av yngre med sammensatte behov.

I 2030 vil det for første gang være flere eldre enn barn i landet (kap. 3.4) noe som medfører at det etter hvert blir færre innbyggere i arbeidsfør alder på landsbasis. Knapphet på helsepersonell skaper bekymring og gjør at det vil være helt avgjørende at også Ullensaker kommunen iverksetter tiltak for at helsetjenestene kan utvikles og vokse smartere. Det har utviklet seg en sterk bevissthet rundt måten vi velger å utvikle tjenester på. Ullensaker kommune, i likhet med de fleste andre kommuner i landet, arbeider med å gjennomføre et dreiningsarbeid hvor en går fra et tjenestetilbud som i hovedsak blir gitt i institusjon for eldre, til et tjenestetilbud som i større grad blir gitt i hjemmet.

Denne dreiningen er nødvendig å gjennomføre for å sikre fremtidige bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Eget hjem er det naturlige førstevalget og derfor er det nødvendig å videreutvikle tjenester og tilbud til hjemmeboende. I tillegg bør det utvikles boligprosjekter som fremmer alternative boformer. Dette krever også en bevissthet rundt måten vi bygger og lokaliserer boliger på. Fremtidens løsninger påvirker både kvalitet og økonomi, både i tjenesten og for de som mottar tjenesten. Disse utfordringene kan ikke helse- og omsorgstjenestene løse alene. Det krever et tverrsektorielt samarbeid i kommunen.

Bærekraftige helse- og omsorgstjenester

Felles forståelse av utfordringene man står ovenfor innenfor helse og omsorg, og behovet for samarbeid for å møte disse er særlig viktig får å nå målene om en bærekraftig tjeneste av god kvalitet. Tjenestetilbudene må utformes gjennom samskaping med frivillige, samfunnsliv, næringsliv og innbyggere. Dette krever involvering og brukermedvirkning.

Det er ikke utarbeidet egne sektor vise bærekraftmål i kommunen. For å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester i kommunen er det viktig at helse- og omsorgssektoren har noen bærekraftmål å jobbe mot. Dette ble tema og arbeid i workshop 1 som ble gjennomført i oktober 2022. Som resultat ble det foreslått fem utvalgte bærekraftmål for helse- og omsorgstjenestene:

- Nr. 3 God helse og livskvalitet
- Nr. 9 Industri, innovasjon og infrastruktur
- Nr. 10 Mindre ulikhet
- Nr. 11 Bærekraftige byer og lokalsamfunn
- Nr. 17 Samarbeid for å nå målene

FIGUR 6.1: DE 5 BÆREKRAFTMÅLENE SOM BLE FORESLÅTT PRIORITERT I WORKSHOP I OKT. 2022

6.1 Rekruttering

Dagens situasjon innenfor helse- og omsorgssektoren i Ullensaker kommune tilsier at en bør endre omsorgsprofilen/ driften og søke nye løsninger som kan innvirke på hvordan en skal redusere gapet mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser. Både i forhold til investeringsvalg, driftskostnader, kvalitet i tjenesten og utfordringene med å rekruttere personell.
I og med at det nå offisielt er fastslått at det pågår en situasjon der mangelen på helsepersonell øker i hele landet, spesielt i distriktene, men også i byene, ser ikke fremtidsutsiktene lovende ut for å oppnå en bedret rekruttering i Ullensaker kommune (kap.3.4) De demografiske utfordringene med flere pasienter/brukere og færre innbyggere i arbeidsaktiv alder på landsbasis bidrar til å forsterke utfordringene.

Tjenesten formidler at det må settes et sterkt søkelys på rekrutteringsarbeidet gjennom å utvikle en rullerende plan for rekruttering med oversikter og framskrivinger av behov. Planen bør omfatte ordninger og rekrutteringstiltak som ikke bare dreier seg om lønn og som vil oppleves som hensiktsmessige både for framtidige ansatte i helse- og omsorgstjenesten og i kommunen.

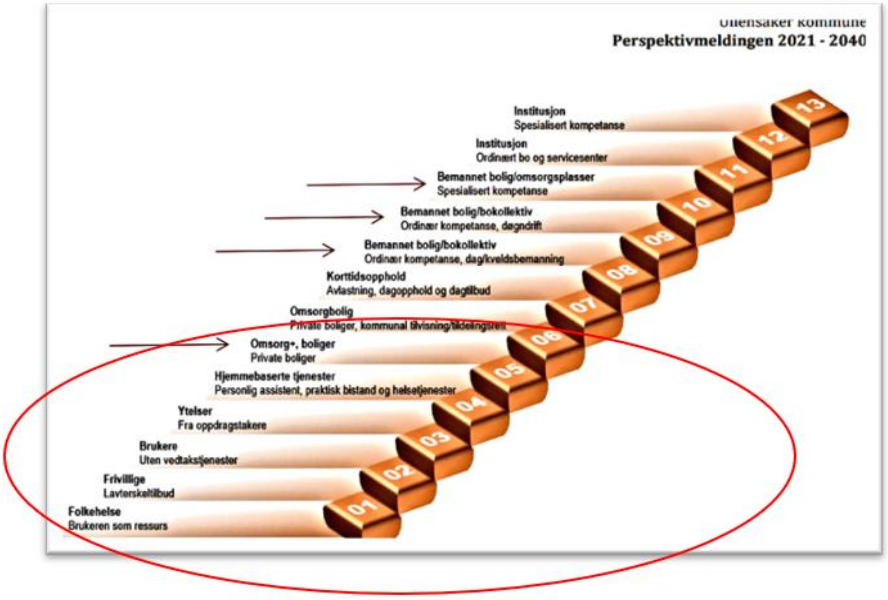
6.2 Omsorgstrappen og fremtidig omsorgsprofil

Videreføring av dagens omsorgsprofil vil medføre en kollaps av kommunens økonomiske bærekraft (kap.3.2). Kommunen vil ikke klare å bygge over dobbelt så mange plasser innen 2035 for eldre (kap. 4.2), det vil heller ikke være nok ansatte til å drive disse tjenestene.

Det er behov for å tenke grunnleggende nytt. En endring av omsorgsprofil mot en mer hjemmebasert omsorgsprofil er en av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring. Styrking av tiltak mot de nederste trinnene i trappen kan gi lavere kommunale utgifter, det omtales som en hjemmebasert omsorgsprofil. Jo lenger opp i omsorgstrappen tjenestene gis på jo dyrere blir tjenestene.

Omsorgstrapp

Helse- og omsorgstrappen gir et bilde av sammen-hengen mellom økende behov og tjenestetilbud. Ullensaker kommune ønsker å videreutvikle en hjemmebasert omsorgsprofil.



FIGUR 6.2 HJEM-MEBASERT OMSORGSPROFIL

Kilde: Omsorgstrapp - illustrasjon fra Agenda Kaupang

Pilene i tabellen over illustrerer å trekke ned dekningsgraden generelt på institusjonsplasser og satse på bemannede omsorgsplasser og leide eller selveide boliger. Trappen under gir et bilde av kostnader pr. plass i de øverste trinnene i omsorgstrappen. Jo lengere opp i trappen, jo dyrere blir tjenesten. Dette vil ha betydning for hvordan en innretter tjenesten (kap. 4.2).

Sykehjem langtids: 1,11 mill. kr
Sykehjem korttids: 1,46 mill. kr
Bemannet omsorgsbolig: 0,2 mill. kr
Omsorgsbolig med nærhet til base: 0,1 mill. kr

Innsatstrapp som beskriver kostnader pr plass i omsorgstrappen i Ullensaker, grovt stipulert av Ullensaker kommune.

Kommunen har en intensjon om å forsterke tjenestene i de laveste trinnene i omsorgstrappen slik at kommunen bidrar til at innbyggerne kan bo lengst mulig hjemme også når helsen svikter. Dette innebærer en styrking og tilrettelegging for hjemmetjenester og andre lavterskeltilbud.

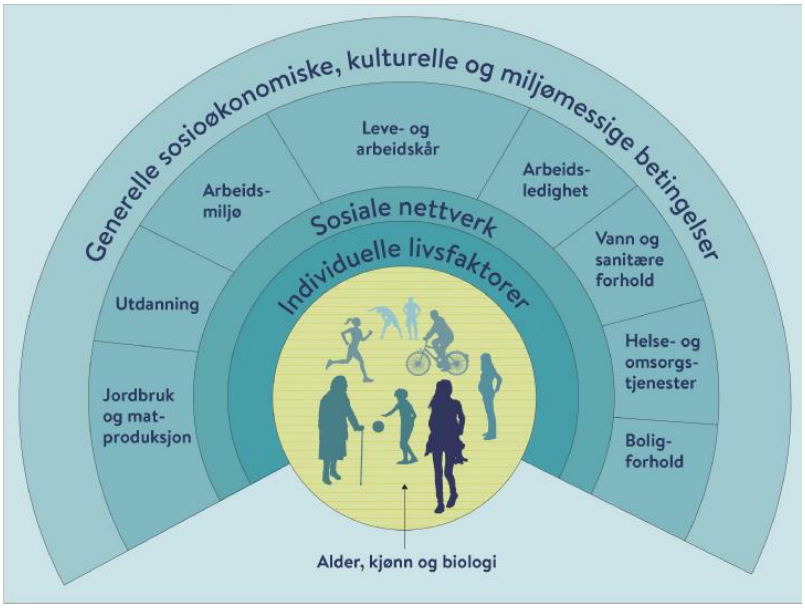
Det vil være viktig å utfordre omsorgstrappetenkningen med hensyn til styrking av hvert trinn som forebygger en flytting til et høyere nivå i omsorgstjenesten. I denne sammenhengen legge til rette for at tjenestene kan tildeles og utføres på lavest effektive omsorgsnivå (LEON prinsippet), noe som kan bidra til en mere økonomisk bærekraftig tjeneste. Samtidig blir en fleksibilitet mellom nivåene en nødvendighet for å unngå permanent flytting.

En satsing på forebygging fremfor reparasjon er viktig i alle trinn fordi det alltid gir bedre resultater til en lavere kostnad, enn å reagere når noe må repareres eller opprettes (ad hoc løsninger er ofte dyre). Eksempel på dette er at Ullensaker kommune unngår å måtte kjøpe av plasser i andre kommuner.

6.3 Folkehelse

Folkehelse benevnes som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning, mens folkehelsearbeid benevnes **som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.** Gode folkehelsetiltak forebygger og har en positiv effekt på etterspørselen av helse- og omsorgstjenester.

Målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. Kommunens folkehelsearbeid handler også om å utjevne sosial ulikhet rettet mot hele befolkningen. I tillegg til helsesektorens innsatser ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer.



FIGUR 6.3 SAMMENHENGER

Eksempler på dette er; utdanning, arbeid, sosiale møteplasser, bo- og nærmiljøer, ren luft, fravær av støy, gang- og sykkelveier, turstier og friluftsliv, fysisk aktivitet i skolen og i hverdagen ellers.

Psykiske helseplager er en utfordring blant både ungdom og voksne i kommunen, og blant voksne er også muskel og skjelettlidelser en utfordring.

Aktivitetstilbud og møteplasser som er inkluderende tiltak som skaper innenforskap og økt livskvalitet.

Kommunens arbeid for å gjøre grøntarealer, transportmuligheter, kulturarrangementer og idrettsarenaer tilgjengelige for innbyggerne, uavhengig av sosiale og økonomiske ressurser, betyr mye for deres opplevelser av tilhørighet, aktivitet, utvikling og kontakt.

Et trygt nærmiljø kan stimulere til økt utendørs aktivitet og deltakelse. Særlig for ungdom er det viktig med trygge og tilgjengelige arenaer for meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet.

Løsningene i Ullensakers Helse - og omsorgsplan har også som formål å bidra til å redusere utenforskap og ensomhet gjennom blant annet å legge til rette for generasjonsuavhengige møteplasser. Et eksempel på dette er et vedtak om å utvikle en strategi for hvordan skolene kan utvikles som nærmiljøsentre, der det er aktivitet også etter skoletid. Det skal gjennomføres piloter i noen nærmiljø, slik at kommunen utvikler kunnskap og erfaring om hva de ulike nærmiljøene i Ullensaker har behov for [21].

I utvikling av nye tiltak bør kommunen legge til rette med søkelys på universell fysisk utforming slik at flest mulig kan bevege seg i og benytte bygg, arealer og byen uavhengig av funksjonsnedsettelse. Eksempler på en utvikling som har effekter utover det fysiske kan være hensiktsmessig tilrettelegging for barn og unge med ulike funksjonsnedsettelser og deres muligheter for likeverdige utviklings- og aktivitetsmuligheter. Barne- og avlastningsbolig bør sikres nærhet til skole- og barnehagetilbud i overordnet planlegging. Dette kan motvirke barrierer for og tidsbruk for deltakelse i hverdagsaktiviteter, og kan videre ha en kostnads- og klimabesparende effekt i form av mindre bruk av ressurser til transport, og for bruk av helsepersonell.

Folkehelsemeldinga belyser viktigheten av nærhet til hverdagsarenaer og tilgjengelige tilbud samt tjenester som kan bidra til tilhørighet. Hvordan vi utformer fysiske omgivelsene kan bidra til å øke fellesskap og minske ensomhet og utenforskap.

6.4 Ivaretagelse av egen helse og alderdom

«Hver enkelt av oss må gjøre mer for å planlegge for en alderdom» er en uttalt politikk signalisert fra sentrale myndigheter.

Å ta ansvar for egen alderdom omfatter blant annet at den enkelte selv må ta større ansvar for egen helse, sosialt liv og egen boligsituasjon for å sikre seg en god alderdom.

Planlegging og tanker om pensjonisttilværelsen følger naturligvis alder. Mange av oss har ikke lyst til å ta innover oss at vi blir eldre, og vi skyver det foran oss. Ifølge senteret for aldersvennlig Norge er vi dag i snitt 65,5 år når vi går av med pensjon. Mange av oss vil oppleve å ha 20 til 30 år som pensjonist. Det betyr at det er mange dager som skal fylles med innhold. **Det krever initiativ, at vi bor slik at vi enkelt kan delta i ulike aktiviteter, og at vi har sørget for en økonomi som gjør at vi kan være med på det vi ønsker.**

Nærmere 8 av 10 nordmenn mener at den enkelte må ta større ansvar for å sikre seg en god alderdom. Allerede fra 45 års alder har de fleste av oss gjort oss tanker om hvordan vi vil ha det eller lagt planer for pensjonisttilværelsen. Det viser tallene fra Helsepolitiske barometer som ble lansert i april 2022, der befolkningen man spurte spørsmål om å bli eldre. Undersøkelsen gjennomføres årlig av markedsanalysebyrået KANTAR[22].

[21] satsingsområder i budsjett 2022
[22] https://www.aldersvennlig.no/2022/04/19/helsepolitisk-barometer-2022/

I undersøkelsen svarer 4 av 5 mellom 45 og 59 år at de har planlagt eller gjort seg noen tanker for å få den pensjonisttilværelsen de ønsker seg. For befolkningen sett under ett, er de fleste opptatt av hvordan de skal sikre seg en trygg økonomi, holde seg fysisk aktive og ha noe å fylle tiden med.
Undersøkelsen viser imidlertid at myndighetene må ta ansvar ved å tilrettelegge for møteplasser og arenaer tilpasset denne store gruppen, at det finnes boliger å flytte til hvis man ikke kan bo i sin tidligere bolig og at det er transportmuligheter.

Et av formålene med Helhetlig helse- og omsorgsplan er å stimulere til tverrfaglig strategisk planlegging som skal bidra til aldersvennlig samfunn med generasjonsuavhengige møteplasser, boliger og botilbud for seniorer og den eldste gruppen eldre.

6.5 Bo lengst mulig hjemme

Fremtidsutfordringen blir å sørge for, og bidra til en endring i omsorgsprofilen som innebærer at en mindre andel innbyggere/brukere får behov for institusjons- og omsorgsboliger med heldøgns tjenester. Ullensaker kommune ønsker å sikre en bærekraftig tjeneste i fremtiden gjennom å redusere veksten i behovet for flere institusjonsplasser (sykehjem), gjennom å utvikle nye bygg med døgnomsorg og satsing på hjemmetjenester.

Regjeringen skal i løpet av 2023 legge frem en stortingsmelding om Bo trygt-reformen[23], hvor det har vært avholdt 4 regionale innspillsmøter. Reformen skal omhandle – hva som kan gjøre det trygt å bo lenger hjemme, - hvordan det kan legges bedre til rette for eldres deltakelse i sivilsamfunnet, -hvordan vi kan stimulere til å dra nytte av eldres erfaring og kompetanse i større grad enn i dag. Det vil komme forslag til forbedringer av statlig og kommunal innsats på innsatsområdene [24].

Et vesentlig poeng er at innbyggerne skal oppleve at det er trygt å få hjelp på et lavere nivå i omsorgs/boligtrappen. Tiltakene er mindre inngripen i den enkelte persons liv, og den enkelte beholder større kontroll over eget liv. Når innbyggerne bor lenger i egen bolig vil det bidra til økt sirkulasjon i kommunale botilbud og frigjøre boliger med heldøgns tjenester til nye brukere.

Det påhviler et personlig ansvar for å tilrettelegge sin egen boligsituasjon for fremtiden slik at en kan leve mest mulig selvstendig. Kommunen bør bistå flest mulig til å bli boende i eget hjem så lenge som mulig. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven skal imidlertid kommunen tilby institusjonsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester for brukere som kvalifisere for det. Dette er en trygghet for innbyggerne dersom behovet skal oppstå.

6.6 Tilrettelegging i egen bolig

Realiteten i dag er at de færreste bor i en bolig som er egnet for personer med nedsatt bevegelighet. Ifølge Husbankens undersøkelse sier kun 3 av 10 at boligen de bor i kan brukes av alle. De færreste eneboliger, rekkehus og eldre leiligheter i Norge er egnet for personer med nedsatt bevegelighet.

[23] https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-for-eldre/id2905812/

[24] https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/bo-trygt-hjemme-reformen/id2919447/

Dagens boligmasse er for lite tilrettelagt for at eldre skal bli boende hjemme lenger og være mest mulig selvhjulpne.

Det er ikke nødvendigvis mangel på boliger som er utfordringen, men en mangel på egnede boliger for eldre. I mange kommuner skyldes dette en boligmasse med en stor andel småhus og at de fleste boligene er oppført i en tid da det ikke var klare krav til tilgjengelighet.

Mange eldre har også dårlig økonomi og har ikke mulighet til å tilpasse egen bolig eller flytte til en mer egnet bolig. Dette gjør at de blir boende i uegnede boliger som fører til dårligere livskvalitet for den enkelte, et større hjelpebehov i hjemmet og at de tidligere må flytte til omsorgsbolig eller sykehjem.

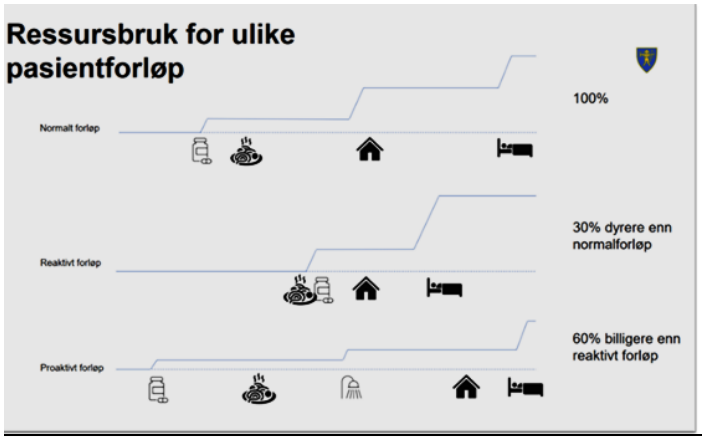
Tilrettelegging av boligmassen slik at flere kan bo lenger hjemme, er et punkt som myndighetene ser på i forbindelse med «Bo trygt-reformen». Blant forslagene som ligger på bordet er innskjerpelser til plan- og bygningsloven og ulike incentivordninger som også rettes mot privatpersoner.

6.7 Heldøgns omsorg – hjem, institusjon og omsorgsboliger

Effekten av boligtiltak i eget hjem vil også være gjeldende for andre enn de eldre, det avhenger heller av behovet for tilpassede boliger enn alder. Her kan nevnes bruk av velferdsteknologi som trygghetsskapende tiltak i hjemmet. Velferdsteknologi i private hjem kan bidra til å begrense og utsette behovet for kommunale tjenester.

Dersom de private boligene tilrettelegges bedre for eldre og funksjonshemmede vil behovet for å bygge flere plasser innen heldøgnsomsorg reduseres, og de kommunale og statlige kostnader reduseres.

Kommunens ressursbruk, kostnader, årsverk og forløpene



FIGUR 6.4 RESSURSBRUK

Kostnader og årsverk i forløpene

År	Normalt	Reaktivt	Proaktivt
0	0	0	118.000
1	0	0	118.000
2	218.000	0	118.000
3	218.000	0	118.000
4	218.000	546.000	118.000
5	246.000	969.000	246.000
6	371.000	969.000	246.000
7	371.000	969.000	246.000
8	579.000	1.200.000	246.000
9	1.200.000	1.200.000	246.000
10	1.200.000	1.200.000	840.000
Totalt	4.621.000	7.053.000	2.820.000
Årsverk	7,7	11,8	4,7

Kilde: Workshop Ullensaker – PP Helse- og omsorgsplan (Pasientforløp og viktige spørsmål 16.02.23)

Det vises til illustrasjon over av ulike pasientforløp. Fra et reaktivt forløp der «førstevalget» er sykehjemsplass, til et normalt forløp der en satser på noen tiltak, til et proaktivt forløp der kommunen satser sterkt på ulike innsatser som eksempelvis teknologistøtte, dagsenterplass, måltider og pårørendeveiledning for å forebygge innleggelse på er høyere nivå i omsorgstrappen. Den blå tabellen viser at

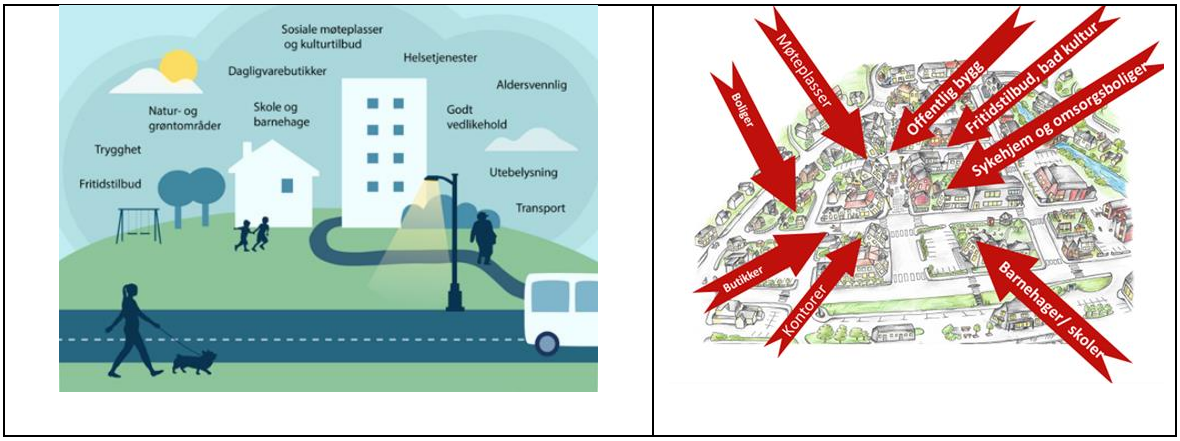
et proaktivt forløp har total sett lavest kostnad for kommunen. Proaktivt forløp er dyrere innledningsvis, men totalt sett er det billigere. Endringen vil for Ullensaker kommune innebære en sterkere bevissthet på hvordan kommunens tjenester tildeles.

6.8 Nærområder og by- og stedsutviklingsperspektivet

Nærmiljøkvaliteter har betydning for helse og livskvalitet. Å bo og tilhøre et godt bomiljø har stor betydning for livskvalitet og helse. Kommunen kan bidra til at innbyggerne bor slik at de har mulighet til å delta i samfunnet og leve et godt liv. Utfolde og utvikle seg og knytte kontakt med andre mennesker.

Utfordringen med at en stadig større del av befolkningen i Ullensaker kommune blir eldre, og at andelen yngre med omfattende behov øker, bør blant annet møtes med å forsterke by og lokalmiljøene slik at de virker forebyggende.

Et aldersvennlig samfunn er godt for alle, og det handler i stor grad om en tverrsektoriell tilnærming. Det handler om å enkelt kunne delta på aktiviteter og å unngå ensomhet og isolasjon, videre om uteområdene er universelt utformet, om boligen og tilgjengeligheten til offentlige kommunikasjonsmidler. Dette gjelder også yngre brukere og innbyggere generelt[25].



FIGUR 6.5 ALDERSVENNLIGE SAMFUNN
Kilde: Til venstre Folkehelseinstituttet – folkehelseprofilen 2023 og til høyre Workshop Ullensaker 2023

Viktige trekk for lokalisering av offentlige bygg sett i et stedsutviklingsperspektiv. Her vil det også være viktig med en hensiktsmessig lokalisering av disse som bidrar til effektiv ressursutnyttelse og god rekruttering.:

- God lokalisering i forhold til trafikk-knutepunkt og gangmønster
- Sentral posisjon og synlighet i tettstedet
- Synergier og sammenhenger med andre viktige funksjoner
- Kort veg til hovedårer og kollektivtilbud
- Lett tilgang til nærmiljøsenter, tjeneste- og aktivitetstilbud
- Bidra til gode områdekvaliteter

Dette er momenter som også i workshopene ble fremhevet som viktig å ta med seg i det videre arbeidet med plassering av boliger til helse- og omsorgsformål.

[25] https://www.ks.no/fagomrader/velferd/aldersvennlige-lokalsamfunn/hva-er-et-aldersvennlig-samfunn/

Clustre

Helhetlig helse- og omsorgsplan har utredet hensiktsmessig fremtidige lokasjoner for helsebygg. Utredningen av hensiktsmessig fremtidig struktur, spredte eller sentraliserte tjenestetilbud, peker gjennom omfattende medvirkningsprosesser mot en sentralisering i «clustre». Tjenester og heldøgns plasser og botilbud samles i større bo- og velferdssentre og med boligklynger i nærheten. Dette for å skape nærhet mellom brukere og tilgjengelige ressurser. Dette sees på som ressurs- og kostnadsbesparende.

FIGUR 6.6 CLUSTER

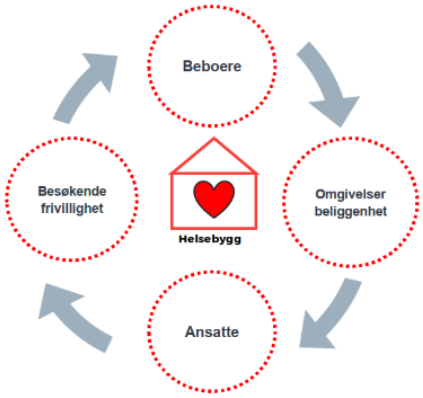
I bo– og velferdssentrene er det både institusjonsplasser (sykehjemsplasser) og omsorgsboliger hovedsakelig for eldre. Boligklynge for grupper som har behov forsærskilt tilrettelagte bolig- og tjenestekonsepter skal være integrert i ordinære bomiljø.

En boligklynge kan bestå av:

- Bokollektiv eller bofellesskap (samlokaliserte boliger) med heldøgns tjenestebase og frittstående nærliggende boliger der beboerne mottar timebaserte tjenester fra basen.
- Frittstående leiligheter i utbyggingsprosjekt, eventuelt med nærhet til fellesareal og tjenestebase (møteplass).

Hensikten med boligklynge er differensiering, individuelt tilpassede bolig- og tjenesteløsninger og maks integrering. En klynge kan komme opp i 15-20 beboere eller flere tilknyttet samme base, dette avhengig av summen av de enkeltes behov og mulighet for kjøp av leiligheter i ordinær boligmasse.

I noen av by-/ nærområder i Ullensaker kommune er det allerede en utvikling av «cluster». Deltakere i utredningen har gitt mange forslag til hvordan en kan skape gode synergier ved å samhandle mellom sektorer i kommunen og mot private aktører. Eksempelvis tilbud for gamle og unge i nytt sykehjem, eller bygge barne- og ungdomsskole og avlastningstilbud for mennesker med nedsatte funksjonsevner i nærhet til hverandre. Gjerne i nærhet til kulturtilbud og andre servicetilbud for å motvirke ensomhet og utenforskap. I Ullensaker kommunes byplanarbeid fokuseres det på sosial infrastruktur og lokalisering som fremmer ambisjonene om en bærekraftig byutvikling og mobilitet.



FIGUR 6.7 SAMBRUK OG SYNERGIER

Kommunen kan legge til rette med sine virkemidler for egnede boliger og helsefremmende bomiljøer gjennom sin rolle som tomteeier og tjenesteyter, og gjennom en overordnet og langsiktig samfunns- og arealplanlegging. Ved å se på utvikling av eiendommer til helse- og omsorgsformål i et større perspektiv, og i sammenheng med nærmiljøet/ bymiljøet rundt kan man finne løsninger for sambruk som gir gode synergier.

6.9 Hensiktsmessig samlokalisering

Det er viktig med en hensiktsmessig samlokalisering av tjenester som bidrar til effektiv ressursutnyttelse og god rekruttering. Tilpassing til ulike brukere og tilgang på helsepersonell.

Kilde: Fra workshop WSP- eksempel på samlokaliserte funksjoner

Gjennom prosessen i utvikling av helhetlig helse- og omsorgsplan er det en omforent enighet om et behov for en sterk satsing på hensiktsmessig samlokalisering eller å ha nærhet til for å kunne yte lovpålagte tjenester. En bevissthet på å samle de sykeste eldre i større bo- og aktivitetssentre med både institusjonsplasser og omsorgsboliger med bemanning.

Begrunnelsen for en slik samlokalisering er først og fremst at den fremmer mulighet for tverrfaglig samhandling, faglig utvikling og effektiv ressursutnyttelse. Å samlokalisere med andre funksjoner som barnehage, svømmebasseng, frivillighet osv. gir gode synergier. En slik samlokalisering kan bidra til deltakelse og inkludering som kan gi god livskvalitet selv om helsen svikter.

For de yngre er begrunnelsen den samme, men i en struktur der samlokaliseringen er i mindre klynger gjerne i nærhet til hverandre med hensyn til personellressurser. Omsorgsboligene skal være innlemmet i det ordinære bo-/ by-/ stedsmiljø. For yngre er det viktig at det er nærhet til eksempelvis møteplasser, skoler, kulturtilbud og grøntarealer. Lokaliseringen skal støtte opp under normalisering og integrering.

6.10 Redusere andel institusjonsplasser, øke andel omsorgsboliger

Anbefalingen er å senke den generelle dekningsgraden på heldøgns botilbud til eldre 80+, og samtidig øke antall omsorgsboliger fremfor institusjonsplasser. Dekningsgraden sier ikke noe om miksen mellom sykehjemsplasser og heldøgns omsorg i omsorgsbolig. For de som har behov for botilbud med heldøgns helse- og omsorgstjenester, er det for Ullensaker ønskelig å øke andelen som bor i omsorgsbolig. Omsorgsboliger er nivået før institusjon i omsorgstrappen, og er boliger tilrettelagt for omfattende omsorgsbehov hvor man kan bo livet ut. Tjenesten i Ullensaker kommune signaliserer at det i dag allerede er en dreining der funksjonsnivå på de som bor i institusjon eller omsorgsbolig er tilnærmet likt, og at flere bor i omsorgsboliger livet ut med de tjenester de har behov for.

6.11 Styrke hjemmebasert omsorg

En reduksjon i dekningsgrad av HOD til eldre forutsetter videre at kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten økes i takt med at flere eldre bor lenger hjemme i egen bolig eller omsorgsbolig. Behovet for antall timer i uken for hjemmetjenesten forventes økt når det blir flere oppgaver og flere hjemmetjenestemottakere med høyere omsorgsnivå. For å kunne ivareta flere med omfattende omsorgsbehov blir det også viktig at kommunen har mange godt fungerende korttidsplasser til bruk ved midlertidig endring i helsetilstand. En slik forskyvning fra heldøgnsomsorg i institusjon til hjemmetjeneste vil gjelde både for eldre og yngre brukere i Ullensaker kommune. Tjenesten signaliserer at utviklingen vil medføre behov for å styrke innsatsen på et lavere nivå i omsorgstrappen med tiltak som:

- Samarbeid med pårørende og frivillige
- Tilgang på dagsenterplasser og avlastningstilbud
- Teknologi som supplement

6.11.1 Samarbeid med pårørende og frivillige

Ved at flere bor lengre hjemme, vil også flere pårørende ha omsorgsoppgaver i varierende grad. I en nasjonal pårørendeundersøkelse er fire pårørendegrupper beskrevet som særlige sårbare. Det var pårørende til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med kroniske lidelser og skrøpelige eldre [26].

Videre sier undersøkelsen at det er noen områder som er særlig viktige for pårørende med omsorgsansvar:

- *Tidlig identifisering og ivaretagelse.* Pårørende skal også møtes med 'hva er viktig for deg' slik at deres behov kan bli ivaretatt samt identifisere hva de kan bidra med.
- *Bedre informasjon, opplæring og veiledning*. Pårørende ønsker særlig informasjon om rettigheter og støtteordninger som eksisterer for dem.
- *Forutsigbare og koordinerte tjenester*. Pårørende opplever det er for mange å forholde seg til, og at de må koordinere. Det må sikres en god dialog med de pårørende og en rolle- og ansvarsfordeling.
- *Tilstrekkelig støtte og avlastning.* Pårørende trenger tilrettelegging på jobb, avlastning fra særlig tyngende omsorgsoppgaver, og noen vil også selv ha behov for helsehjelp som følge av pårørende belastning.
- *Familieorienterte tjenester*. Der barn er berørt som pårørende, er det behov for ekstra ivaretagelse og et helhetlig perspektiv på situasjonen.
- *Pårørendemedvirkning*. Hele 60% av pårørende opplever at det er de som må ta initiativ til samarbeid.

Ullensaker kommune har ikke en pårørendestrategi, men har planlagt åpning av et pårørendesenter i løpet av 2023. Det skal være et sted som pårørende kan oppsøke ift. å være pårørende til mennesker med helseproblemer. Senteret skal være diagnoseuavhengig, og skal sørge for at kommunen etterlever lovkrav og pårørendeveilederen. Dette innebærer informasjon, råd og veiledning, systematisk samarbeid med pårørendeorganisasjoner og andre, samt kompetanseutvikling. Senteret skal være lavterskelbasert (ingen henvisning, ingen venteliste), tilby individuelle- og gruppesamtaler samt kurs og andre arrangementer. Dette er et godt forebyggende tiltak som bør styrkes og videreutvikles.

Frivillighet er sivilsamfunnet på sitt aller beste. Frivilligheten knytter mennesker sammen. Det å være med i frivillig arbeid gir glede, skaper mening, bygger tillit og et inkluderende felleskap. Frivillighet skaper tilhørighet og er en viktig komponent i folkehelsearbeidet i kommunen. Frivillighet gjør en stor forskjell, for enkeltmennesker og for lokalsamfunnet.

Ullensaker kommune har en egen strategi for frivillighet[27]. Strategi for Frivillighet representerer Ullensaker kommunens frivillighetspolitikk og understøtter den nye kommuneplanens satsingsområder. Strategien sier noe om grunnleggende prinsipper og overordnede målsetninger for samspillet mellom kommunen og frivilligheten, og operasjonaliseres gjennom 4 satsningsområder. En årlig handlingsplan utarbeides i tilknytning til økonomiplanen.

6.11.2 Tilgang på dagsenterplasser og avlastningstilbud

Opphold på dagsentrene er i hovedsak på dagtid. Resten av døgnet tilbringes hjemme. Det er et tilbud hvor brukeren kan få tilfredsstilt sitt sosiale behov og oppleve fellesskap med hverandre. Opphold på dagsenter vil også være en støtte og avlastning for pårørende.

[26] Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021/2022 Opinion

[27] https://www.ullensaker.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/kultur/allmenn-kultur/planer/strategi-for-frivillighet-vedtatt-kst-101219.pdf

Tjenesten mener at tilbudet bør utvides til ettermiddag og kveld, samt 'drop-in' og bestille enkelte timer /dager uten å ha rullerende opphold. Det gir mulighet for både bruker og pårørende til mer fleksibel bruk etter deres behov. Kommunen bør også satse sterkere på å tilrettelegge for avlasting. Disse tiltakene kan bidra til at brukeren kan bo lengre hjemme uten at omsorgspersonen blir helt utslitt og ikke makter å ivareta omsorgsansvaret.

6.11.3 Mestringsteknologi – øke bruk av teknologi

Med en økende andel aldrende befolkning, økende kompleksitet og spesialisering samtidig som det er minkende grad av yrkesaktive, står velferdssamfunnet overfor en utfordring som ikke løses uten radikale endringer i tjenesteytelsen. For å sikre tilgang på god helse og velferd uavhengig av samfunnslag eller bakgrunn trengs det et **ekstra søkelys på bærekraftige teknologiske løsninger**, som baserer seg like mye på å hjelpe de som i dag har behov, som å gi barn og unge de beste forebyggende tiltakene. Hensikten er både å øke den enkeltes egenomsorgsevne og redusere framtidens belastning på helsetjenestene.

Nasjonalt Velferdsteknologiprogram[28] har pågått siden 2014, og i august 2021 besluttet regjeringen at programmet skal forlenges ut 2024. Bakgrunnen for dette er i korte trekk at velferdsteknologi har bidratt til økt kvalitet på tjenestene til brukere, pårørende og ansatte i flere kommuner, samtidig som det har ført til økt omsorgskapasitet.

Det overordnede målet til programmet er fremdeles at velferdsteknologi skal være en integrert del av tilbudet i kommunenes helse- og omsorgstjenester. 70 prosent av kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram tilbyr velferdsteknologi som en ordinær del av tjenestene.

Mange kommuner som deltar i programmet, har oppnådd økt omsorgskapasitet som gjør dem bedre rustet til å møte fremtidsutfordringene[29]. Mange brukere, både unge og eldre, opplever økt mestring og livskvalitet etter at de tok i bruk velferdsteknologi. Spesielt for barn og unge, som har hele livsløpet foran seg, er potensialet stort. I tillegg til dette kan mange kommuner vise til unngått ressursbruk og økonomiske gevinster på aggregert nivå.

Omstillingsprosessene som må til for å kunne realisere gevinster fra bruk av velferdsteknologi er omfattende, og **krever kompetanse og ekstra ressurser i en overgangsfase før de økonomiske gevinstene blir tydelige**. I tillegg kreves det til dels store investeringer før gevinstene kan tas ut. Kommunene realiserer gevinstene i form av økt omsorgskapasitet[30].

Ullensaker kommune har igangsatt et arbeid med utarbeidelse av en strategiplan for trygghet og mestringsteknolog. Planen skal bidra til å sette retning for kommunens prioriteringer og etablere tydelige målsetninger og føringer for helhetlig og langsiktig arbeid med implementering av trygghet og mestringsteknologi. Planen skal også sette rammer for kommunens implementering og bruk av trygghet og mestringsteknologi i egne bygg.

Planen har som mål at innbyggerne ved hjelp av trygghet og mestringsteknologi skal kunne bo hjemme lengst mulig, og ta ansvar for eget liv.

[28] https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi

[29] 2021-Gevinstrealiseringsrapport-NVP.pdf

[30] Anbefalinger om tekniske krav til trygghetsteknologi.pdf – Direktoratet for e-helse

7. Omsorgsbyggene

Et viktig strukturelt grep for å utvikle økonomisk bærekraftige tjenester er blant annet å sørge for driftseffektive bygg som er godt tilrettelagt for de tjenestene som skal leveres. Eksempelvis hvor store institusjonene er, hvor mange boliger som er samlokalisert, geografiske avstander og om det er samdrift.

7.1 Utforming av omsorgsbyggene

Omsorgsbolig er ikke en lovregulert boform, og det er beboerens private hjem[31]. I en omsorgsbolig betaler beboeren en fast husleie til kommunen. En omsorgsbolig er en boform utformet med tanke på at brukerne kan bli boende, selv med omfattende pleie- og omsorgsbehov. De må derfor utformes også med tanke på arbeidsforholdene for pleie- og omsorgsansatte. Tjenester i omsorgsboliger kan enten gis av fast tilknyttet personale eller flere besøk fra hjemmetjenesten.

Husbanken deler inn omsorgsboligene i to typer: selvstendige omsorgsboliger og fellesskapsboliger. Omsorgsboliger kan brukes til alle målgrupper; eldre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, personer med rus/psykiatriproblematikk m.m. Det må likevel forsøkes unngå uheldig samlokalisering av de ulike målgruppene i omsorgsboliger.

Omsorgsboliger som oppføres med investeringstilskudd skal primært være boliger med fellesareal[32], da disse skal forbeholdes mennesker med omfattende hjelpebehov og kognitiv svikt. Unntaksvis kan omsorgsboliger bygges uten fellesareal. Dette kan være til spesifikke grupper der fellesskapsløsninger anses som uheldig, som for eksempel for personer med rusmiddelavhengighet.

7.1.1 Selvstendige omsorgsboliger

Selvstendige omsorgsboliger er boliger som har en utforming slik at alle boligfunksjoner er oppfylt inne i boligen. Boligen består av kjøkken/stue, soverom, bad og areal til oppbevaring og har en egen inngang. De kan bygges spredte, integrerte i ordinær boligmasse eller som samlokaliserte boliger.

FIGUR 7.1 TEATERKVARTALET

Designprinsipper: Den private boenhet bør være 55 m2 eller større og ha plass til nødvendige møbler, plass for hjelpere og plass for betjening av bofunksjoner. Det skal være adskilt soverom og bad med plass for hjelpere ved alle bad funksjoner. Boligen skal ha private utearealer og areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler.

7.1.2 Fellesskapsboliger

En *fellesskapsbolig* består av en gruppe boenheter, der den private boenheten *ikke* inneholder alle boligens funksjoner. Her er det da nødvendig med et fellesareal for å kompensere for dette. Fellesarealet vil bestå av oppholdsrom/stue med spisekjøkken. Betegnelsen *bogruppe* benyttes om den gruppen av boenheter som deler et slikt fellesareal. Antallet boenheter i en bogruppe anbefales å ikke overstige 10 stk.

Boenhet er betegnelsen på den delen av fellesskapet som betraktes som beboerens private arena. Boenheten må som minimum bestå av et sove/oppholdsrom og et bad. Omsorgsboliger som bygges

[31] https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg/3-ulike-bo-og-aktivitetstilbud/omsorgsboliger
[32] https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg/3-ulike-bo-og-aktivitetstilbud/omsorgsboliger

med investeringstilskudd fra Husbanken skal i dag primært være felleskapsboliger med et fellesareal, da disse skal være forbeholdt personer med omfattende hjelpebehov og kognitiv svikt.

Husbanken deler fellesskapsboligene inn i to typer fellesskap; **bofellesskap og bokollektiv.**

7.1.3 Bofellesskap

Bofellesskap kan forstås som en gruppe boenheter der den private boenheten inneholder alle de nødvendige funksjoner for egen husholdning, dvs. at den også har et eget lite kjøkken. Boenheten kan også ha et eget soverom. I tillegg skal det være et fellesareal (stue) tilknyttet gruppen av boliger, som gir beboeren valgfrihet om man vil delta i fellesskapet eller ikke.

FIGUR 7.2 OMSORGSBOLIGER NORDKAPP

Noen designprinsipper: Antallet boenheter i bogruppe kan være 6 –10, avhengig av brukergruppen, det skal være fellesareal for samvær og aktiviteter og felles utearealer i direkte tilknytning til felles oppholdsrom. Den privat boenhet bør være minimum 40 m2 og kan ha adskilt soverom. Boligen skal ha privat bod enten i boenheten eller i fellesområde og areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler.

7.1.4 Bokollektiv

Med bokollektiv forstås en gruppe boenheter som er organisert med tanke på en stor grad av fellesskap, bl.a. felles matlaging og felles måltider. Den private boenheten består kun av et soverom/oppholdsrom og et bad. Bokollektiv er et veldig tett fellesskap og anbefales til personer som trenger mye omsorg og tilsyn, og der man også har et fast tilknyttet personale.

Noen designprinsipper: Antallet boenheter i en bogruppe kan variere mellom 4-10, avhengig av brukergruppen. Det skal være fellesarealer for felles opphold og aktiviteter, samt kjøkken med spiseplass dimensjoneres for felles opphold av samtlige beboere. Størrelsen på fellesarealer bør være cirka 7- 10 m2 per beboer. Den privat boenhet skal være på minst 28 m2, det anbefales 30+ m2. Det skal være felles utearealer i direkte tilknytning til felles oppholdsrom og areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler.

7.1.5 Småhus og boliger til robust bruk

Småhus er en av boformene som tilbys mennesker med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelse).

Boligene er små, arealeffektive og robuste enheter, bygget som mer eller mindre permanente boliger.

FIGUR 7.3 SMÅHUS

7.1.6 Institusjon/bo- og velferdssenter

FIGUR 7.4 LADESLETTA BO- OG VELFERDSSENTER

Institusjonsplasser, sykehjem og bo- og velferdssenter kan være planlagt for langtidsopphold, korttids opphold, avlastning og rehabilitering.

Disse institusjonene kan benevnes som sykehjem, helsehus, bo og aktivitetssenter eller lokalmedisinsk senter.

7.2 Nye boformer – gode miljø

Seniorboliger, omsorg+ og satellitt boliger

De siste tjue årene har skiftende regjeringer hatt en uttalt målsetting om at eldre skal bo i sin egen bolig så lenge som mulig.

Myndighetene ønsker å prioritere løsninger som gjør at flere kan fortsette å bo i sitt eget hjem, til tross for økt alder og hjelpebehov. Disse prioriteringene er uttrykt i flere ulike dokumenter og nå sist i Stortingsmeldingen *Leve hele livet* [33] er målsettingen tydelig formulert:

> *Å skape et samfunn for alle aldre er et hovedtema for kommune- og byplanlegging. Planlegging av infrastruktur i kommunene bør legge til rette for integrerte løsninger som fremmer fellesskap mellom generasjonene. Ikke minst gjelder dette utbygging av nye boligfelt og boligområder, der nye seniorboliger og omsorgsboliger bygges. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)*

Den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning og økt levealder har aktualisert denne problemstillingen. I dette ligger det klare forventninger fra politisk hold om at eldre selv bør ta initiativ til å utbedre eller skaffe seg en bolig som møter framtidige behov. Her spiller flere faktorer inn, ikke minst seniorer og eldres evne og vilje til å planlegge sin framtidige bosituasjon.

Det er ifølge rapporten «Eldres boligsituasjon» fra NOVA et ubestridelig faktum at eldre i dagens norske samfunn er en ressurssterk gruppe. De sitter på relativt store formuer blant annet som følge av den sterke verdiøkningen på boliger. De har jevnt over store finansformuer og mange av dem har gode pensjoner. Mange eldre har ressurser til å ta ansvar for egen bosituasjon og klare ønsker for hvordan de vil bo. Det kan være en fordel å planlegge for framtidig bosituasjon tidlig og ikke vente til helsen eventuelt blir dårligere.

I prosjektet «Bo hele livet»[34] har man studert en rekke caser og eksempler på ulike boformer for eldre. Funn viser at fysisk nærhet og samlokalisering er et sterkt virkemiddel for at ulike mennesker skal møtes og samhandling kan skje. Dette må derfor betraktes som et viktig strategisk virkemiddel for å realisere målsettingene om levende og blandede lokalsamfunn slik det er beskrevet både i *Leve hele livet* og i folkehelsemeldinga *Gode liv i et trygt samfunn* (Helse- og omsorgsdepartementet).

Strategien peker på at det er et mål at nærmiljøer, steder og byrom, boligen, servicefunksjoner og transportsystemer har en utforming som gir god tilgjengelighet og sammen med bruk av teknologi fremmer deltagelse, selvhjulpenhet og sunn aldring.

Det er store variasjoner i helse og funksjonsevne blant dagens eldre. De aller fleste eldre ønsker å bo i sin egen bolig lengst mulig, dette gjelder også de som har hjelpebehov og trenger bistand i eget hjem. Mange med nært forestående pensjonisttilværelse drømmer om en tilværelse som innebærer et sosialt liv sammen med venner og likesinnede.

En del eldre sørger for ombygging av egen bolig slik at de kan bli boende hjemme med store funksjonsnedsettelser, andre velger å skaffe seg en lettstelt bolig med enkel adkomst.

---

[34] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

For de aller fleste er det en stor utfordring å skaffe seg en tilpasset bolig, og en ny måte å leve på, seint i livet. Kommunen bør derfor bidra til at det legges til rette for god informasjon, veiledning og rådgivning for eldre som ønsker å skaffe seg en mer tilrettelagt seniorbolig.

Seniorer er opptatt av å være uavhengig og ha kontroll over eget liv, mange vil ikke være til bry for familie og venner. Økt urbanisering, større byer og en aldrende befolkning har ført til at mange eldre mennesker føler seg isolert og ensomme. En av ideene bak seniorboligkonseptene er å forebygge isolasjon og ensomhet.

Seniorbolig – konsept

Innenfor konseptet seniorbolig ligger det en stor variasjon av boligtyper. Det kan være kollektive løsninger med store fellesarealer og små private arealer der det er lagt opp til mulighet for felles måltider og større grad av fellesskap.

FIGUR 7.5 VIGØR – INGA SPARBOESVEI, TROMSØ

Seniorboliger kan også være mer kommersielle løsninger der den enkelte har en fullverdig leilighet, men i tillegg felles møteplasser og arealer som kan oppsøkes.

Noen seniorleiligheter har resepsjon med en 24 timers bemannet foaje og en «husvert» som til enhver tid er tilgjengelig for ulike servicetjenester for beboerne. Resepsjonsområdet kan i tillegg fungere som en felles stue med ulike fasiliteter. Seniorboligkonsepter kan være rendyrket for aldersgruppen 55+ eller genrerasjonsuavhengige sosiale boformer.

I Danmark har man lang erfaring med å etablere seniorboliger i nær tilknytning til studentboliger, omsorgsboliger og barnehager. I Nederland har man gjort forsøk med studenter som flytter inn på sykehjem. Ideen med de ulike konseptene er å skape gode bomiljø med gode sosiale arenaer som motvirker de store helseutfordringer vi står ovenfor.

Kommunen kan legge til rette for utvikling av seniorboliger gjennom å tilrettelegge for dialogmøter mellom seniorer og utbyggere og kommunen kan utforme boligpolitikk der kollektive seniorboliger har en sentral rolle, for å skape varierte botilbud og rullering av boligmassen. Videre kan kommunen vurdere å investere i en viss andel av leilighetene i seniorboligprosjekter (og inngå avtaler om tilvisning eller tildeling) dersom utbygger oppfyller visse kriterier.

Lokalisering av seniorboliger bør fortrinnsvis forsterke eksisterende sentrum, bydelssentra, og distriktssenter og planlegges i tråd med aldersvennlig stedsutvikling[35] og regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn [36]. Forskning viser at ni av ti vil bo i seniorbolig. En undersøkelse Senior Norge[37] har foretatt blant sine medlemmer viser at ni av ti vil bo i seniorbolig, og over 80 prosent av dagens seniorer er villige til å betale høyere kvadratmeterpris og få mindre plass i en seniorbolig enn i boligen de har i dag. Et flertall av seniorene vil bo sentralt i en bolig som er fysisk tilrettelagt, slik at de kan bo

[35] https://distriktssenteret.no/wp-content/uploads/2021/03/Aldersvennlig-stedsutvikling-handbok.pdf

[36] https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf

[37] https://seniornorge.org/2022/11-seniorboliger/

der selv om helsen skulle bli skrøpelig. Boligen skal helst ligge i et pulserende miljø, nær kommunikasjoner og møtesteder som kjøpesentre, kafeer, butikker og parker. Så godt som alle understreker ønsket om tilgang til bistand og service i egen bolig og en høy grad av trygghet og sikkerhet. Hele 70 prosent svarer dessuten at de kunne tenke seg å bo i en eller annen form for fellesskap. Gjennom hele livet er det viktig å ha et nettverk rundt seg. Som senior er det livsviktig. Studier har vist at det er større etterspørsel etter boliger med fellesarealer enn det som finnes på markedet i dag[38]

Seniorboligkonsepter med fellesarealer skaper har mange fordeler. Det legger til rette for møtepunkter, forebygger ensomhet og det er enkelt å delta og bli integrert i det sosiale fellesskapet.

Flergenerasjonskonsepter

I stortingsmeldingen «Leve hele livet» (2018) er det formulert:

> *«Aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap er viktig for alle mennesker gjennom hele livet. Når temaet aktivitet og fellesskap er valgt som ett av hovedområdene for denne reformen, er det fordi fysisk, kulturell og sosial aktivitet og deltakelse er særlig viktig i alderdommen når både helsa og det sosiale nettverket ofte er i endring*.»

Med bakgrunn i dette har forskere fra SINTEF lett etter **flergenerasjonskonsepter** de kan lære av, og rapporten Bo hele livet[39] viser nytenkende eksempler fra inn- og utland. I rapporten presenteres anbefalinger som går på utforming av nye boligkonsepter og tilpasning av eksisterende boligmasse.

Dette betyr et større søkelys på fellesarenaer i nærområder – både ute og inne. Forskerne har funnet mange eksempler som viser hvordan våre fellesarenaer som skoler, eldresenter og lekeplasser kan brukes mer og av flere. Det å bo sammen med andre kan være en god strategi for å forhindre ensomhet og inaktivitet. Erfaringene fra casene er gode.

FIGUR 7.8 GENERASJONSBOLIG ÅRHUS

Skal man følge opp Stortingsmeldingen, så handler det å tilrettelegge boliger for eldre om mer enn å skaffe til veie universelt utformede boliger – de må også i større grad inspirere til fellesskap og aktiviteter. Basert på de forskjellige casene og drøftingen av disse, anbefaler forskerne i prosjektet et større søkelys på bygg- og områdeplanlegging for å realisere ambisjonene i kvalitetsreformen «Leve hele livet».

Sintef-rapporten nevnt over, beskriver blant annet Generasjonenes Hus i Aarhus hvor studenter er miljøarbeidere i bokollektivet og Ladesletta omsorgssenter i Trondheim hvor man har omsorgsboliger, sykehjem og barnehage under samme tak. Her har også et dagtilbud/ arbeidstilbud (BOA) hvor psykisk utviklingshemmede bidrar som driftspersonale i sykehjemsdriften. Senteret har fellesrom, aktivitetsrom og felles aktivitør.

Ullensaker kommune har i samarbeid med private bidratt til utvikling av Kløvertunet og Leva Jessheim Park, se kap.9.4. Disse prosjektene har ikke heldøgns omsorg, men er gode prosjekter generasjonsuavhengige boliger som bidrar til at eldre og andre kan bli boende lengre hjemme og forebygge behov for et botilbud på et høyere nivå i omsorgstrappen.

[38] https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/2997/NOVA-Rapport-5-2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y

[39] https://www.sintefbok.no/book/index/1258/bo_hele_livet_nye_bofellesskap_og_nabolag_for_gammel_og_ung

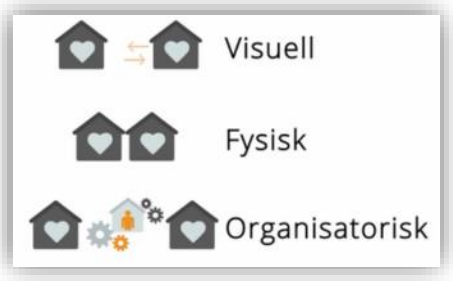
8. Langsiktig lokasjonsstruktur for helse- og omsorg

Lokalisering inkluderer hvordan byggene plasseres på tomten, i landskapet og i forhold til eksisterende bebyggelse. Det inkluderer også transportmuligheter, rekreasjonsmuligheter og fasiliteter som brukes i dagliglivet. Det er viktig at boligene ligger i et område hvor en kan møte andre mennesker og ta del i hverdagslivet utover det som skjer i selve botilbudet.

Følgende temaer utredes i dette kapittelet:

- Kartlegging av dagens tjenestestruktur for helse- og omsorgstjenester i og utenfor kommunen.
- Dagens plangrunnlag, eksisterende områders geografiske avgrensninger.
- Geografisk avgrensning av dagens tjenestetilbud i og rundt Jessheim og Kløfta.
- Lokalisering av kollektivstruktur, nærbutikker, grønnstrukturer og friområder.
- Oversikt over kommunalt eide eiendommer.
- Prinsipper for fremtidig lokalisering.

I planleggingen av omsorgsbolig- og sykehjemprosjekter er det dessuten viktig å vurdere hvilke målgrupper og funksjoner som skal og bør samlokaliseres. Boliger kan betraktes som samlokaliserte når de står så nær hverandre at de har visuelle, fysiske eller organisatoriske relasjoner med hverandre. Uheldig samlokalisering handler om negative konsekvenser for både beboerne og for nærområdet. For eksempel kan et stort antall omsorgsboliger og institusjonsplasser kunne oppleves som at det kun er personer med samme behov som en selv som bor i nærheten. Et annet eksempel kan være at det kan være for tett mellom målgrupper som ikke fungerer så godt sammen, eller samlokalisering av boliger hvor beboerne har ulik botid som kan medføre at det ikke blir et stabilt bomiljø for de ulike beboerne.

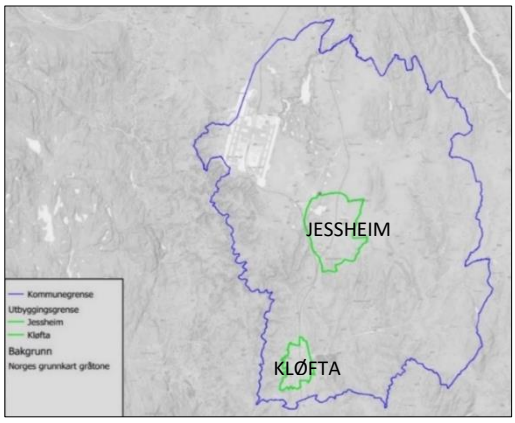


I helhetlig planlegging bør det etableres en sammenheng mellom fysisk og sosial planlegging for å oppnå et godt og bærekraftig samfunn. Den fysiske by- og stedsutviklingen gjenspeiler de sosiale faktorene. Helsebyggenes plassering vil påvirke både den fysiske stedsutviklingen og den sosiokulturelle sammenhengen.

8.1 Kartlegging av dagens tjenestestruktur

I Ullensaker er eksisterende struktur for helse- og omsorgsbygg kartlagt og kategorisert. Disse er sett opp mot andre moment som påvirker lokalisering av ny bebyggelse, som grønnstruktur/friluftsområder, dagligvarebutikker og kollektivtilbud.

I vurderinger omkring framtidige lokasjoner er det satt søkelys på tettstedene Jessheim og Kløfta som aktuelle områder for nye etableringer. Dette med mål om en ytterligere sentralisering av helsetjenestene pga. framtidig mangel på arbeidskraft, behov for gode kommunikasjonsårer og ønske om byutvikling.



FIGUR 8.1: SENTRALISERING AV TJENESTER I JESSHEIM OG KLØFTA

Institusjoner og andre anlegg til helse- og omsorgsformål har tradisjonelt vært planlagt ut fra eksempelvis praktiske muligheter som tilgjengelighet av areal og ikke i en helhetlig strategi. Det har da i mindre grad vært tatt hensyn til eksempelvis:

- Hvordan personer med hjelpebehov er tilknyttet sitt lokalmiljø, hvordan de enkelt kan bevege seg i sitt lokalmiljø for å være mest mulig selvhjulpen og hvordan deres mulighet er for sosial omgang med venner og familie for å forebygge isolasjon og ensomhet.
- Effektiv tidsbruk for kommunens tjenesteutøvere, uten å bruke uforholdsmessig lang tid til logistikkutfordringer som eksempelvis transport.

Avgrensninger for nye etableringer i Jessheim er satt i samsvar med rullering av ny byplan (pågående) og gjeldende kommunedelplan for Kløfta da det innenfor disse områdene er mest sannsynlig å finne de gode lokasjonene.

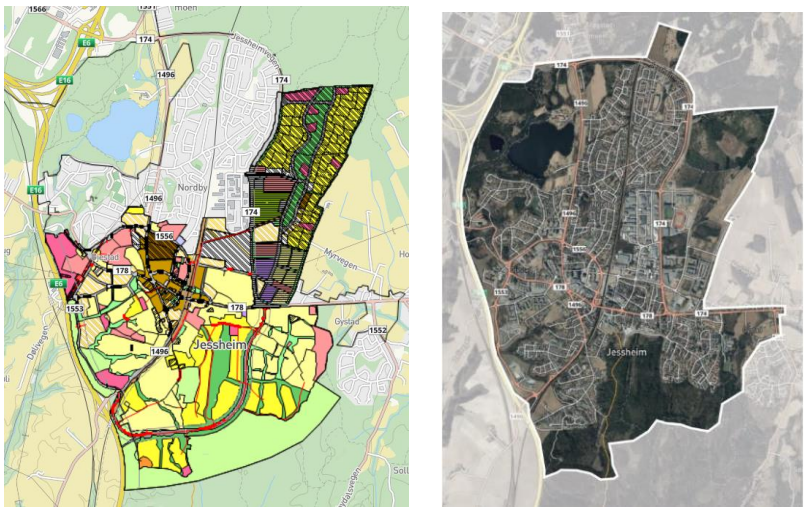
Ullensaker kommune kjøper også plasser utenfor kommunen for å dekke dagens behov. Det er plasser på korttidsinstitusjoner, sykehjem og avlastning barn/unge/miljøtjenesten på Eidsvoll, Klinge, Olumshagen og Vestfossen. Dette er ikke en økonomisk eller funksjonell god løsning verken for brukere eller kommunen, og målet er å samle alt innenfor kommunen.

8.2 Eksisterende soneinndelinger og pågående planer

Det er flere soner i kommunen som danner grunnlag i vurderinger om riktig lokasjon, bl.a. skolekretser og soner for hjemmetjenesten. Det er 11 skolekretser i Ullensaker der de sentrale skolekretsene i sentrum har flere skoler.

Hjemmetjenesten har 3 soner; PRO vest, PRO øst og PRO Kløfta. PRO vest og øst deles i Jessheim sentrum. Hjemmebasene er lokalisert ved institusjonene på Gjestad, Gystadmyr og Kløfta.

Den pågående rullering av Byplanens gjelder kommunedelplanene for Jessheim, Gystadmarka og Jessheim Sørøst.

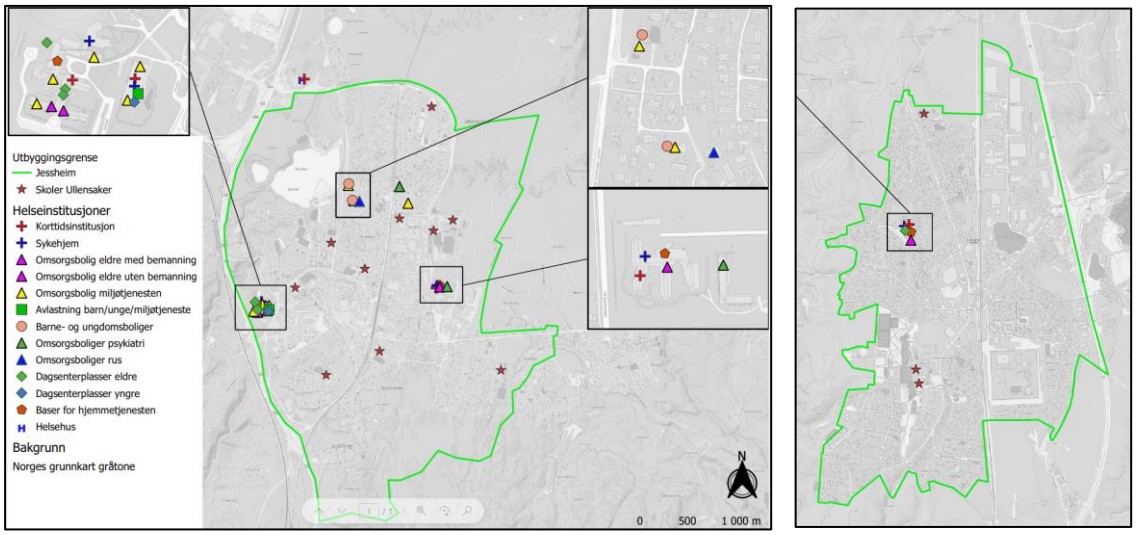


FIGUR 8.2 KOMMUNEDELPLANER I JESSHEIM OG DEN NYE BYPLANENS AVGRENSNING TIL HØYRE (UNDER RULLERING)

8.3 Eksisterende beliggenhet for kommunens omsorgsbygg

Ullensaker kommune har i dag 3 institusjoner for eldre:

- Gjestad bo- og aktivitetssenter – Jessheim vest
- Gystadmyr bo- og aktivitetssenter – Jessheim øst
- Kløfta bo- og aktivitetssenter



FIGUR 8.3: REGISTRERTE HELSEBYGG I JESSHEIM OG PÅ KLØFTA

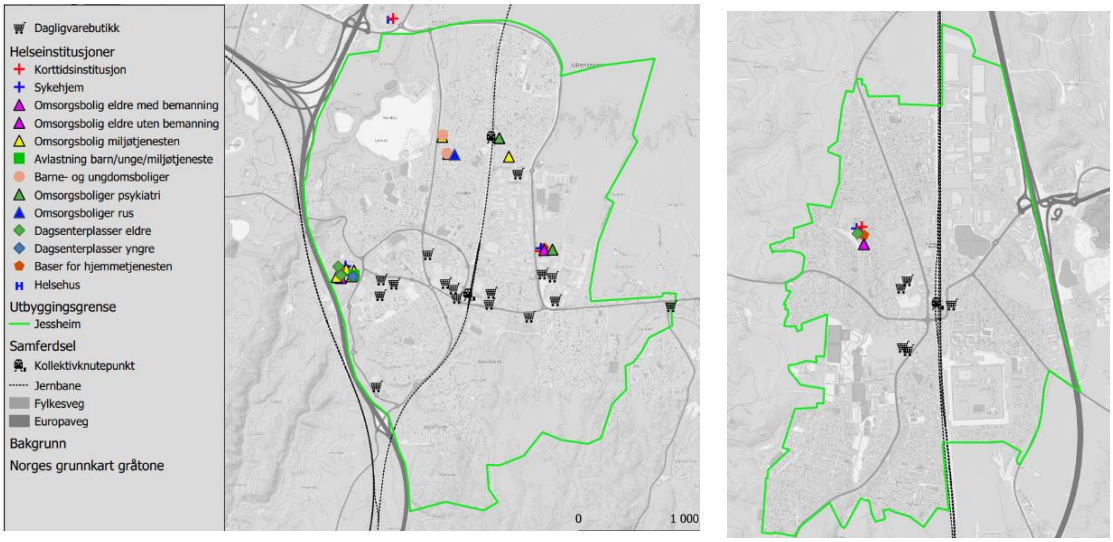
Omsorgsboliger for eldre med bemanning er lokalisert nært/tilknyttet sykehjemmene og er en del av bo- og aktivitetssentrene på Gjestad, Gystadmyr og Kløfta. Dagsenterplasser for eldre er i dag lokalisert på Gjestad (utsnitt i fig. 19) og på Kløfta bo- og aktivitetssenter. På Kløfta er det ved bo- og aktivitetssenteret omsorgsboliger og base for hjemmetjenesten i tillegg til sykehjem og korttidsplasser.

Barne- og ungdomsboliger er lokalisert i boligområdene i nordre del av Jessheim; i Vannvegen og Maurstien. Omsorgsboliger for miljøtjenesten har en variert plassering i dag; ved/rundt Gjestad bo- og aktivitetssenter og spredt i boligområdene i Jessheim nord (Vannvegen, Maurstien, Orresvingen). Avlastning for barn/unge/miljøtjenesten har kun en lokasjon, på Gjestad. Omsorgsboliger for psykiatri er lokalisert i Myrvegen 75 (nabotomt til Gystadmyr bo- og aktivitetssenter) og i Nordbyvegen, i et bomiljø i nordre del av Jessheim. Omsorgsboliger for rus er 3 boliger i Bjørmoen, i nordre del av Jessheim sentrum.

8.4 Folkehelsekart - nærbutikk, grøntstruktur, kollektivtilbud og sentrum

For utvikling av et godt, bærekraftig og aldersvennlig samfunn for alle er tilgang og gangavstand til grønne områder og servicetilbud for daglig bruk viktig. Dette vil påvirke folkehelsen positivt og bidra til utvikling av bærekraftige nærmiljø, forebygging og mestring i eget liv. Utvikling av nærmiljøsentra med prinsipp fra 10-minuttesbyen kan bidra til forebygging av behov for helsetjenester. Utvikling av skolene som nærmiljøsentre og fortetting rundt knutepunktene er strategier som kan bidra til å skape gode lokalsamfunn i Ullensaker. Nærhet til tilbud, tjenester og sosial infrastruktur kan bidra til å utsette behovet for helsetjenester fra kommunen for eldre og andre med et hjelpebehov.

Helsebyggenes plassering er sett i sammenheng med registrerte dagligvaretilbud, kollektivtransport-tilbud og grønne strukturer. Dette gir et bilde av hvilke dagligdagse tilbud som er innen rekkevidde for helsebyggene i dagens struktur og som grunnlag til vurdering av nye lokasjoner.



FIGUR 8.4 DAGLIGVAREBUTIKKER, HELSEBYGG OG KOLLEKTIVKNUTEPUNKT PÅ JESSHEIM OG KLØFTA

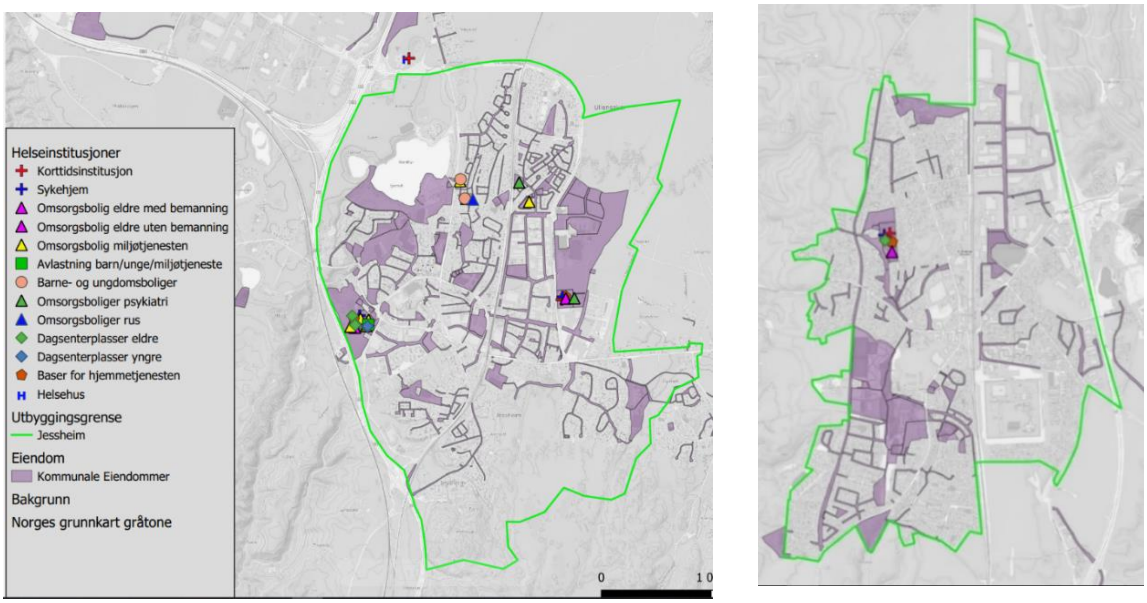
På Jessheim er det mange dagligvaretilbud innenfor gangavstand for institusjonsområdene på Gjestad og Gystadmyr. For omsorgsbyggene i nordlige del er det lengre avstand og mindre tilgjengelige tilbud. På Kløfta ligger dagligvaretilbudene sentralt, men i noe avstand fra bo- og aktivitetssenteret.

Friluftsområdene på Jessheim ligger mest i randsonen av sentrumsområdet. Institusjonene har noe avstand til disse, mens omsorgsboligene i nordvestre del av sentrum har god tilgang til områdene rundt Nordbytjernet. På Kløfta har bo- og aktivitetssenteret er det god nærhet til et skogsområde nord for senteret.

FIGUR 8.5: GRØNNE OMRÅDER OG EKSISTERENDE HELSEBYGG I JESSHEIM OG PÅ KLØFTA

8.5 Eksisterende kommunalt eide tomter

Det er få bebyggbare kommunale tomter på Jessheim. Mye areal er avsatt til grønnstruktur og skole-areal. Det som er mest egnet utbyggingsareal på kommunal grunn er på Gjestad (begrenset omfang) og på Gystadmyr.



FIGUR 8.6: KOMMUNALE EIENDOMMER I JESSHEIM OG PÅ KLØFTA

På Kløfta eier kommunen lite areal i de sentrale områdene. Egnet kommunalt areal er hovedsakelig rundt Kløfta gamle barnehage, ved bo- og aktivitetssenteret og rundt skole-/idrettsområdet.

8.6 Prinsipper for fremtidig lokalisering av helse- og omsorgsbygg

Det er i workshop arbeidet med kriterier for lokalisering av helsebyggene i Ullensaker. Det som er framkommet som de viktigste kriteriene som grunnlag for overordnet prinsipp for lokalisering er:

- Alt bør ligge tett/nært, sentralt og med god tilgjengelighet.
- Nærhet til framtidige nærmiljøsentre og kollektivtilbud
- Sambruk og samlokalisering, gode synergier.
- Mulighet for utvidelser og fleksibel bruk av bygg.
- Kort tidshorisont
- Bærekraft, i gjenbruk og i økonomi

I tillegg ligger Husbankens prinsipp for lokalisering og utforming av omsorgsbygg [40]til grunn:

- Boligene skal ikke ha institusjonslignende preg.
- Boligene bør lokaliseres i ordinære bomiljøer, og på steder som gjør det mulig å møte andre, ta i bruk offentlige rekreasjonsarealer og benytte servicetilbud.
- Ulike brukergrupper skal ikke samlokaliseres på en uheldig måte. Det er en målsetting å unngå at tilbudene oppleves som en "omsorgsgetto" eller virker stigmatiserende.
- Fellesfunksjoner knyttet til sykehjem som for eksempel kafe og treningsrom skal "invitere andre inn" eller samlokaliseres med andre tilbud for befolkningen. På denne måten kan det som

[40] https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8f7.pdf

tidligere var forbeholdt beboerne på institusjon bidra til å etablere møteplasser, funksjoner og aktiviteter som flere i et lokalmiljø trenger.
- I etablering av boliger for ulike målgrupper skal brukerne selv eller deres representanter delta og medvirke i planleggingen. Planprosesser må gjennomføres på en måte som setter sluttbrukernes behov i fokus.

De forskjellige brukergruppene vil ha spesielle behov i forbindelse med lokalisering, og kriterier for hver brukergruppe bør utarbeides videre i neste fase. I hovedsak gjelder normalisering og integrering som overordnede mål generelt. Samlokalisering av større brukergrupper kan være uheldig (ghetto). Brukergrupper i barneboliger/barneavlastning vil tilrettelegges best i randsoner av sentrumsområdet med bedre tilgang til lekeområder, i et roligere trafikkbilde, og i nærhet til skole/barnehage. Rus- og psykiatriboliger bør vurderes i hvert enkelt tilfelle hvor og hva som er den best egnede etableringen. Både med tanke på integrering i et vanlig bomiljø, nærhet til sentrumsfunksjoner og kollektivtilbud, og ev. den enkeltes behov for skjermet bolig.

Det er i samarbeid med enhetene Plan og næring og Kommunale eiendommer (KOMEI) kartlagt mulige utbyggingsområder i Jessheim og på Kløfta. Dette er områder med mulighet for sambruk med andre tilbud/funksjoner, transformasjonsområder, ev. ombygging/riving av dagens helsebygg og ubebygde arealer. Det har vært samspill underveis med skolebruksplanen og barnehagebehovsplanen i kommunen for å se by- og stedsutviklingen i en sammenheng med løsninger som kan gagne innbyggerne.

8.7 Valg av fremtidig lokalisering

Etter gjennomgang av mulige lokasjoner/områder, kartlegging av behov og mulige synergier er det oppsummert noen anbefalte lokasjoner for fremtidige helsebygg i kommunen. Disse anbefales lokalisert i hovedsak i Jessheim og noen på Kløfta. Det ble i arbeidet i workshop med å vurdere aktuelle lokasjoner også nevnt et par kommunale tomter i Mogreina og i Nordkisa. Disse er ikke tatt med i aktuelle områder for nye helsebygg da de ligger utenfor sentrale områder, og ikke vil ha de samme egenskapene som de sentrale områdene i Jessheim og Kløfta. Tomtene kan ev. tas med for vurdering i senere prosesser i f.eks. et mulighetsstudie.

Anbefalte utviklingsområder er vist i kart i vedlegg (6) og danner grunnlag for endelig anbefaling av lokasjoner, som er vist i kap. 10.3.

Resultat fra workshop 16. februar 2023 har grunnlag i aktuelle utbyggingssoner i Jessheim og på Kløfta:

- Institusjoner for eldre er foreslått som utvidelser/nybygg på eksisterende lokasjoner for dagens institusjoner; v/LHL-sykehuset, Gjestad bo- og aktivitetssenter, Gystadmyr bo- og aktivitetssenter og ved Kløfta bo- og aktivitetssenter.
- Boliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne er foreslått lagt sentralt i begge tettstedene for å kunne ha lett tilgang til tjenester og servicetilbud.
- Barne- og avlastningsboliger er foreslått å ligge i randsonene av sentrumskjernene der det er roligere trafikkbilde, nærhet til lekeplasser og skole og barnehage.
- Boliger for mennesker rus og/eller psykiske problemer er foreslått lagt på flere områder; både sentralt for tilgang til tjenester/servicetilbud og noen i utkanten etter behov. Institusjon er foreslått lagt ved LHL-sykehuset.

9. Samarbeid – belyse det økonomiske handlingsrommet

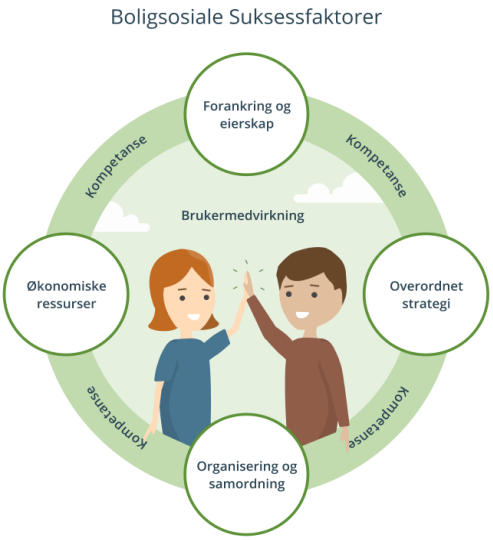
Dette kapittelet belyser det økonomiske handlingsrommet for å iverksette tiltak. Viktigheten av intern og ekstern samhandling. Husbankens virkemiddelapparat, og utbygging i privat eller kommunal regi.

9.1 Intern og ekstern samhandling

Oppsummert handler suksesskriteriene i det boligsosiale arbeidet om god forankring og organisering.

Tverrsektoriell intern samhandling og samhandling med for eks. med Husbanken, statsforvaltning og private aktører, brukerorganisasjoner, frivillige og brukere og pårørende.

Forankring og eierskap hos politisk og administrativ ledelse, og ses i sammenheng med andre fagområder. Kommunen må utarbeide strategier, mål og planer (Kommuneplanens samfunns og arealdel, økonomiplanen m.m.). Organiseringen av arbeidet bør være forpliktende i tverrfaglige fora med formelle møtepunkter. Samarbeidet mellom forvaltning, tildeling og tjenester som kjenner brukerbehovene er spesielt viktig.

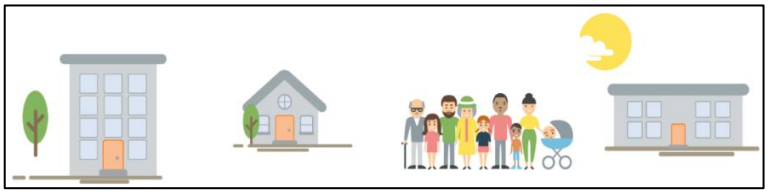


FIGUR 9.1 BOLIGSOSIALE SUKSESSFAKTORER

Et godt kunnskapsgrunnlag gjør det lettere for kommunen å velge riktige innsatsområder for å imøtekomme de kartlagte behovene i kommunen. Dette forutsetter god medvirkning og forankring. Ullensaker kommune har i dag flere pågående planer og prosesser.

9.2 Husbankens virkemiddelapparat

Husbankens oppdrag er å bidra til iverksettelse av regjeringens boligsosiale politikk i kommunene ved bruk av virkemidler som lån, tilskudd, bostøtte, kompetansebygging og kunnskapsutvikling.



FIGUR 9.2 ILLUSTRASJON HUSBANKEN

For kommunene er det flere ordninger som kan være aktuelle avhengig av hvilke målgrupper det skal etableres boliger for. Kommuner kan søke om finansiering fra Husbanken til å skaffe utleieboliger til vanskeligstilte, sykehjem og omsorgsboliger, samt søke om startlån til videretildeling[41].

For målgrupper som har behov for kommunale boliger, men som ikke har vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester kan ordningen *Lån til utleieboliger for vanskeligstilte* være et aktuelt virkemiddel.

For brukergrupper som har vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester (selv om de gis som ambulerende tjenester) vil Husbankens investeringstilskudd ofte være den mest aktuelle ordningen.

Kommunene kan bruke Husbankens investeringstilskudd både til å øke kapasiteten av og fornye omsorgsboliger (for alle målgrupper) og sykehjemsplasser. Det gjelder både korttidsplasser og langtidsplasser. Videre kan kommunene bruke investeringstilskuddet til å etablere fellesarealer i eksisterende omsorgsboliger og sykehjem, de kan etablere eller reetablere lokale produksjonskjøkken i eksisterende

[41] https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/

sykehjem eller omsorgsboliger og de kan benytte investeringstilskuddet til å etablere lokaler til dagaktivitetstilbud.

Prinsippene om normalisering og integrering skal ligge til grunn ved planlegging av helse- og omsorgsbygg som skal finansieres av Husbanken se kap. 8.6.

Det er et viktig prinsipp, ved planlegging av nye omsorgsplasser, at brukernes behov settes i fokus. Dette er også nedfelt i plan- og bygningsloven som sier at fremtidige beboere, eller representanter for disse, skal tas med på råd i planlegging av nye tilbud. Kommunen må hensynta beboernes ønsker i planleggingsprosessen og det er også viktig at ønsker og behov dokumenteres skriftlig.

Det er viktig at personer, som trenger hjelp til å få tilpasset boligen sin for å kunne bli boende hjemme, får den hjelp og støtte de trenger[42]. Kommunen har selv ansvar for boligrådgivingen i kommunen. Arbeidet med rådgivning for tilpassing av bolig er særlig viktig i tiden fremover.

Helhetlig virkemiddelbruk

Husbanken forvalter virkemidler som skal bidra til at det blir flere universelt utformede boliger og at andelen tilgjengelige boliger i den eksisterende boligmassen øker.

Støtteordningene er blant annet:

Lån til å bygge livsløpsbolig: Med livsløpsbolig menes boliger som er lagt til rette for at personer kan bo der gjennom hele livsløpet og være mest mulig selvhjulpne, uavhengig av funksjonsnivå. Lånet er for bygging av helårsbolig. Det gjelder også når du skal bygge om fra en annen bygningsmasse til boligformål.

Lån til å oppgradere bolig: Du kan søke om lån fra Husbanken til å oppgradere boligen din. Hovedregelen er at oppgraderingen skal vært så omfattende, at det både reduserer energiforbruk og øker tilgjengeligheten betraktelig.

Startlån: Kan gis til barnefamilier, eldre, personer med nedsatt funksjonsevne eller andre som bor i en uegnet bolig og enten vil kjøpe bolig eller utbedre/tilpasse boligen sin.

Tilskudd fra kommunen: Ved nedsatt funksjonsevne og behov for å bygge om boligen kan man søke om finansiering til små eller store ombygginger og tilpasninger. Finansieringen kan bestå av startlån og/eller tilskudd. Du kan også søke om tilskudd til profesjonell prosjekteringshjelp utført av for eksempel arkitekt i forkant av en eventuell ombygging.

9.3 Plankrav ved søknad om investeringstilskudd

Fra 1. januar 2022 gjelder plankrav[43] ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Plankravet skal stimulere til mer helhetlige og langsiktige behovsvurderinger før kommunene investerer i nye eller rehabiliterer de mest kostnadskrevende tilbudene.

Kommunene skal vurdere behovet for fremtidige heldøgns omsorgsplasser nøye, i lys av sitt nåværende bo- og tjenestetilbud, den eksisterende boligmassen og hvordan dette kan utvikles i tiden framover.

Formålet med plankravet er først og fremst at alle kommuner planlegger langsiktig og gjør det på bakgrunn av kunnskap om egen situasjon. Da kan kommunene se verdien av:

[42] https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8e16.pdf

[43] https://husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/plankrav/

- å se på tiltak lenger ned i omsorgstrappen, som kan lette noe av presset på de dyreste tilbudene øverst i trappen.
- å sette av egnede tomter til fremtidige prosjekt for de ulike målgruppene
- og muligheter ved samarbeid med private aktører.

Husbanken kan avvise søknader om ikke plankravskjema er basert på oppdaterte tall og kommunen ikke har vurdert prosjektet i sammenheng med kommunens helhetlige tilbud. Informasjon og tall i kunnskapsgrunnlag/plan skal i utgangspunktet ikke være eldre enn 3 år.

Innholdet i plankravet vil være:

- Beskrivelse av dagens bo- og tjenestetilbud
- Utarbeide et kunnskapsgrunnlag basert på tilgjengelig statistikk
- Beskrivelse av hvordan brukermedvirkningen er ivaretatt
- Beskrivelse av hvordan investeringer og drift er ivaretatt i økonomiplan og/eller årsbudsjett

Behovsvurderinger – helhetlig vurdering av ovennevnte punkter.

9.4 Utbygging i privat eller kommunal regi

I møte med fremtidsutordringene er det en tendens til en utvikling av et godt samarbeid internt i kommunen og med bransjen, ideelle aktører og Husbanken. Dette samarbeidet ses på som avgjørende for å få til gode prosjekter. Gode boliger kan redusere behovet for å bygge i kommunal regi.

FIGUR 9.3 HELHETLIG VIRKEMIDDELBRUK

Å videreutvikle samarbeid med private og ideelle aktører kan være et viktig grep, der offentlig og private aktører går sammen om å utvikle og bygge gode alternative botilbud for eldre og andre innbyggere. Det finns flere gode eksempler på slikt samarbeid de senere årene. Om en ikke har en egnet bolig for en person, så må kommunen bistå med å anskaffe nye botilbud. Da kan man enten:

- Kjøpe bolig,
- Bygge bolig,
- Samarbeide med private aktører gjennom tilvisningsavtale eller tildelingsavtale, eller innleie.
- Formidle bolig i det private utleiemarkedet: kommunen bistår personen eller familien til å finne en egnet bolig i det ordinære boligmarkedet.

Husbanken og mange kommuner har i den senere tid søkelys på fra leie til eie, som handler om det å bistå vanskeligstilte med å kjøpe egen egnet bolig.

Ullensaker utlyste et behov for seniorboliger og på bakgrunn av denne utlysningen fikk de en tilvisningsavtale med en privat aktør på 44 leiligheter for seniorer i Kløvertunet. Prosjektet har gode sosiale soner samt at det er godt tilrettelagt med både vaktmester og tilbud om rengjøring. Jessheim park et

annet prosjekt har også en målsetting om et botilbud med fellesarealer og møteplasser for beboerne og andre servicetilbud.

Kløvertunet	Jessheim park

FIGUR 9.4 KLØVERTUNET OG JESSHEIM PARK

Bildet over viser tilvisning for seniorer – Kløvertunet i Ullensaker og Jessheim park som også ønsker seniorer som beboere.

Disse prosjektene har ikke heldøgns omsorg, men er gode prosjekter generasjonsuavhengige boliger som bidrar til at eldre og andre kan bli boende lengre hjemme og forebygge behov for et botilbud på et høyere nivå i omsorgstrappen.

Markedsmøte

Ifølge Husbanken øst vil en kommune som har god oversikt over sine behov, også kunne organisere et markedsmøte hvor man møter bransjen (utbyggere) og informerer om ulike boligbehov kommunen har, enten det gjelder framskaffelse av bolig til flyktninger, eldre, PU, vanskeligstilte osv.

Typisk her er at man utlyser/annonserer/markedsfører markedsmøte i forkant, med mål og samle flest mulig fra bransjen til et felles møte. I et markedsmøte vil Husbanken også kunne stille, både for å presentere virkemidler, men også svare på spørsmål fra de fremmøtte. Husbanken har også mulighet for å være med kommunen for å rigge et slikt møte. Husbanken øst er i dialog med Markedsmøte med Ullensaker kommune om markedsmøte som virkemiddel.

Sarpsborg er et godt eksempel på en kommune som har gjort dette og det Husbanken ser er at Sarpsborg har hatt større pågang av tilbydere enn en kommune som kanskje har gjort dette på en «enklere» måte.

10. Helhetlig helse- og omsorgsplan - løsningsstrategier

Avsluttende kapittel oppsummerer planen og fremtidige løsningsstrategier. Fremtidige bygg, oversiktskartet med ny struktur og grovt stipulerte kostnader. Avslutningsvis belyses vegen mot bærekraftige helse- og omsorgstjenester i et fremtidsperspektiv og handlinger mot 2035.

Fysisk og sosial planlegging sett i sammenheng – helhetlig planlegging – sett opp mot målsettingen.

10.1 Tabell med framtidig bygg behov mot 2035

Type plass/ botilbud - eldre							
Program	**Plasser institusjon**	**Omsorgsbolig bokollektiv**	**Omsorgsbolig bofellesskap**	**Selvstendig**	**Småhus**	**Hardbruksbolig**	**Til sammen**
Eldre 80 + - 20% dekningsgrad	228						*228
Eldre 80 + - 22% dekningsgrad	280						*280

TABELL 10.1 FREMTIDIG BEHOV ELDRE

Type plass/ botilbud - yngre							
Program	**Plasser institusjon**	**Omsorgsbolig bokollektiv**	**Omsorgsbolig bofellesskap**	**Selvstendig**	**Småhus**	**Hardbruksbolig**	**Til sammen**
Mennesker med nedsatt funksjonsevne		6	32	13			**51**
Barne- og avlastningsbolig	**24**						**24**
Mennesker med rus/ og eller psykisk							
Bolig med spesialisert bemanning.	9	6	9	10	4	1	39
Institusjon	17						17
Til sammen	**24**	**6**	**9**	**10**	**4**	**1**	**56**
Totalt - yngre	**48**	**12**	**41**	**23**	**4**	**1**	**131**

TABELL 10.2 FREMTIDIG BEHOV YNGRE

Kommentar:

- Eldre 80+ med dekningsgrad 20%/22% behov for 228/280 plasser samlet i to byggetrinn mot 2035
- Mennesker med nedsatt funksjonsevne: behov for 51 plasser samlet (13 i 2024 og 20 i 2026 og 18 i 2030)
- Barne- og avlastningsbolig: behov for 24 plasser samlet (10 i 2024 og 6 i 2026 og 8 i 2030)
- Mennesker med rus/ og eller psykisk helseutfordring: behov for 56 plasser samlet (36 i 2024, 13 i 2026 og 7 i 2028)

Samlet antall kartlagte behov for plasser/ botilbud er 359/411 avhengig av valgt dekningsgrad 80+ mot 2035. Se kap. 4

Disse tallene er utgangspunktet for kostnadsberegningene, og utvikling av ny lokasjonsstruktur.

10.2 Stipulerte kostnader

I oversikt for økonomiske beregninger er det kun kostnader for investering og FDV som er tatt med. Kostnadene gjelder for bygg som føres opp i regi av kommunen. Det er stor usikkerhet i kostnadsberegningene i en så tidlig fase.

Antall plasser som er lagt til grunn i estimatene er fra tabell 5.1 og 5.2 i kapittel 5. Tabellene viser behov som melder seg allerede i 2024. Ved oppføring av nye bygg vil det være vanskelig å få til etablering i løpet av 2024. Kapittel 9.4 nevner om muligheter i samarbeid med private aktører.

I forhold til nåverdi beregning så er det lagt til grunn en fremdriftsplan som er mulig å realisere. Tidligst mulig etablering er i Q3.2027, og det gjelder boliger med kapasitet opp til 13 plasser. Estimatene bygger ikke i henhold til hva som er behov, da det melder seg allerede i 2024. Se «vedlegg 7 Fremdriftsplan» for stipulert fremdrift. Viktig å bemerke at det i fremdriftsplan er lagt inn aktivitet for regulering av tomt. Denne har varighet på ett år.

For hver beboer/bruker er det beregnet 100 kvm pr. plass. Anslag for areal pr. plass baserer seg på erfaringstall fra gjennomførte prosjekter. Selve leiligheten/beboerrommet utgjør 30 til 50 kvm, og i tillegg til dette kommer støttefunksjoner, gangsoner, teknisk rom, osv. Erfaringstall ligger i spennet 85 til 115 kvm pr plass. I denne fasen er det fornuftig å legge seg på snittet, 100 kvm. Bemerker at dette kun gjelder sykehjemsfunksjoner, og ikke funksjoner som arealer til dagsenter, hjemmetjeneste og så videre.

Byggekost pr kvm er erfaringstall fra prosjekter som kommunen har gjennomført. For bygningsmasse med større volum, slik som sykehjem, er det lagt til grunn kr 55.000,- pr kvm inkl. mva. (01.2023 pris). For bygningsmasse med mindre volum er det lagt til grunn kr 65.000,- pr kvm inkl. mva. (01.2023 pris)

Felles for erfaringstall byggekost er at det ikke er tatt med kostnader for tomt. Dette gjelder kostnader til anskaffelse, regulering, opparbeidelse og infrastruktur, og andre uforutsette konsekvenser. FDV kostnad på kr 1.200,- pr kvm. år, er erfaringstall fra kommunen.

10.2.1 Institusjon- og omsorgsboligplasser 80+ mot 2030/2035.

Tabellen under viser stipulerte kostnader for etablering av sykehjem med institusjon- og omsorgsboligplasser. Prosjektkostnad for etablering av institusjonsplasser er lik for institusjons- og omsorgsboligplass. Forskjellen ligger i tilskudd fra Husbanken. Pr 2023 er tilskuddet kr 2.052.000,- pr. institusjonsplass og kr. 1.679.000,- pr omsorgsboligplass.

Antall plasser som kommer frem etter analyser er kombinasjon av institusjon- og omsorgsboligplasser. Fordelingen som er benyttet i tabellen er fordelingen som eksisterer i kommunen i dag, ¾ er institusjonsplasser og ¼ er omsorgsboligplasser. Som nevnt har dette kun betydning for tilskudd fra Husbanken. Valgt dekningsgrad i dette scenariet er 20 og 22%.

Post	133 plasser realisert 2030 - DG 20%	177 plasser realisert 2030 - DG 22%	95 plasser realisert 2035 - DG 20%	103 plasser realisert 2035 - DG 22%
Prosjektkostnad inkl mva [01.2023-tall]	kr 731 500 000	kr 973 500 000	kr 522 500 000	kr 566 500 000
Mva kompensasjon [25%]	-kr 146 300 000	-kr 194 700 000	-kr 104 500 000	-kr 113 300 000
*Tilskudd fra Husbanken [2023-tall]	-kr 260 513 750	-kr 346 698 750	-kr 186 081 250	-kr 201 751 250
Lånebehov	**kr 324 686 250**	**kr 432 101 250**	**kr 231 918 750**	**kr 251 448 750**
FDV kostnader [kr 1200,- pr kvm år]	kr 15 960 000	kr 21 240 000	kr 11 400 000	kr 12 360 000
Sum årskostnad investering og FDV (Nåverdi)	**kr 24 170 000**	**kr 32 340 000**	**kr 17 210 000**	**kr 18 660 000**

* Det er lagt til grunn at 3/4 er institusjonsplasser [Kr 2.052.000,- pr. plass] og 1/4 er omsorgsboligplasser [Kr 1.679.000,- pr. plass].

TABELL 10.3 ÅRSKOSTNADER FOR INSTITUSJON OG OMSORGSBOLIGPLASSER

10.2.2 Bolig for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Behovskartlegging viser at det i 2024 er behov for 13 plasser, i 2026 er det behov for 20 plasser og i 2028 er det behov for 18 plasser. Fremdriftsplan i vedlegg 7 viser tidligst mulig realisering i 2027.

Det bør settes av midler til planlegging allerede fra 2023.

Post	Etablering 13 plasser 2027	Etablering 20 plasser 2028	Etablering 18 plasser 2028
Prosjektkostnad inkl mva [01.2023-tall]	kr 84 500 000	kr 130 000 000	kr 117 000 000
Mva kompensasjon [25%]	-kr 16 900 000	-kr 26 000 000	-kr 23 400 000
*Tilskudd fra Husbanken [2023-tall]	-kr 21 827 000	-kr 33 580 000	-kr 30 222 000
Lånebehov	**kr 45 773 000**	**kr 70 420 000**	**kr 63 378 000**
FDV kostnader [kr 1200,- pr kvm år]	kr 2 044 401	kr 3 155 290	kr 2 984 994
Sum årskostnad investering og FDV (Nåverdi)	**kr 3 344 401**	**kr 5 305 290**	**kr 4 934 994**

* Det er lagt til grunn at det gis tilskuddd som omsorgsboligplasser [Kr 1.679.000,- pr. plass].

TABELL 10.4 ÅRSKOSTNAD FOR BOLIGER TIL MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

10.2.3 Barne- og avlastningsboliger

Behovskartlegging visert at det er behov for 10 plasser i 2024, 6 plasser i 2026 og 8 plasser i 2030. Fremdriftsplan i vedlegg 7 viser tidligst mulig realisering i 2027.

Det bør settes av midler til planlegging allerede fra 2023.

Post	Etablere 10 plasser realisert 2027	Etablere 6 plasser 2027	Etablere 8 plasser 2030
Prosjektkostnad inkl mva [01.2023-tall]	kr 65 000 000	kr 39 000 000	kr 52 000 000
Mva kompensasjon [25%]	-kr 13 000 000	-kr 7 800 000	-kr 10 400 000
*Tilskudd fra Husbanken [2023-tall]	-kr 16 790 000	-kr 10 074 000	-kr 13 432 000
Lånebehov	**kr 35 210 000**	**kr 21 126 000**	**kr 28 168 000**
FDV kostnader [kr 1200,- pr kvm år]	kr 1 572 616	kr 946 587	kr 1 326 664
Sum årskostnad investering og FDV (Nåverdi)	**kr 2 572 616**	**kr 1 596 587**	**kr 2 186 664**

* Det er lagt til grunn at det gis tilskuddd som omsorgsboligplasser [Kr 1.679.000,- pr. plass].

TABELL 10.5 ÅRSKOSTNAD FOR BARNE- OG AVLASTNINGSBOLIGER

10.2.4 Boliger til personer innen rus og psykiatri

Behovskartlegging viser at det er behov for 36 plasser i 2024, 13 plasser i 2026 og 7 plasser i 2028. Fremdriftsplan i vedlegg 7 viser tidligst mulig realisering i 2027.

Det bør settes av midler til planlegging allerede fra 2023.

Post	Etablere 36 plasser realisert 2028	Etablere 13 plasser realisert 2027	Etablere 7 plasser realisert 2027
Prosjektkostnad inkl mva [01.2023-tall]	kr 234 000 000	kr 84 500 000	kr 45 500 000
Mva kompensasjon [25%]	-kr 46 800 000	-kr 16 900 000	-kr 9 100 000
*Tilskudd fra Husbanken [2023-tall]	-kr 60 444 000	-kr 21 827 000	-kr 11 753 000
Lånebehov	**kr 126 756 000**	**kr 45 773 000**	**kr 24 647 000**
FDV kostnader [kr 1200,- pr kvm år]	kr 5 525 066	kr 2 103 133	kr 1 160 831
Sum årskostnad investering og FDV (Nåverdi)	**kr 9 125 066**	**kr 3 503 133**	**kr 1 910 831**

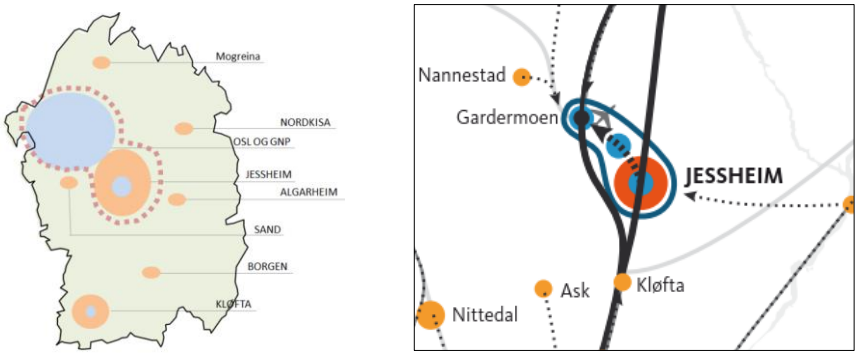
* Det er lagt til grunn at det gis tilskuddd som omsorgsboligplasser [Kr 1.679.000,- pr. plass].

TABELL 10.6 ÅRSKOSTNAD FOR BOLIG TIL PERSONER MED HELSEUTFORDRINGER INNEN RUS OG PSYKIATRI

For å konkretisere løsninger for de kartlagte behovene bør det utvikles boligprogram for hver bruker-kategori, se kap 11.3.

10.3 Oversiktskart – ny struktur

Ny struktur har utgangspunkt i kommunens strategier for utvikling; bl.a. Eiendomsstrategi (2021), Perspektivmeldingen 2021-2040 og Mobilitets- og byutviklingsstrategi for Jessheim (2019).



FIGUR 10.1 VEKSTSTRATEGIER FOR ULLENSAKER (ILL. FRA KOMMUNEPLANENS SAMFUNNSDEL 2020-2030 OG REGIONAL PLAN FOR AREAL OG TRANSPORT, 2015)

Mobilitets- og byutviklingsstrategien for Jessheim har føringer for fortetting og mål om å skape et attraktivt sentrum, styre bilbruk, øke bruk av buss og tog, og at flere skal gå og sykle med utgangspunkt i 10-minutters byen. Overordnet er utviklingen tenkt innenfra og ut i Jessheim sentrum, og med retning nordvest mot Gardermoen. Andre prioriterte fortettingsområder i Jessheim utover sentrumskjernen er mot nordøst (Gystadmarka) og Jessheim sør innenfor ny omkjøringsveg.

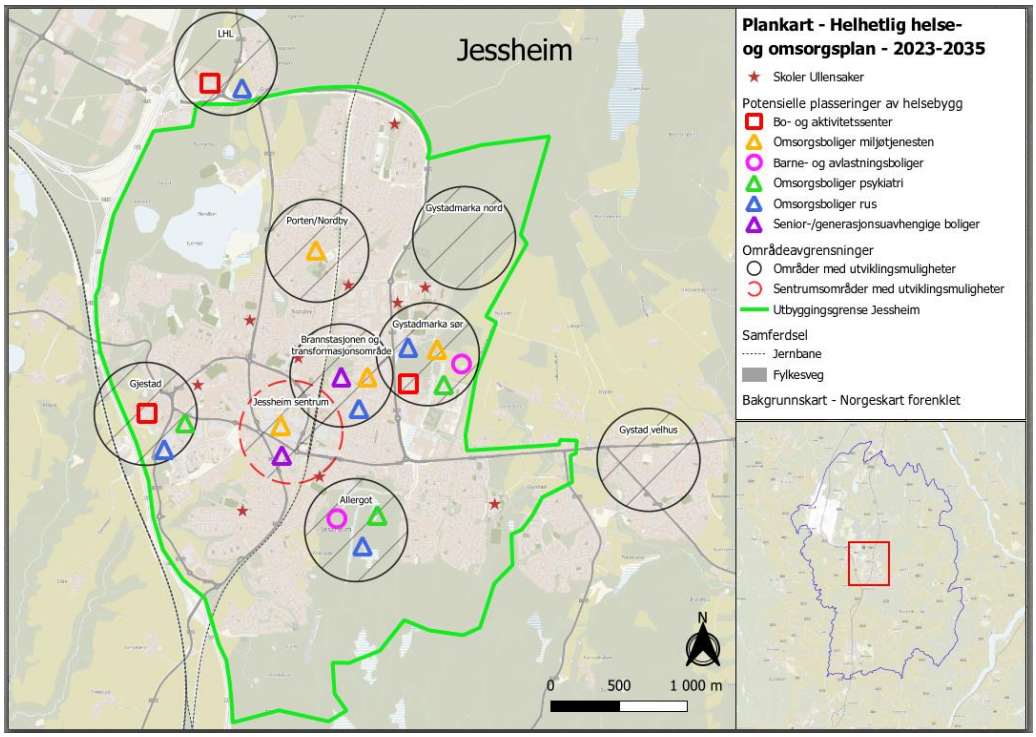
FIGUR: 10.2 BYUTVIKLINGSSTRATEGI AV JESSHEIM MED FORTETTING AV SENTRUM OG 10-MINUTTESBYEN TIL VENSTRE. PRIMÆR VEKST MOT NORD-ØST OG SØR, VIST I GULT TIL HØYRE (ILL. MOBILITETS- OG BYUTVIKLINGSSTRATEGI FOR JESSHEIM 2019)

10.4 Ny struktur for helsebygg

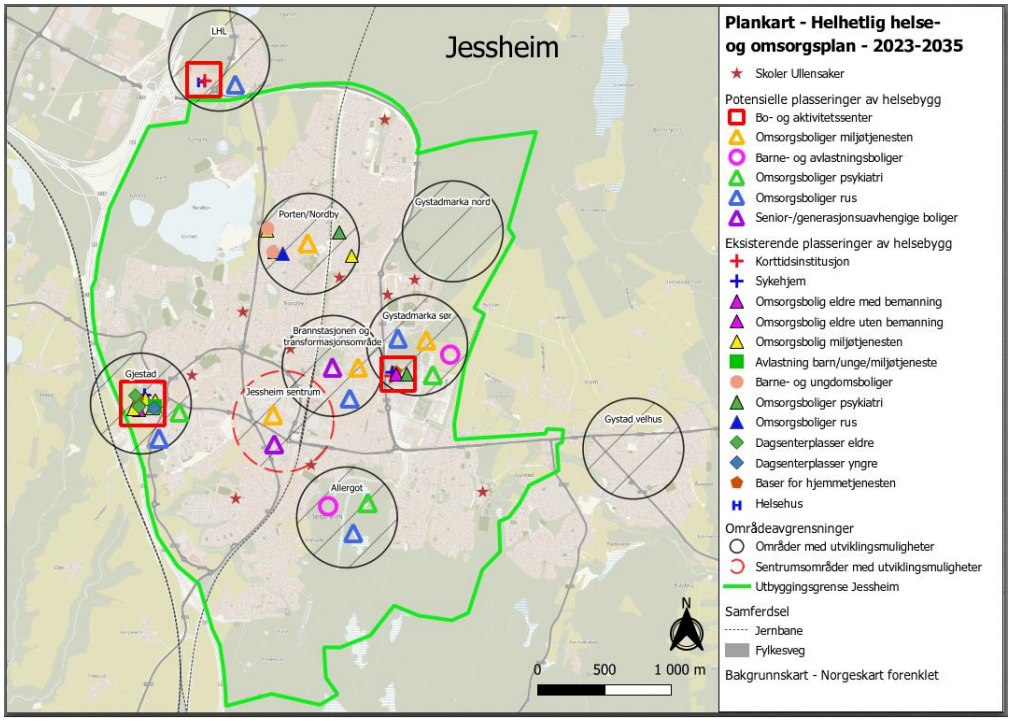
Det er etter vurdering av resultat fra workshops og dialog med enhetene Plan og næring og Kommunale eiendommer (KOMEI) foreslått lokaliseringer for nye helsebygg og omsorgsboliger innenfor de kartlagte områdene som har muligheter for utbygging. Lokasjonene er søkt rundt/i Jessheim by og på Kløfta, i tråd med kommunens strategier for fortetting og utvikling.

Områdene med muligheter for lokalisering av helsebygg er etter kommunens føringer og strategier sentralisert rundt tettstedene Jessheim og Kløfta. Det er også kommunale tomter i Mogreina og Nordkisa som ev. kan vurderes i senere faser eller i mulighetsstudier.

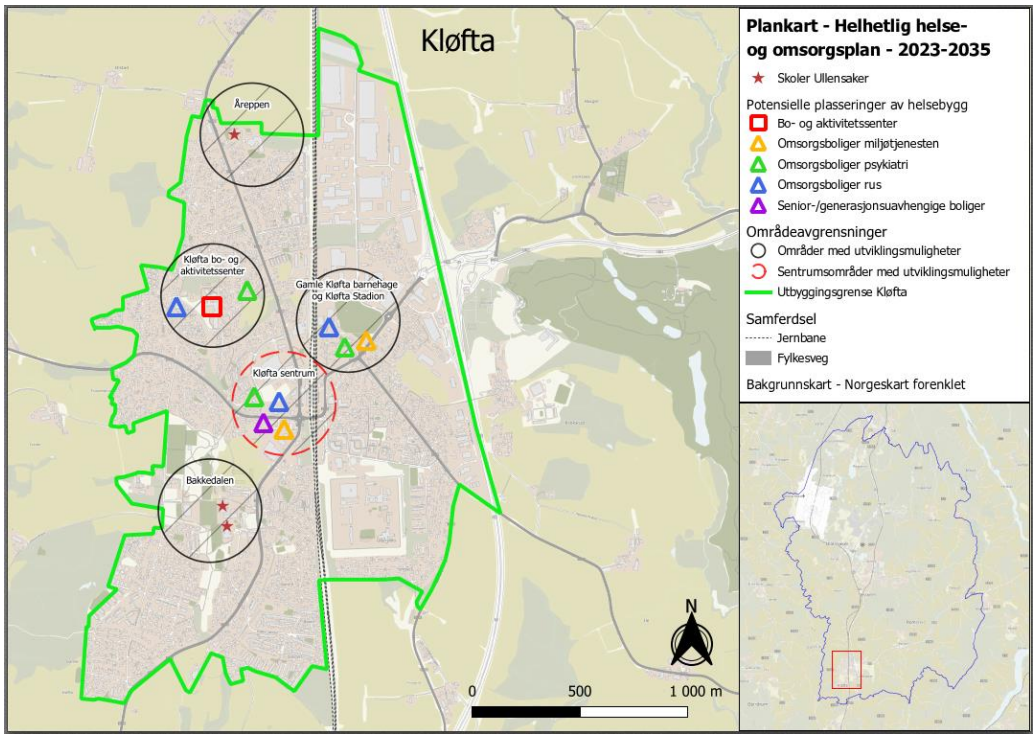
Strategikartet viser også kartlagte områder med utviklingsmuligheter uten noen forslag til nye bygg. Disse områdene kan ligge som kartlagte muligheter ved videre utredninger eller hvis behovet endres.



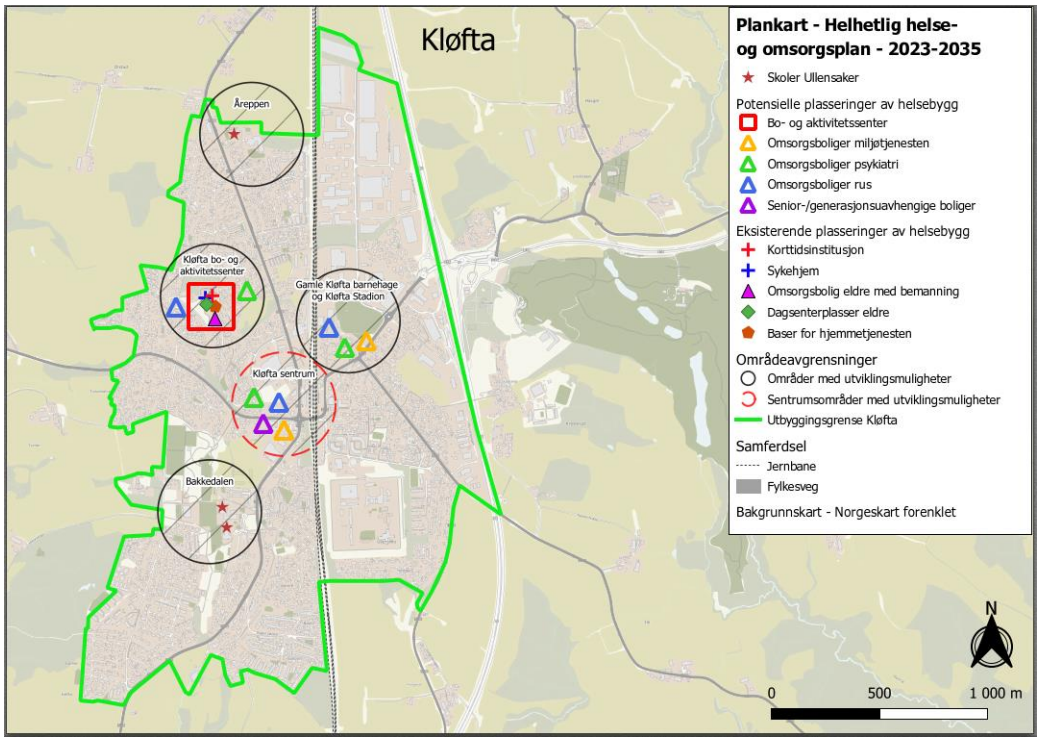
FIGUR 10.3 OVERSIKTSKART LOKASJONER FOR NYE HELSEBYGG I JESSHEIM



FIGUR 10.4 OVERSIKTSKART LOKASJONER FOR NYE OG EKSISTERENDE HELSEBYGG I JESSHEIM



FIGUR 10.5 OVERSIKTSKART LOKASJONER FOR NYE HELSEBYGG PÅ KLØFTA



FIGUR 10.6 OVERSIKTSKART LOKASJONER FOR NYE OG EKSISTERENDE HELSEBYGG PÅ KLØFTA

For hver kategori er mulige lokasjoner samlet på et felles kart for Jessheim og Kløfta for lettere å kunne se sammenheng med behovet for begge tettstedene. Plassering av symbol for hver byggkategori har ikke en stedsspesifikk plassering på kartet, men viser mulighet for lokalisering innenfor områdesirkelen. Nærmere plassering må avklares i videre prosesser.

10.5 Bærekraftige helse- og omsorgstjenester mot 2035

Kommunen står ovenfor samfunnsmessige utfordringer, noe som i stor grad vil ha påvirkning på behovet for, plassering og sammensetting av omsorgsbygg og ulike boligløsninger i årene som kommer. Veksten i Ullensaker kommune er stor i alle aldersgrupper. Den demografiske utviklingen er kjent og forventes å legge press på hele helsevesenets bærekraft.

Presset på helse- og omsorgstjenestene vil øke samtidig som rekruttering av ansatte vil bli utfordrende, og det vil ikke være mulig å løse oppgavene på samme måte som i dag.

For å møte fremtidsutfordringene med flere brukere innenfor alle aldersgrupper og knapphet på helsepersonell må en ha flere verktøy i verktøykassen om en skal ivareta sosial og økonomisk bærekraft. Den enkelte må ta et større ansvar selv. En sterk institusjonsbasert tjeneste for eldre vil være lite bærekraftig på sikt. En satsing på de nederste trinnene i omsorgstrappen blir spesielt viktig for at innbyggere i alle aldersgrupper skal klare seg lengst mulig hjemme. Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling har sterke sammenhenger. Innbyggernes helse og livskvalitet berører alle samfunnsområder og det trengs en tverrsektoriell innsats for å oppnå gode resultater.

Planen belyser også tiltak og prosjekter som Ullensaker kommune allerede har iverksatt.

10.5.1 Virkemidler

En dreining mot forebygging og et proaktivt forløp der kommunen satser sterkt på ulike innsatser er nødvendig.

- Økte hjemmetjenester, teknologistøtte, dagsenterplass, måltider og pårørendeveiledning for å forebygge innleggelse på et høyere nivå i omsorgstrappen.
- En god boligpolitikk for eldre og andre med behov, også ved hjelp av private aktører. Tiltakene nederst i trappen koster, men vil være rimeligere enn tiltak øverst i omsorgstrappen på sikt.
- Innbyggernes ressurser må mobiliseres. Aktiv brukermedvirkning med mål om å forankre innbyggernes behov vil bidra til å tilrettelegge for tilpassede tjenester. Det bør også etableres et godt samarbeid med frivilligheten, organisasjoner og lokalt næringsliv som ressurser inn i tjenesten.
- Utvikling av gode boligløsninger med søkelys på smarte hjem og velferdsteknologi for at eldre skal kunne bo lenger i eget hjem, og gode selvbetjeningsløsninger mot kommunen.
- Lokasjoner for helsebygg bør sentraliseres for å oppnå effektiv ressursutnyttelse og tilrettelegge for gode sambruksløsninger. Beboere vil kunne ha nødvendige dagligdagse tjenester innenfor kort rekkevidde og dermed greie seg selv lengre uten bistand. En sentralisering vil også ha en effekt på det grønne skiftet med mindre bruk av bil og påfølgende negative konsekvenser for klima og miljø, og skape sosiale tilknytninger i nærmiljøet. Sentrale, moderne og effektive helsebygg vil kunne påvirke rekruttering og trekke til seg nye ansatte ved å framstå som en attraktiv arbeidsplass.
- Kommunens planer må sees i sammenheng for å oppnå gode og bærekraftige synergier og ha en bærekraftig økonomi. Det krever et tverrsektorielt samarbeid. Mål om økt bærekraft gjelder også å etablere innovative løsninger for samarbeid med private eiendomsutviklere, Husbanken og andre aktører relatert til utvikling av eiendom.

11. Veien videre – handlinger

Helhetlig helse- og omsorgsplan avdekker store behov for heldøgns omsorgstjenester og botilbud for alle brukergrupper i årene som kommer. Planen skal bidra til å sikre forsvarlige helsetjenester i fremtiden. Et omfattende kartleggingsarbeid viser at det er behov for å iverksette tiltak umiddelbart.

Helhetlig helse- og omsorgsplan er å anse som en overordnet plan, og oppfølging og tiltak må inn i neste økonomiplanperiode. Dette i tråd med bestemmelsene i kommunelovens § 14-4 og plan- og bygningslovens § 11-1. I oppfølgingen av planen bør følgende handlinger iverksettes:

11.1 Innspill til kommuneplanens arealdel

På grunn av knappet på tomter og arealer sentralt er det behov for sammenstilling av planer i det videre arbeid.

Helse og omsorgs behov for tomteareal som innspill til kommuneplanens arealdel må ses i sammenheng med andre planer:

- Skolebruksplan
- Helhetlig helse- og omsorgsplan
- Barnehagebehovsplan
- Pågående rullering av Byplan Jessheim 2050
- Pågående og nye reguleringsplaner

Sammenstilling av disse planene for å få en best mulig plassering av ulike byggkategorier. Formålet med arbeidet vil være å bidra til en plassering som gir gode synergier og en samlet utnyttelse av arealer og som bygger opp under en god folkehelse og byutvikling for alle innbyggere.

Det må arbeides overordnet og tverrsektorielt for å utvikle bærekraftige løsninger.

11.2 Senkning av dekningsgraden 80+

Et systematisk arbeid med å en gradvis senkning av dekningsgraden og oppbygging av supplerende tiltak lavere i omsorgstrappen.

Å trekke ned den samlede dekningsgraden på HDO plasser vil medføre en høyere andel hjemmetjenester noe som igjen bidrar til lavere ressursbruk. Dette vil medføre lavere samlede driftskostnader på de øverste trinnene i omsorgstrappen hvor HDO plassene befinner seg. Dekningsgraden vil være et verktøy for fremtidige prioriteringer både for utvikling av bygg og tjenester.

En gradvis senkning av dekningsgraden fra 24% i 2022 mot 22% i 2030 – 2035, innspill fra politisk komite. En gradvis senkning av dekningsgraden fra 24 % i 2022 mot 20% i 2030 – 2035, innspill fra administrativ styringsgruppe

- samtidig som man styrker og bygger opp:

- Hjemmetjenesten
- Stimulerer til og øker bruk av teknologi for å supplerende helse- og omsorgstiltak,
- Supplerende boligtiltak for eldre,
- Styrker lavterskeltilbud i form av blant annet avlastning og dagsenterplasser
- Stimulerer til å ta ansvar for selv å legge til rette for å mestre egen helse og alderdom

Scenarioet i kap 4.2 viser også at kommunen har en synkende dekningsgrad, helt **ned mot 14% frem** til neste bo- og aktivitetssent står ferdig ca. rundt 2030.

11.3 Planarbeid fra høsten 2023

- Plan for tjenesteutvikling hjemmetjenesten (fremtidens hjemmetjeneste)
- Rekrutteringsplan
- Plan for samarbeid med private på å erverve boliger.
- Boligprogram - konkretisere og programmere tiltak:
  - eldre
  - yngre med nedsatte funksjonsevner, med barne-/avlastningsboliger
  - rus og eller psykiatri

Kartlegginger gjennomført i Helhetlig helse- og omsorgsplan er å anse som en første overordnet kartlegging over status og behov for botilbud for eldre, personer med rus- og psykiske helseutfordringer og yngre personer med funksjonsnedsettelser. Det anbefales at kommunen etablerer boligprogram, en handlingsdel for hvert av de ovennevnte områder.

Formålet med utarbeidelse av boligprogram er å operasjonalisere prinsippene i Helhetlig helse- og omsorgsplan og kommunens Boligpolitisk strategi, som er utviklet siste år.
Boligprogrammet vil bidra til å utforske mulighetsrommet for å skaffe til veie gode boliger for målgruppene.

Ullensaker kommune bør videre systematisk følge opp behov, dekningsgrad og innretning årlig som følge av den demografiske utviklingen.

11.4 Iverksettelse av mulighetsstudier

Heldøgns omsorg i institusjon

- Mulighetsstudie nytt bo- og aktivitetssenter (iverksettes 2024)
- Mulighetsstudie barne- og avlastningsboligen (iverksettes 2024)
- Mulighetsstudie i institusjon med plasser for rus – og eller psykisk helse (iverksettes 2024)

Heldøgns omsorg i omsorgsboliger bokollektiv og bofellesskap, hardbruksboliger og småhus

- Mulighetsstudier bofellesskap/ bokollektiv for mennesker med nedsatte funksjonsevner (iverksettes 2024)
- Mulighetsstudier bofellesskap/ bokollektiv mennesker med rus- og psykisk helse (iverksettes 2024)
- Mulighetsstudie en hardbruksbolig for rus (iverksettes 2024)
- Mulighetsstudie 4 småhus (iverksettes 2024)

Mulighetsstudie nytt bo- og aktivitetssenter og barne-/og avlastningsboligen anbefales iverksatt høsten 2023.

11.5 Midler i økonomiplanen

- Kommunen må sette av midler til planlegging og utbygging i henhold til behov
- Kommunen må beregne og sette av driftsmidler til økt tjenesteaktivitet

12. Vedleggsoversikt

Sammen med denne utredningen er det levert følgende vedlegg:

- Vedlegg 1 - Prosjektorganisasjon
- Vedlegg 2 – Bærekraft
- Vedlegg 3 – Kartlegging eldre
- Vedlegg 4 – Kartlegging unge med funksjonsnedsettelser - barne- avlastningsbolig
- Vedlegg 5 – Kartlegging rus- og psykisk helse
- Vedlegg 6 – Kartlegging og lokasjoner
- Vedlegg 7 – Framdriftsplan

WSP Norge AS

Samfunnsutvikling Nord

April 2023