

# HVA BØR VI LÆRE AV SVERIGE?

Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting –  
med vekt på eldreomsorg

Cathrine S. Amundsen ● Rapport Mai 2019



For Velferdsstaten- Kolstadgata 1, 0652 Oslo - aksjon@velferdsstaten.no - [www.velferdsstaten.no](http://www.velferdsstaten.no)

*Med sömngångaraktig samstämmighet instiftade Sverige på kort tid ett välfärdssystem, där vem som helst, av vilka skäl som helst, hade rätt att med offentliga medel fostra våra barn, vårda våra sjuka och ta hand om våra gamla. Det gjordes därvid ingen skillnad mellan självstyrande personalkooperativ, icke-vinstdrivna stiftelser och vinstdrivna börsbolag, för att inte tala om skatteplanerande riskkapitalister.*

- Göran Rosenberg

© 2019 For Velferdsstaten. All rights reserved.

ISBN: 978-82-92515-21-1

For Velferdsstaten, Kolstadgata 1, 0652 Oslo

Epost: [aksjon@velferdsstaten.no](mailto:aksjon@velferdsstaten.no) Nettside: [www.velferdsstaten.no](http://www.velferdsstaten.no)

Henvend deg til For Velferdsstaten dersom du ønsker å bruke deler av materialet. All trykk og viderepublisering kan kun foregå etter forhåndstillatelse.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Velferden - fra fellesskap til marked</b> .....	<b>8</b>
Solberg- regjeringenes politikk.....	9
«Brukervalg» - nyvinning i privatisering .....	11
Sverige har blitt et konkurransesamfunn.....	12
Det underkommuniserte profittmotivet.....	13
Hvor effektivt er markedet?.....	14
Store tilsynsressurser og sentralisert myndighet.....	15
Kommersiell økning og ideell stagnasjon .....	16
Trass negative erfaringer fortsetter kommersialiseringen.....	17
Den nordiske tradisjonen utfordres.....	18
Nye trender- har Solberg-regjeringenes prosjekt gått ut på dato?.....	19
<b>2. Svenske erfaringer</b> .....	<b>20</b>
2.1 Organisering og lovgivning i Sverige.....	20
Det svenske sjukvårdssystemet .....	20
Helselovgivningen i Sverige.....	21
Kjøp fra private.....	22
Prinsipper for kvalitetsmåling.....	24
2.2 Konkurransetsettingens konsekvenser for tjenestene - med vekt på eldreomsorg.....	25
Økte sosiale og geografiske forskjeller .....	26
Stor variasjon - Lagen om valfriettsystem (LOV) i svenske kommuner .....	26
Fri etableringsrett i hjemmetjenesten - fra 2018 statlig godkjenningssordning .....	27
Erfaringene fra hjemmetjenestene, med vekt på Stockholm.....	28
Omsorgsforskernes funn.....	33
Dårligere arbeidsvilkår i svensk eldreomsorg.....	35
Fragmentering og sviktende samhandling.....	36
Omsorg er ikke statisk, men kontrakter er ofte det .....	38
2.3 Kvalitet, kommersialisering og markedsretting: «Att mäta det svåråmätbara» .....	39
Kritikken av markedsrettingen: fagpersonenes vurderinger må vike.....	39
All kvalitet kan ikke måles.....	40
Bruker- og pasientundersøkelser gir begrensede svar .....	42
Kvalitetsutvikling og mål om fortjeneste - er vanskelig å forene.....	43
Begrensning i kvalitetskrav til private utførere .....	44
Begrenset offentlig innsyn i private utføreres virksomhet .....	45
Ideelle presses .....	46
Rekruttering og kompetanse er et offentlig ansvar.....	46
2.4 Profitten i velferdssektoren. ....	48
De største aktørene innen omsorg.....	49
Profitt i eldreomsorgen .....	51
Skandalene i kommersiell velferd .....	52
<b>Avslutning</b> .....	<b>56</b>

## Forord

I regjeringserklæringen fra Granavolden fremhever Solberg 3 – regjeringen den svenske velferdssektoren som et forbilde for Norge. Dette skjer uten hensyn til konklusjonene i den omfattende, statlige utredningen som nylig er gjennomført av velferdssektoren i Sverige.

Kommersialiseringen av svensk velferd utfordrer det svenske demokratiet, tillitten i samfunnet og rettferdig fordeling av velferdstjenestene – sosialt og geografisk. Markedsmodellene er blitt en trussel mot fellesskaps-løsningene velferdsstaten er bygget på, ja mot selve det svenske *Folkhemmet*.

Velferdsutredningen ble nedsatt av Löfven 1 regjeringen, bestående av Socialdemokraterna og Miljöpartiet, med støtte fra Vänsterpartiet. Formålet var å dokumentere situasjonen i den svenske velferden, samt å undersøke hvordan Sverige kan begrense «vinster i velferden». Velferdsutredningen har levert flere delrapporter som er ført i pennen av sosialdemokraten Ilmar Reepalu. Han har hatt med seg et stort antall sakkyndige, eksperter, referansegrupper og sekretærer.

Denne rapporten bygger på den svenske velferdsutredningens arbeid, men er også supplert med andre kilder. Når betegnelsen «velferdsutredningen» brukes i denne rapporten vises det til utredningens to hovedrapporter *Svensk offentlig utredning (SOU) hhv. 2016: 78, Ordning och reda i välfärden* og *2017:38 Kvalitet i välfärden*.

I denne rapporten brukes betegnelsen «ideelle» om virksomheter som driver «ikke – kommersielt», på engelsk «non profit», altså uten mål om at private eiere skal oppnå profitt/fortjeneste. Tilsvarende brukes «kommersielle» om selskaper som drives som forretning med mål om økonomisk fortjeneste/profitt til eierne. Eldreomsorgen er særlig vektlagt, fordi det særlig er på dette området Solberg-regjeringen oppgir å ville hente svensk inspirasjon.

Interessekampen i velferden er den samme i Norge og i Sverige. Velger vi markedsløsninger og kommersielle aktører, svekker det fellesskapsløsninger som skal utjamne sosiale og geografiske forskjeller. Folkestyret uthules og sentraliseringen forsterkes. Reell næringsvirksomhet taper når det blir mer lønnsomt å investere i skattefinansiert velferd.

Det er mye å lære av de svenske erfaringene, men da må man ha vilje til å se de faktiske konsekvensene av markedsløsninger og kommersielle aktører i velferden. Når Solberg-regjeringen viser til Sverige er det derimot et ideologisk glansbilde som holdes frem. Vi håper denne rapporten kan bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for den norske debatten om hva vi bør lære av de svenske erfaringene med kommersialisering og markedsretting av velferden.



## Sammendrag

*Utredningen anser att det utgör ett legitimitetsproblem att verksamhet som finansieras av offentliga medel är mer lönsam än annan verksamhet och gör stora övervinster.*

*Utredningen bedömer att det finns betydande risker med att ha aktörer som primärt drivs av vinstintresse inom den offentligt finansierade välfärden.<sup>1</sup>*

*New Public Management (NPM) kan innføres uten privatisering av tjenestene, men privatisering av velferdstjenester skjer aldri uten NPM.*

I all drift av velferdstjenester kan vi organisere oss bort i fra samhandling, stedlig ledelse og tillitt til fagpersonene i førstelinjene. Dette har skjedd i offentlig sektor der innslaget av ledelsesideer fra næringslivet har vært stort. Velferdsutredningen viser at med kommersialisering av velferdstjenester vil dette *alltid* skje, som følge av kontrollbehovet som oppstår når selskaper med profittmotiv driver offentlig finansierte velferdstjenester. Med innføring av kommersiell velferd har også tjenestene i offentlig sektor i økende grad blitt utformet slik at den kan kontrolleres og målstyres. Kontrollsamfunnet er et mindre demokratisk samfunn, der makt flyttes fra lokalsamfunnene og arbeidsplassene til en teknokratisert stat og store kommersielle selskaper med stor juridisk kapasitet.

*Rettferdig fordeling av velferd og mål om privat fortjeneste er motstridende hensyn*

Forvaltningen, kommune og stat, har i den nordiske velferdsmodellen skullet sørge for at alle innbyggere yter etter evne og får ved behov. Velferdsordningene har utgjort et sikkerhetsnett i felleseie, uavhengig av bosted og personlige forutsetninger. Kommersielle selskapers formål er å tjene penger. De oppnår størst lønnsomhet i sentrale strøk og blant tjenestemottakere som utløser høy pris, men krever lite arbeid. Lønnsomheten økes også om en kan kutte kostnader til den største innsatsfaktoren, personalet. Personalet i velferdstjenestene er samtidig den viktigste faktoren for å oppnå forvaltningens formål om rettferdig fordeling og like god kvalitet. I kommersiell eldreomsorg er det lavere personaltetthet og kompetansenivå. Omsorgsforskerne mener at høy personaltetthet og høy kompetanse som regel påvirker kvaliteten positivt. Velferdsutredningen er bekymret for at det som ikke måles eller betales for blir nedprioritert.

Ved kommersialisering forsøker myndighetene å utligne misforholdet mellom forvaltningens mål om at fellesskapets ressurser skal tilfalle fellesskapet ved rettferdig fordeling av velferdstjenester- og forretningens formål om avkastning. Uansett hvem som drifter velferdstjenestene er det offentlige ansvarlig for innbyggernes tjenestetilbud. De kommersielle er ikke underlagt forvaltningslover slik de kommunale tjenestene

---

<sup>1</sup> Sitatene er hentet fra den svenske Velferdsutredningen, rapport: SOU 2016:78)

er og offentlige ansvarlige myndigheter har dermed begrenset innsyn i kommersiell virksomhet.

### Kontrollsystemene og byråkratiseringen kan hindre effektivitet og kvalitetsutvikling

Velferdstjenestene er vanskelige å definere og å måle. Brukerne (og bestillerne) har ofte vanskelig for å foreta informerte valg og tjenestemottakerne er ofte sårbare. Disse særegenhetene kan vi aldri klare å organisere oss bort i fra gjennom rigid kontroll. Velferdstjenester fungerer ikke etter vanlige markedspremisser og vil aldri kunne prises presist nok. Velferdsutredningen viser at kontrollsystemene kan være til direkte hinder for effektivitet og kvalitetsutvikling i tjenestene. Velferdstjenester krever individuell tilpasning og fleksibilitet, mens kontrollregimene krever standardisering og forutsigbarhet.

### Kontroll og tilsyn er dyrt

Sveriges byråkrati, kontroll og tilsynsapparater er stort og ressurskrevende. Dette er erfaringen også fra Norge. Når det ikke kan dokumenteres innsparing eller effektivisering for samfunnet som følge av privatisering, vises det blant annet til kostnadene ved måle- og kontrollsystemene. Tjenester for sårbare grupper krever i utgangspunktet at samfunnet fører skikkelig tilsyn, når profittmotivet tilføres øker ressursbehovet ytterligere.

### Større sosiale forskjeller – brukervalg fungerer dårligst for de som trenger tjenestene mest

I Sverige regner myndighetene med at det finnes omlag 1 million innbyggere som har komplekse samordningsbehov, samtidig som de har små forutsetninger for å være delaktige i samordningen av sin egen pleie og omsorg. Mange tilbydere gir mindre samhandling mellom ulike tjenester, mens de som trenger velferdstjenestene mest trenger mer samhandling. Få eldre bruker valgfriheten sin i valgfrihetssystemene og mange kan ikke opptre som deltaker i systemet. «Valget» er uansett begrenset til valg av tilbyder og gjelder ikke innholdet i tjenesten. Omsorgsforskning konkluderer med at valgfriheten fungerer dårligst for de som trenger den mest.

### Økte geografiske forskjeller

I primærhelsetjenesten i Sverige hvor det er innført tvungent fritt brukervalg, så har det blitt større geografiske forskjeller i tilgang på helsetjenester. Distriktene, lite tettbebygde og sosioøkonomisk utsatte strøk taper. De kommersielle etablerer seg der kundegrunnet er størst og trekker kompetanse dit.

### Dårligere arbeidsvilkår i eldreomsorgen

Omsorgsforskerne har dokumentert at personalet hjelper stadig flere eldre i løpet av en vakt, stresset ved dette forsterkes av at de eldre som mottar hjelp har blitt sykere. Uroen for lav bemanning har økt, innflytelsen på eget arbeid har minsket, detaljstyringen har økt og administrasjonsbyrden har mer enn doblet

seg. Erfaringen fra Sverige og Norge er at lønns, pensjons- og arbeidsvilkår presses nedover når tjenester privatiseres.

*Stor kommersiell andel, høy profitt og svært lav ideell andel*

I Sverige er den kommersielle andelen av sysselsetting 18,3 prosent og de ideelle står for 3%. Omsorgsmarkedet utgjør 41-45 mrd årlig og 7 store konsern står for omtrent halvparten av markedet. Flere har også eierskap i Norge. I Sverige var avkastningen på total kapital i den i all hovedsak offentlig finansierte private velferdssektoren 13,4 prosent i 2014, mens tilsvarende tall for tjenestesektoren som helhet var 7,4 prosent. Avkastningen på egenkapital var 27,5 prosent, mens for tjenestesektoren som helhet var tilsvarende tall 14,3 prosent. Det er store «*övervinster*», som betyr at fortjenesten overstiger den kompensasjon som det er rimelig å anta at markedet krever for å investere i selskapet. Det kan føre til at kapital som burde investeres i verdiskapende sektorer, søker seg til offentlig finansierte velferdsmarkeder.

## 1. Velferden - fra fellesskap til marked

I den svenske velferdsutredningen brukes fellesbetegnelsen New Public Management (NPM) om markedsrettingen som har foregått i velferdstjenestene. Det legges en vid forståelse av begrepet til grunn. Utredningen beskriver hvordan Sverige fra 1980-tallet innførte NPM-reformer i offentlig sektor. Næringslivet og kommersielle markeder var forbildet. Inspirasjonen kom fra Storbritannia og USA. Erttiden viser at styrings- og ledelsessystemene som følger med markedsrettingen legger til rette for privatisering i form av kommersialisering. De ideelle blir skjøvet tilbake. Helseforetaksmodellen er innenfor helse den største markedsrettings-reformen innen offentlig sektor i Norge. Fritt behandlingsvalg er en privatiseringsreform for offentlig finansierte sykehustjenester.

Da den økonomiske krisen rammet Sverige på 1990-tallet ble privatisering av velferdstjenester sett på som en vei til effektivisering og økonomisk innsparing blant de styrende i svensk politikk.<sup>2</sup> Det var en sosialdemokratisk regjering som i 1991 endret svensk kommunelov slik at det ble mulig å konkurransetsette velferdstjenester, blant dem eldreomsorg.<sup>3</sup> Mens Moderaternas regjeringen Bildt leverte Lindbeckkommissionen, eller Ekonomikommisjonen (1993). Kommisjonen foreslo over hundre tiltak der avregulering og privatisering var gjennomgående.

En markedsrettet måte å styre og organisere den offentlige forvaltningen på sammenfatter velferdsutredningen under begrepet New Public Management (NPM). NPM er mange reformer og trender og ikke *en* enhetlig organisasjons- og ledelsesteori. Tilhengerne mente at markedsrettingen ga mulighet for at ansvar og ledelse kunne delegeres nedover i organisasjonen, samtidig som etterkontroll skulle styrkes gjennom kvantifiserte/ kvantifiserbare standarder, prestasjonsmål og rapportering. Det ble hevdet at en gjennom færre og tydeligere mål og resultatoppfølging kunne redusere antallet regler og prosesskrav. Slik har det ikke blitt. Richard Hood, forskeren som i 1991 lanserte betegnelsen «New public management» (NPM), har evaluert effekten av de engelske markedsreformene og konstaterte i 2016 at hvis målet var billige og bedre løsninger, så har reformene mislyktes.<sup>4</sup>

NPM-tenkingen baserer seg på et nyliberalt menneskesyn som sier at menneskets drivkraft er å forfølge sine egeninteresser, og at mennesket må eksponeres for konkurranse for å yte sitt beste. Kontroll, mistillit og autoritær arbeidsledelse som tar fra ansatte motivasjon og arbeidsglede har vist seg å følge med mange av markedsrettingsreformene.<sup>5</sup>

Markedsretting av offentlig sektor har gjort modeller for internprissetting,

---

<sup>2</sup> se f.eks SOU 2017:38 kap 3

<sup>3</sup> Marta Szebehely, Alla dessa marknader 2015, s 130

<sup>4</sup> For velferdsstaten, 27.01.16, Legger New public management i graven  
[http://www.velferdsstaten.no/Tema/Markedsretting/offentligstyring/?article\\_id=134537](http://www.velferdsstaten.no/Tema/Markedsretting/offentligstyring/?article_id=134537)

<sup>5</sup> Hefte nr 11 i For velferdsstatens skriftserie: Mål - eller mening? (2013)



interne styrings- og kontrollsystemer, kvalitetssikringsmodeller (f. eks ISO-sertifisering), lederskapskurs, policyer, mål- og resultatstyring, til styrende på mange arbeidsplasser. Innenfor helsesektoren er kvalitetsindikatorer blitt sentrale styringsverktøy, i skolen standardiserte tester. Markedsstyringen konkretiseres gjennom opprettelse av kontraktsforhold både innenfor den offentlige sektoren og mellom den offentlige sektoren og private utførere. Bestiller- utførermodeller, liksom bud, selskaps/foretaksdannelser og privatiseringer. Spesielt innen kommunal virksomhet fikk bestiller- utførermodeller, selskapsdannelser og privatiseringer et betydelig gjennomslag på 1990-tallet.

Fra tusenårsskiftet har *brukervalg* for alvor spredd seg som privatiseringsmodell i svensk velferd. I denne rapporten omtales brukervalgene som er innført i primærhelsetjenesten, mens hovedvekten er lagt på brukervalget som er innført i eldreomsorgen.

### Solberg- regjeringenes politikk

Solberg regjeringenes erklæringer er programmer for kommersialisering av norske velferdstjenester. Under følger et utdrag som er relevant for denne rapporten:

Solberg 1- regjeringserklæring Sundvolden, 7. 10.13:

**"Regjeringen mener i utgangspunktet at produksjon av velferdstjenester skiller seg lite fra andre tjenester. Bruk av konkurranse stimulerer til verdiskaping, bedre tjenester og effektivisering. Det er derfor helt nødvendig at konkurranse blir et gjennomgående element i offentlig virksomhet."**

Solberg 2- regjeringserklæring Jeløya, 14.01.18:

"Regjeringen vil legge til rette for høy kvalitet på tjenestene, og ta i bruk konkurranse for å få bedre tjenester og en effektiv tjenesteproduksjon. Private tilbydere bør kunne konkurrere om å levere offentlig finansierte tjenester på samme vilkår som offentlige virksomheter der det er fornuftig."

Solberg 3 - regjeringserklæring Granavolden, 17.01.19:

*"Bedre konkurranse og en mer effektiv offentlig sektor*  
Regjeringen vil:

- Legge til rette for å la private tilbydere konkurrere om å levere offentlig finansierte tjenester der det er fornuftig.

## Konkurransen

Regjeringen vil:

- Gjennomføre tiltak for å sikre like konkurransevilkår mellom offentlig og privat sektor, slik at flere private tjenestetilbydere i større grad kan bidra til å løse fellesskapets oppgaver.
- Klargjøre arbeidsdeling mellom privat og offentlig sektor i tråd med markeds- og teknologiutviklingen.

## Omsorg for eldre og pleietrengende

Regjeringen vil:

- Bidra til at kommuner i større grad legger til rette for fritt brukervalg innen hjemmetjenesten.
- Utrede en fritt brukervalgsordning i kommunene, etter modell fra Sverige.
- Legge til rette for å utvide bruken av objektive kvalitetsindikatorer og målinger av brukertilfredshet i kommunene
- Styrke både kommunal og privat utbygging av trygghetsboliger, sykehjemsplasser, hospice, demenslandsbyer og private bofellesskap.
- Utvide prøveordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester, både i tid og i antall kommuner."

I denne rapporten legges det vekt på punktene regjeringen har lagt under overskriften «eldre og pleietrengende», at regjeringen vil legge til rette for fritt brukervalg innen hjemmetjenesten og utrede en fritt brukervalgsordning etter modell fra Sverige.

Den norske regjeringen har siden 1.mai 2016 drevet et prøveprosjekt for statlig finansiering av eldreomsorgen. Innføres statlig finansiering kombinert med stykkpris og brukervalgsmodell, så vil kommunenes og lokaldemokratiets innflytelse på den lokale eldreomsorgen endres dramatisk. I Sverige er det tilnærmet fri etableringsrett for kommersielle aktører. Lokalsamfunnets relasjon til den lokale eldreomsorgen kan komme til å minne om den maktesløsheten mange i dag føler ovenfor helseforetakene.

I Sverige mener velferdsutredningen at det er vanskelig for kommuner og landsting å skaffe seg den forretningskompetansen som kreves når de i stadig større grad har blitt innkjøpere og ikke drivere av velferdstjenester (Se avsnittet «Sverige har blitt et konkurransesamfunn»).

Over hele Norden ser en at kommersialisering av skattefinansiert velferd over tid gir konsolidering hos noen store kommersielle konsern. Dette er kapitalsterke bedrifter med store juridiske apparater som forhandler med offentlige kunder. Maktforhold forskyves i kommunenes disfavør.

I Norge driver regjeringen en kommune- og regionreform, der et tilbakevendende argument er å skape store og robuste enheter med rett kompetanse. Sentraliseringen som foregår gjennom kommune- og regionreformen legger til rette for større og «mer kompetente» markeder. NHO-Service beskriver det slik: «... for oss som bedrifter er det positivt at man lager større enheter, både når det gjelder innkjøp og drift av velferdstjenester. Det blir mer volum. Små kommuner gjør det vanskelig å tjene penger på å drive velferdstjenester.»<sup>6</sup>

I den offentlige debatten er det likevel oftere at kvalitetsargumenter brukes for sentralisering. Dette på tross av at det verken i Norge eller Sverige finnes dokumentasjon på at store kommuner gjennomgående holder høyere kvalitet på velferdstjenestene enn små og mindre kommuner. I svenske omsorgsforskeres analyse av Socialstyrelsens undersøkelse «Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?» har større byer dårligere resultat enn mange mindre kommuner. I hjemmetjenesten har forskerne funnet det samme. Disse funnene er uavhengig av innføring av brukervalg eller ikke.<sup>7</sup>

Nærhet og kjennskap til tjenestene gir trygghet i helse- og omsorgstjenestene. Når små kommuner klarer å utnytte «smådriftsfordelene» og skape tjenester med nærhet, personalkontinuitet og medbestemmelse for eldre, deres pårørende og ansatte, så gir det gode tjenester.

### «Brukervalg» - nyvinning i privatisering

**Den svenske erfaringen er at frie brukervalgssystemer i beste fall gir en økt valgfrihet for de få, de sterkeste i markedet.**

**Når kommersialisering ikke gir dokumenterbar innsparing forklares dette med de betydelige transaksjonskostnadene.**

Med innføring av *Lag (2008:962) om valgfrihetssystem (LOV)* har fokuset i Sverige blitt rettet mot det «frie» brukervalget og mindre mot anbudsutsetting. Både i Sverige og i Norge snakker tilhengerne av kommersielle velferdstjenester nå mer om valgfrihet og mindre om privatisering, mer om kvalitet og litt mindre om pris. Brukervalg er privatisering i en ny pakke.

I notatets del 2 vil det fremgå at den svenske erfaringen er at frie brukervalgssystemer i beste fall gir en økt valgfrihet for de få, de sterkeste i markedet. De nordiske velferdsstatene er imidlertid skapt for å korrigere markedet gjennom universelle ordninger som skal utligne sosiale, økonomiske og kulturelle forskjeller. De svakeste skal gis hjelp først, de som ikke klarer seg i et marked.

<sup>6</sup> Torbjørn Furulund, NHO Service, til Klassekampen 02.04.2014.

<sup>7</sup> Dagens Arena, 06.02.19, Dunèr, Bjälkebring og Johansson, Göteborg universitet

Det er også kommuner i Norge som har innført fritt brukervalg (20 kommuner i hjemmetjenestene i 2015), men det finnes ikke et nasjonalt lovverk. I Granavolden- erklæringen sier regjeringen at den vil utrede en fritt brukervalgsordning i kommunene, etter modell fra Sverige og legge til rette for å utvide bruken av objektive kvalitetsindikatorer og målinger av brukertilfredshet i kommunene.

Solberg 1 – regjeringen ga i 2015 ut «Veileder for kommuner som ønsker å innføre brukervalg». Her gis en oppskrift på hvordan kommunene kan privatisere helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen skriver blant annet: «Dersom kommunen ønsker å legge til rette for brukervalg hvor private leverandører yter tjenester i konkurranse med kommunens egen tjenesteutøvelse, må kommunen innføre et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens myndighetsoppgaver (bestillerfunksjon) på den ene siden og kommunens tjenesteutøvelse på den andre (utførerfunksjon). I tillegg vil det være behov for å opprette en egen tildelingsfunksjon som ivaretar kommunens forvaltningsansvar og myndighetsutøvelse i enkeltsaker. Dette for å sikre at den enkelte brukers behov for tjenester vurderes uavhengig av tjenesteutøvelsen.»

Det er ikke mulig å si at kvaliteten på tjenestene som leveres innenfor LOV i Sverige har økt etter innføringen, men det er dokumentert økte geografiske og sosiale forskjeller i tilgjengelighet for befolkningen. Fortjenestene kommersielle selskaper oppnår i velferdssektoren i Sverige er svært stor. Den gjennomsnittlige kapitalavkastningen for det som i all hovedsak er offentlig finansierte kommersielle velferdstjenester er betydelig høyere enn for øvrige deler av tjenestesektoren.<sup>8</sup> Når kommersialisering ikke gir dokumenterbar innsparing forklares dette med de betydelige transaksjonskostnadene som følger komplekse tjenester som helse – og omsorg. Kostnadene ved anbudsutforming, kontroll og tilsyn blir høye. Transaksjonskostnadene er høye for tjenester som er vanskelige å måle kvalitetsmessig og der tjenestemottakerne er sårbare/ har krav på særskilt beskyttelse.<sup>9</sup>

### Sverige har blitt et konkurransesamfunn

**"Som medborgare förväntas vi välja mellan konkurrerande utförare inom en mängd olika verksamheter, från förskola till äldreomsorg."**

Slik oppsummerer velferdsutredningen dagens situasjon i Sverige:

”Ett konkurrenssamhälle har växt fram: Mycket kortfattat kan utvecklingen från mitten av 1980-talet fram till i dag uttryckas som att vi i dag, till skillnad från trettio år tillbaka i tiden, lever i ett samhälle där konkurrens anses utgöra grunden för tillväxt och välstånd. Som medborgare förväntas vi välja mellan

<sup>8</sup> SOU 2016:78, \*del 2.4 i notatet

<sup>9</sup> SOU 2017:38 S 37-38

konkurrerende utførere inom en mängd olika verksamheter, från förskola till äldreomsorg. Den offentliga sektorns roll har därmed förändrats i vissa viktiga avseenden. Statens roll har alltmer inriktats mot att utveckla marknaderna och konkurrensen. I den förvaltningspolitiska propositionen anger regeringen också att statens roll är att vårda och förbättra marknaderna och stärka konsumenternas ställning. Detta gör staten bl.a. genom att utforma nya lagar och inrätta nya myndigheter med uppgift att kontrollera aktörerna på marknaden. Kommuner och landsting har generellt sett blivit mer av upphandlare och mindre av utförare. De utför mindre och kontrollerar mer. Generellt kan det vara svårare att styra och kontrollera verksamhet som inte bedrivs i egen regi. För kommuner och landsting innebär exempelvis privata utförare i verksamheten att man måste bygga upp ny kompetens inom upphandling och kontroll. Särskilt för mindre kommuner och landsting kan det vara svårt att skaffa sådan kompetens.”<sup>10</sup>

Det er verdt å merke seg at den svenske velferdsutredningen konkluderer med at kommersialisering av velferden fører til at det offentlige, kommuner og landsting, blir mindre utførere av velferdstjenester og mer innkjøpere av slike tjenester. Denne endringen endrer hele samfunnsorganiseringen, fordi den fører til en maktforskyvning. Driften av egne velferdstjenester med egne ansatte og gjennom det lokalt eierskap til velferdstjenestene, er en av de viktigste maktbasene i en vanlig norsk kommune. I kommuner der folkestyret fungerer med kort vei mellom innbyggere og folkevalgte, åpenhet og gode samarbeid mellom lokalsamfunn, frivillighet og myndighetene, er samarbeid om velferdstjenestene en grunnpilar.

### Det underkommuniserte profittmotivet

**"...både forskning og politisk debatt (fortsatte) länge att betrakta vinst som en betydelselös bieffekt av det pågående systemskiftet."**

Når Svensk Arbetsgivarförbundet (i dag Svenskt Näringsliv) la store ressurser inn på å få et systemskifte i den svenske velferden, blant annet ved hjelp av tenketanken Timbro, så gjorde de dette på vegne av sine medlemmer. Deres medlemmer er aksjeselskap og næringsforetak med formål om å oppnå fortjeneste. Dette gjelder også for NHO i Norge, deres bransjeforening NHO Service og tenketanken Civita. Likevel har kampanjene for profitt i velferden i Sverige, og i noe mindre grad i Norge, lykkes med å få debatten til å dreie seg mindre om profittmotivet og mer om andre ting. Svenske forskere peker på at profittmotivet lenge var underkommunisert i svensk debatt.

Omsorgsforskeren Marta Szebehely skriver:

---

<sup>10</sup> SOU 2017:38 s. 40

\* Se notatet 2.4



”Både samtida läsare och efterkommande historiker och andra forskare, som sätter sig in i 1980- och 90-talens breda och omfattande rapport-, bok- och konferensflöde på temat ”systemskiftet inom skola, vård och omsorg”, slås av hur många, oprecisa och positiva effekter som tillskrevs konkurrensutsättning och privata utförare utan att frågan om vinstintressen i välfärden berördes. Trots att svenska Industriförbundet 1997 talade i klartext om företagsvinst och privat kapital som något eftersträvansvärt inom vården, som en ”industriell tillväxtmöjlighet” och om att ”öppna upp sjukvården för konkurrens och riskkapital”, så fortsatte både forskning och politisk debatt länge att betrakta vinst som en betydelselös bieffekt av det pågående systemskiftet.”<sup>11</sup>

### Hvor effektivt er markedet?

**«När man går från organisation till marknad slipper man alltså inte organisera.»**

Professor ved Uppsala universitet, Nils Brunsson, beskriver hvordan markedsløsninger de siste tiårene har blitt sett på som motsetningen til stive og byråkratiske organisasjoner.<sup>12</sup> Brunssons poeng er at denne motsetningen er konstruert. Outsourcing og privatisering krever ny organisering og nytt byråkrati.

Skogselskap har f.eks. solgt sine kraftverk og bilselskap sine IT- avdelinger. Outsourcingen i næringslivet gjør at store selskap skiller ut små selskap som konkurrerer om å selge tjenester tilbake til selskapet. Skogindustrien går fra å være eier- til å bli kjøper av kraft. I stat og kommune kalles samme endring for privatisering – offentlig virksomhet legges ut i markedet og selskap konkurrerer gjennom anbud eller direkte gjennom innbyggernes valg av leverandør. Brunsson påpeker at alle markeder og organisasjoner krever organisering: «Når man går från organisation till marknad slipper man alltså inte organisera. Det organiserande som det ofta varit målet att avskaffa återuppstår i en annan form. Själva övergången till marknad kan kräva ett intensivt och komplicerat organiserande som kan ta lång tid.»

Brunsson påpeker at organisasjoner aldri blir perfekte og at forestillingen om at det perfekte er mulig kan ha gitt tro på abstrakte, enkle og vakre fortellinger om «markedet». I dag har vi imidlertid flere tiårs erfaring med markedsretting og vet at mange av fortellingene ikke stemmer med virkeligheten. Kanskje er tiden moden for «insourcing», statliggjøring og rekommunalisering igjen, spør Brunsson. Etter krisene på 1930- tallet ble store organisasjoner sett på som mer effektive og stabile enn fragmenterte markeder.

---

<sup>11</sup> Szebehely, Ikaros 1.17

<sup>12</sup> Nils Brunsson, professor i företagsekonomi Uppsala universitet. Alla dessa marknader, 2014, s. 13- 21

**"Utifrån befintliga studier kan vi inte hitta några vetenskapliga belägg för att de högt ställda förhoppningarna om att ökad konkurrens skulle leda till förbättringar av välfärden har infriats."**

I 2011 kom rapporten "Konkurrensens konsekvenser" som ble publisert av SNS (Studieförbundet Näringsliv och Samhälle). Nasjonaløkonomen Laura Hartman, var redaktør for boken og forskningsleder ved SNS. Oppdraget var å belyse konkurranseutsettingens konsekvenser for tjenestenes kvalitet, kostnader og fordeling. I en debattartikkel i Dagens Nyheter, Sveriges største dagsavis, sammenfattet Hartman rapportens konklusjoner slik: "Vår övergripande slutsats är att det råder en anmärkningsvärd brist på vetenskapligt baserad kunskap om effekterna av konkurrens i välfärdssektorn. Utifrån befintliga studier kan vi inte hitta några vetenskapliga belägg för att de högt ställda förhoppningarna om att ökad konkurrens skulle leda till förbättringar av välfärden har infriats." Publiseringen utløste en rekke skarpe angrep, først og fremst fra de private velferdsselskaperens interesseorganisasjoner.<sup>13</sup> Hartman mistet jobben.

### Store tilsynsressurser og sentralisert myndighet

**"Offentligt finansierade välfärdstjänster är en del av det demokratiska politiska systemet, och om valfrihetssystem och vinstintressen ökar kvalitetsskillnader i vård och omsorg, så kommer legitima krav på politikerna att "reglera bort" sådana negativa effekter."**

I Norge tyr Stortinget oftere til nasjonale bemanningsnormer når de skal heve kvaliteten i velferden. Dette overfører myndighet fra lokalsamfunnene og til staten og standardiserer velferdstjenestene. Slike standardiseringer brukes som argument for å kontrollere offentlig, ideell og kommersiell velferdsvirksomhet. For eksempel i norsk barnehagesektor er det uttrykt håp om at mindre offentlige tilskudd skal forsvinne til profitt, dersom alle må følge samme bemanningsnorm. Men normer kan være enkle å omgå om man vil tjene penger, mens de gir mindre demokratiske tjenester ved at kommunene får mindre handlingsrom og mulighet til å drive lokal tilpasning.

Kontrollapparatet som må til for å kontrollere og kontraktsfeste skattefinansierte kommersielle velferdstjenester er formidabelt.<sup>14</sup> Tilsynssaker og rettsprosesser er kostnadskrevene og tar lang tid. Store kommersielle selskap bruker store ressurser på å imøtegå anklager. Det følger altså en tilleggsbyråkratisering med kommersialisering av velferdstjenester – som i seg selv er ineffektiv, sammenlignet med kommunal og ideell regi. Tjenestene er skattefinansierte, er grunnleggende for folks liv og mange av de er rettet mot

<sup>13</sup> Szebehely, Ikaros 1.17

<sup>14</sup> Eksempelvis krevde det i perioden 2012-15 6 årsverk i utdanningsdirektoratet, 850.000 i ekstern konsulentbistand og 1 årsverk i Kunnskapsdepartementet for tilsyn i Akademiet skolekjede. Svar på skriftlig spørsmål Stortinget, Dokument nr. 15:153 (2015-2016). Saken har krevd ytterligere ressurser også etter dette.

sårbare grupper, uten makt i markedet. Myndighetsoppgaven blir dermed å forsøke å begrense/regulere den private profitten (ivareta felleskapets penger), samt å sikre kvaliteten i tjenestene (ivareta myndighetsansvaret ovenfor innbyggerne). Velferdstjenestene genererer ikke nye arbeidsplasser eller produksjon utover det innbyggerne allerede har betalt for, blant annet over skatteseddelen.

Som eksempel kan nevnes at det i norsk skolesektor foregår kommersiell offentlig finansiert skolevirksomhet, som båndlegger store tilsynsressurser i Utdanningsdirektoratet hvert år. Dette skjer samtidig som Norge i Friskoleloven har en bestemmelse om at all elev/studentbetaling eller offentlig tilskudd skal komme elevene og studentene til gode. Norge har tillatt kommersielle selskap å drive skole, men ikke å oppnå profitt. Dette er vanskelig å oppnå samtidig, fordi kommersielle selskap driver etter sitt formål som er å tjene penger. I regjeringens høringsforslag til endring av barnehageloven 2019 ligger det at Utdanningsdirektoratet også skal bli tilsynsmyndighet for barnehagene. I Barnehageloven heter det at barnehagene kan ha et «rimelig årsresultat». Et nasjonalt tilsyn i Utdanningsdirektoratet for barnehager vil bety flere stillinger i Utdanningsdirektoratet til dette, om tilsynet skal kunne utrette noe av betydning. Det viser at kommersiell velferd virker byråkratiserende og er kostnadskrevene.

Professor i sosialt arbeid ved Stockholms universitet, Marta Szebehely er sentral i svensk omsorgsforskning og bidro også til den tidligere nevnte rapporten «*Konkurrensens konsekvenser*», hun beskriver byråkratiseringen slik:

”Välfärdstjänster är inte som andra tjänster – de är en del av samhällets infrastruktur och även om vissa grupper blir vinnare i ett valfrihetssystem kan man inte bortse från att andra medborgargrupper missgynnas. Offentligt finansierade välfärdstjänster är en del av det demokratiska politiska systemet, och om valfrihetssystem och vinstintressen ökar kvalitetsskillnader i vård och omsorg, så kommer legitima krav på politikerna att ”reglera bort” sådana negativa effekter. Paradoxalt nog infrias därför inte förhoppningarna om avreglering och avbyråkratisering genom marknad och konkurrens. I stället växer en alltmer komplex kontrollapparat, som syftar till att reglera hur mycket vinst som uppstår och vem/vilka som förfogar över denna, samt krav på ökad revision, kvalitetsmätning och tillsyn. Där befinner sig det svenska statliga utredningsmaskineriet just nu.»<sup>15</sup>

## Kommersiell økning og ideell stagnasjon

Utviklingen i Sverige og Norge er ganske parallell, men i Sverige er i dag omfanget av kommersielle velferd større enn i Norge. I *NOU 2016:12 Ideell opprydding*, står det at i Norge er 7,8 prosent av sysselsettingen innenfor

---

<sup>15</sup> Szebehely, Ikaros 1.17

velferdsfeltet knyttet til tjenester driftet av ideelle leverandører, mens de kommersielle står for 13,4 prosent. I Sverige er den kommersielle andelen 18,3 prosent og de ideelle står for 3% av sysselsettingen.<sup>16</sup> Institutt for samfunnsforskning beskriver utviklingen slik:

**<<Tidlig på 1990-tallet hadde Sverige trolig den største andelen offentlige velferdstjenester i Vest-Europa, men så åpnet de opp for stadig mer brukervalg og investorkapital. ( ) Dette dramatiske skiftet i Sverige er drevet fram av et system med fritt brukervalg og hvor pengene følger brukeren. Det er lave terskler for etablering av nye institusjoner etter offentlig godkjenning og private aktører tillates å ta ut fortjeneste på alle velferdsområder. Dette inkluderer også grunnskolen ( )>><sup>17</sup>**

I samme studie påpekes det at i Sverige har styringssystemet ingen virkemidler for å regulere fordelingen mellom de kommersielle, offentlige og ideelle aktørene. Det vises også til at de siste norske velferdsreformene har fulgt svensk mønster, med innføring av brukervalg innen barnehager, fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg innen psykiatri, rehabilitering og rusbehandling. Når brukervalgene følges av økonomiske insentiver har de potensiale til å skape raske endringer slik vi har sett i Sverige, heter det.

Det kan legges til som et eksempel at barnevernsektoren i Norge er utsatt for utstrakt bruk av anbudsutsetting, og at anbudsutsetting også har vært mye brukt i Sverige, i tillegg til brukervalgsystemer. Omsorgsforskere i Sverige vektlegger at det i lovgivningen ikke ble gjort noe skille på kommersielle og ikke-kommersielle aktører. Det ble ikke innhentet statistikk og ikke foretatt noen nasjonal oppfølging av endringene i sammensetningen blant velferdstilbyderne. Dette innebar at det tok lang tid før noen ble oppmerksomme på hvor stor den kommersielle andelen hadde blitt.<sup>18</sup>

## Trass negative erfaringer fortsetter kommersialiseringen

Trass i mye kritikk og debatt er markedsrettingen av velferdssektoren styrket, både i Sverige og i Norge. I begge land diskuteres byråkratisering, topptunge administrasjoner, mange lederlag, mer stivbeinte systemer og mindre tillitt til fagpersonene i førstelinjene. I begge land mener kritikerne at markedsrettingsreformene fører til at økonomi blir overstyreende, og at faglighet blir trengt tilbake, særlig det som ikke lar seg måle og det er mye i møtene

---

<sup>16</sup> Sivesind 2017/NOU 2016:12 I Norge har andelen ideelle tjenesteleverandører vært stabil over mange år, mens den kommersielle andelen har vokst fra 11 prosent i 2006. Den offentlige andelen har gått tilsvarende ned: Fra 81,2 prosent i 2006 til 78,8 prosent. Bare Sverige ligger under Norge i andel ideelle leverandører på velferdsfeltet blant landene som er sammenliknet.

<sup>17</sup> Blir skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? Karl H Sivesind, Universitetsforlaget 2017

<sup>18</sup> Szebehely, Ikaros 1.17



mellom fagprofesjonene og deres pasienter/brukere/elever.

Med økning i kommersiell velferd øker også sentralisert kontroll i offentlig sektor. New Public Management – reformer kan altså innføres i offentlig sektor uten at sektoren privatiseres, selv om slike reformer ofte har vært et første trinn til privatisering. Men ved privatisering så øker presset for å innføre standardisering, rapportering og måling, også i den offentlige eller ideelt drevne velferden.<sup>19</sup>

At det blir mindre tillitsbasert stedlig ledelse med rom for faglig skjønn i hele velferdssektoren ved kommersialisering av velferdstjenester, er underkommunisert i Norge. Det har vært stor grad av naivitet i det offentlige ordskiftet, også politikere som er imot kommersialisering av velferden har vært positive til innføring av nye målinger, brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer. For sjelden påpekes det at innføring av disse systemene også kan ses på som en tilrettelegging for privatisering og at det derfor er naturlig at organisasjoner/partier som arbeider for kommersiell velferd også er sterke tilhengere av systemene. Standardiseringen gjør det enklere å markedsrette tjenestene og slike standardiseringer fremmes ofte som forslag til løsning på kriser.<sup>20</sup> Det er vanskelig for en folkevalgt å avvise innføring av mer kontroll når det skjer feil og alvorlige hendelser i velferdstjenestene, men det betyr ikke at mer kontroll vil forhindre slike hendelser.

## Den nordiske tradisjonen utfordres

**”The more one cares about enforcing ‘universalism’ in the provision of services, the stronger the argument for government provision.”<sup>21</sup>**

I den nordiske tradisjonen er velferden et felleseie som alle innbyggere skal kunne være med på å påvirke. Arbeidet i pasient – og brukerråd, foreldreutvalg og engasjement fra et mangfold av individer, frivillige, ideelle, pasient, pårørende- og brukerorganisasjoner er, på sitt beste, en offentlighet med lav terskel for folkelig deltakelse og innflytelse. Dette forholdet mellom velferdsstaten og innbyggerne endres med kommersialisering og markedsretting av offentlig sektor. Velferden utvikler seg til å bli et forhold mellom myndighetene, kunder, kommersielle selskap, profesjonelle styrer og jurister. Norge er del av en trend der mer av rettsutviklingen i velferdssektoren skjer gjennom rettighetslovgivning rettet mot spesifikke grupper. Kombinert med styrings- og finansieringsreformer som understøtter individualisering, er det fare for at den demokratiske kraften som ligger i felleskapene vil forvitte.

---

<sup>19</sup> Se bla SOU 2017:38 s 38

<sup>20</sup> NRK 20.03.19 NHO krev granskingar av kvaliteten på all omsorg i Noreg. Oppslaget om at toppsjefen i NHO Service «vil at alle institusjonar som driv med omsorg i Noreg skal fingranskast med tanke på kvalitet for pasientar og pårørnde.», kom etter at ansatte ved et sykehjem gjentatte ganger skal ha klipt snora til en beboer.

<sup>21</sup> Sitatet brukes av Marta Szebehely og er hentet fra den velrennomerte amerikanske økonomen Rebecca Blank.



## Nye trender- har Solberg-regjeringenes prosjekt gått ut på dato?

**"Vi skal ikke ha rigide kontrakter som står i veien for det beste for innbyggerne.»** Ordfører Morten Storebø (H)

Det er positive tegn i tiden som tyder på en sterkere bevissthet i offentligheten om konsekvensene av kommersialiseringen av velferdstjenester. I Austevoll kommune i Hordaland valgte kommunen å ta tilbake driften av sykehjem og hjemmesykepleie fra det svenske omsorgskonsernet Stendi (tidligere Aleris). Ordfører Morten Storebø (H) forklarte det slik: «Det er ei praktisk og grundig vurdering av kva som er best for austevollingane og kommunen.»<sup>22</sup>

Ordføreren mener dette ikke er noe prestisjeprosjekt. Austevoll ble imidlertid oppfattet å være et av de såkalte utstillingsvinduene for kommersiell eldreomsorg da daværende ordfører, nå stortingsrepresentant, Helge Andre Njåstad (Frp) var arkitekten bak prosjektet i 2013. Til Kommunal Rapport sa Morten Storebø (H) «– Kommunen driver mange andre helsetjenester, for eksempel leger, rehabilitering og fysioterapi. Strukturene blir stadig mer kompliserte, blant annet på grunn av samhandlingsreformen, og vi trenger å se tjenestene under ett. Vi skal ikke ha rigide kontrakter som står i veien for det beste for innbyggerne.» Det er verdt å merke seg at det i en evalueringsrapport om konkurranseutsettingen i Austvoll heter at: «Sykefraværet har gått ned, men lønns- og pensjonsvilkårene for de ansatte har blitt dårligere.» I Frps andre utstillingsvindu, Os i Hordaland drev kommersielle selskap den ene delen av Luranetunet omsorgsboliger fra 2001–2013, da vant kommunen anbudskonkurransen mot aktører som Aleris, Attendo og Norlandia.<sup>23</sup>

I rød- grønne kommuner som Trondheim, Tromsø, Oslo, Bergen og Bodø er det å stoppe kommersialisering og konkurranseutsetting blitt gjeldende politikk som begynner å gi resultater.<sup>24</sup> Det er altså ikke gitt at Solberg-regjeringene vil lykkes med sitt prosjekt.

---

<sup>22</sup> NRK Hordaland 31.01.19

<sup>23</sup> Kommunal Rapport 1.2 2019

<sup>24</sup> De Facto rapport 1:2019, Veien mot profittfri velferd, Erfaringer fra fem storbyer, Roar Eilertsen og Helene Bank

## 2. Svenske erfaringer

### 2.1 Organisering og lovgivning i Sverige

#### Det svenske sjukvårdssystemet<sup>25</sup>

##### Nasjonell högspecialiserad vård (fra juli 2018)

Tidligere rikssjukvård. Skal drives på høyst fem steder i landet, Socialstyrelsen i sammen med profesjonen bestemmer hva som skal defineres som Nasjonell högspecialiserad vård.

##### Regionsjukvård

Sju universitetssykehus

De landsting og regioner som ikke har egne universitetssykehus skal ha avtale med nærliggende regioner eller landsting som kan ta imot pasienter til den høyspesialiserte vården.

##### Länssjukvård

Omlag 20 Länssjukehus

Omlag 40 Länsdelssjukehus

##### Primärvården - Landsting og regioner

Over 1000 vårdcentraler, dikstriktssköterskamottagningar och andra husläkar – och familjeläkarmottagningar. I følge hälso- och sjukvårdslagen er landsting og regioner siden 2010 forpliktet til å innføre ”vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellom olika vårdgivare i primärvården”. Alla vårdgivare som oppfyller kravene landstinget har bestemt for vårdvalssystemen har rett til å etablere seg i primärvården med offentlig erstatning.

Kommunene Har ansvar for *vård* for eldre, *vård* for personer med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse, støtte og service til personer som er ferdigbehandlet og utskrevet fra sykehus, samt skolehelsetjenesten.

##### Finansiering

Svensk hälso- och sjukvård finansieres i hovedsak gjennom region- og kommunalskatten. Både regioner og kommuner får i tillegg rammefinansiering og øremerkede bidrag fra staten.

---

<sup>25</sup> kliniskastudier.se oppdatert 07.01.19

## Helselovgivningen i Sverige

*Lagen om valfrihetssystem LOV* (01.01.2009) regulerer hva som skal gjelde for de kommuner og landsting som vil konkurransenutsette kommunale og landstingskommunale virksomheter gjennom å overlate valget av utførere av støtte, pleie- og omsorgstjenester til brukeren eller pasienten. Valgfrihetssystemet er et alternativ til anbud etter loven om offentlige anskaffelser (offentlig opphandling) (LOU) og kan anvendes på blant annet omsorgs- og støttevirksomhet for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, samt på helse- og sykepleietjenester (sjukvårdstjenester).

I 2010 ble landstingene pålagt å innføre brukervalgssystem (vårdvalgsystem) i primærvården. I politisk debatt går denne delen av LOV under betegnelsen «tvangs-LOV». LOV kan gi større mulighet for kontinuitet enn anbudsutsetting, men samtidig er det risiko for fragmentering. Mange tilbydere i hjemmetjenestene gjør samordning og helhetlig oppfølging av mottakerne av hjemmetjeneste vanskeligere. Oppsplittingen i mange tjenesteytere er et problem i eldreomsorgen og i primærhelsetjenesten, særlig i byene.

*Målene* for helse- og omsorgstjenestene i lovgivningen er ganske lik i Sverige og Norge. I Sverige er det mål om god helse og omsorg på like vilkår for hele befolkningen. Den som har det største behovet skal hjelpes først. Helsetjenestene skal drives slik at de oppfyller kravene til en god helsetjeneste:

- Være av god kvalitet med en god hygienisk standard og tilgodese pasientens behov for trygghet
- Være lett tilgjengelig
- Bygge på respekt for pasientenes selvbestemmelse og integritet
- Fremme gode kontakter mellom pasientene og personalet
- Tilgodese pasientens behov for kontinuitet og sikkerhet

I Sverige skal det innen helse- og omsorgsvirksomheter finnes en virksomhetssjef som er ansvarlig for å sikre at pasientens behov for trygghet, kontinuitet, samordning og sikkerhet tilgodeses. I kommunale helse- og omsorgstjenester skal det finnes en sykepleier som er ansvarlig (merk: mindre av helse- og omsorgstjenestene er lagt til kommunenivå i Sverige enn i Norge). I svensk patientsikkerhetslov er det krav om legitimasjon i 21 yrker, som utstedes med bakgrunn i utdanning og for noen yrker også praksis.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> SOU 2017:38, s 48-49

## Kjøp fra private<sup>27</sup>

I *Sveriges kommuner och landstings* oversikter defineres *köpt verksamhet* som kostnader til virksomheter som drives av private selskap eller andre kommuner, landsting og regioner. Det er i hovedsak kjøpt virksomhet innen kommuner-, landsting- og regioners kjernevirksomhet, det vil si *vård, omsorg og skole*, som regnes med.<sup>28</sup> I 2016 kjøpte kommuner og landsting virksomhet fra over 11.000 ulike utførere, det var en 7% økning fra året før.

### Andel av kommunal virksomhet som drives av private utførere i 2016 (oppgitt i prosent):

Antal barn i förskola: 20  
 Antal elever i grundskola: 15  
 Antal elever i gymnasieskola: 25  
 Antal hemtjänsttimmar hos personer 65år och äldre: 23  
 Antal personer 65år och äldre i särskilt boende: 19  
 Antal dygn i korttidsboende för personer 65år och äldre: 12  
 Antal hemtjänsttimmar hos personer med funktionshinder 0-64år: 32  
 Antal personer med funktionshinder 0-64år i särskilt boende: 27  
 Antal dygn i korttidsboende för personer med funktionshinder 0-64år: 46  
 Antal vård dygn inom missbruksvård för vuxna (frivillig institutionsvård): 72

Kommunene kjøpte mest virksomhet innen *vård och omsorg*. Innen dette feltet ble det kjøpt for 45 milliarder i 2016 og det tilsvarer 19% av de totale kostnadene innen *vård och omsorg*.

I 2016 var det ifølge svenske Almega (tilsvarende NHO Service) om lag 24 millioner pasientbesøk hos private virksomheter i *Hälso- och sjukvården*: 36% av alle konsultasjoner skjer hos private. Det fordeler seg slik: 45% i *primärvården*, 21% i *somatisk specialistvård* og 20% i *psykiatrisk vård*. Videre oppga Almega i 2017 at: 14 886 personer med nedsatt funksjonsevne hadde personlig assistanse og av disse hadde 68% en privat utfører. I individ og familietjenesten drives 81% av HVB- hjemmene (barnevern i Norge) i privat regi og i hjem for enslige mindreårige flyktninger drives 50% i privat regi.

I 2016 beløp kjøp av virksomhet i kommuner, regioner og landsting seg til 174 milliarder svenske kroner. Av virksomhetenes totale kostnader utgjør dette 18% av totalkostnadene og 14% er kommersielle kjøp, 2% er kjøpt av andre offentlige utførere og 2% kjøpt av ideelle utførere. Kjøp av kommersielle velferdstjenester har økt mye. Kommunenes kjøp fra private utførere har økt fra 41 milliarder i 2006 til 98 milliarder i 2016. For landsting og regioner har kostnaden for kjøpt virksomhet økt fra knapt 30 milliarder i 2006 til drøyt 62 milliarder i 2016.

<sup>27</sup> Köp av verksamhet 2016 Kommuner, landsting och regioner 2006-2016, tabell fra Statistiska centralbyrån

<sup>28</sup> I tillegg oppgis områder som flyktningmottak, kultur, fritid og *respektive* infrastrukturiltak innunder betegnelsen «kjøpt virksomhet».

### Landstingssammenligning viser store forskjeller i andel kjøpt virksomhet fra private utførere

Landsting/Region	Kjøp fra private leverandører (millioner kroner)	Andel av total nettokostnad %
Stockholm	16 381	25,7
Uppsala	2 042	22,7
Sörmland	530	7,5
Östergötland	782	7,0
Jönköping	1 497	16,8
Kronoberg	1 034	21,2
Kalmar	963	15,2
Blekinge	210	5,0
Skåne	7 068	22,1
Halland	1 006	13,1
Västra Götaland	3 984	9,4
Värmland	354	5,1
Örebro	1 101	14,5
Västmanland	715	10,6
Dalarna	302	4,3
Gävleborg	1 488	19,9
Västernorrland	401	6,4
Jämtland Härjedalen	120	3,4
Västerbotten	242	3,6
Norrbottnen	251	3,7
Riket	40 471	15,8

Det er også stor forskjell i hvor mange brukervalgsystemer som er innført. *Hälso- och sjukvårdslagen* inneholder som nevnt en tvungen del: *primärvård* skal organiseres i et *vårdvalssystem* i tråd med LOV, for andre tjenester kan landstingene/regionene velge. Alle valgfrihetssystemer som opprettes skal



annonseres på valfrihetswebben.se. I april 2017 fantes det 104 annonserte *vårdval* innenfor landstingenes ansvarsområde og det er tre landsting/regioner/län som står for 60% av innførte *vårdval*: Stockholms län, Landstinget i Uppsala og Region Skåne.

Det er en klar tendens i «Sveriges kommuner og landsting» sine oversikter, at kommersielle innkjøp og kommersielle etableringer er størst i sentrale strøk og i befolkningstette områder. Variasjon i dette helhetsinntrykket, som for eksempel Göteborg, kan sannsynligvis knyttes til fagpolitisk tradisjon og historie. Først i februar 2018 innførte Göteborg by LOV i hjemmetjenestene.

### Prinsipper for kvalitetsmåling

I Sverige er det definert tre kategorier for kvalitetsmåling i velferdstjenestene: *Strukturmått*, speiler forutsetningene for virksomheten, det kan være økonomiske ressurser, personaltetthet, personalkompetanse, lokaler og gruppestørrelser  
*Processmått*, speiler hva som faktisk gjøres, det kan være gjennomførte risikoanalyser, opprettelse av planer og møte med brukere.  
*Resultatmått*, avspeiler resultat som er relatert til mål for virksomheten, f.eks. karakterer i skolen.<sup>29</sup>

Dette er samme inndeling som ligger til grunn for de norske kvalitetsindikatorerne (Kvalitetsstrategien ... og bedre skal det bli! 2005–2015).<sup>30</sup> Kvalitetsindikatorer angir for tjenestene hvilke data som skal registreres og rapporteres inn til ulike mottakere. Målsettingen er at kvalitetsindikatorerne skal si noe valid om kvaliteten i tjenestene. Kvalitetsindikatorer i Sverige er blant andre dødelighet etter diagnose, omdømme, ventetider, andel/antall personer over 65 år med hjemmetjeneste, møte, fortrolighet og trygghet i hjemmetjenesten, personalkontinuitet i hjemmetjenesten, risikoforebyggende tiltak, fallskader blant personer 80 år og eldre, uegnede legemidler eldre 75+ osv.

I velferdsutredningen påpekes det at mange indikatorer er struktur – eller prosessmål. Det skyldes at det er vanskelig å fange resultatene på området. Det kan skyldes brist på data, men også at det kan være vanskelig å vite hva som utgjør et godt resultat: «( ) t.ex. kan ett stort antal biståndsmottagare vara ett tecken på att en kommun når människor i behov av bistånd, men även på att statliga eller kommunala insatser för ökad egenförsörjning varit mindre framgångsrika.»<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> SOU 2017:38 s 53

<sup>30</sup> Helsedirektoratet, 09.05.19, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

<sup>31</sup> SOU 2017:38 s 57

For å innføre markedsrettede styringsformer i kommunene og landstingene ble den kommunale forvaltningen organisert i en bestiller – utførermodell (BUM). I en del av den kommunale forvaltningen skulle tjenesten bestilles og i en annen del av den kommunale forvaltningen skulle tjenesten utføres. Dette er likt beskrivelsen som tidligere er gitt i notatet av Solberg regjeringens 2015 veileder for innføring av brukervalg. I svensk eldreomsorg innebar skillet i en bestiller-utførermodell at myndighetsutøvelsen og arbeidsledelsen som ivaretatt av en eller flere, gjerne «hemvårdassistenter» ute i tjenesten, ble delt i to deler. De som arbeidet med myndighetsutøvelse inngikk i bistandsdelen. I dag arbeider det mange *biståndshandleggare* i svenske kommuner. De andre ble enhetsjefer i utførerorganisasjonen. Bestilleren sitter ofte langt unna situasjonen ute i tjenesten, mens den som er ute i tjenesten må levere det oppdraget som er bestilt. I forlengelsen av dette er det innført målesystemer og måltall for tidsbruk. Den såkalte stoppeklokke- omsorgen har sitt utspring i bestiller-utfører organiseringen.

## 2.2 Konkurransetsettingens konsekvenser for tjenestene - med vekt på eldreomsorg

Sverige startet konkurransetsettingen av eldreomsorgen på begynnelsen av 1990-tallet, men de første grundige forsøkene på å finne ut hvordan det har gått ble gjort i 2011. Den tydeligste forskjellen mellom kommersiell og annen virksomhet, som omsorgsforskerne knytter til kvalitet, er lavere personaltetthet og lavere utdanning i de kommersielle velferdstjenestene. De fleste studier peker også på at konkurransen ikke har gitt lavere kostnader.<sup>32</sup>

I de kommunene som har innført Lagen om valfrihetssystem (LOV) i eldreomsorgen skal eldre som er innvilget rett til en tjeneste underlagt LOV, velge mellom de utførerne som finnes i kommunen. Utførere som oppfyller konkurransegrunnlaget kommunen har fastsatt og etter 2018 har godkjenning av *Inspektionen för vård och omsorg, IVO*, skal gis tilskudd etter hvor mange tjenestemottakere de har.<sup>33</sup> Terskelen for å drive skattefinansiert eldreomsorg i privat regi har med dette vært lav, det har vært satt få begrensninger for den frie etableringsretten.

---

<sup>32</sup> Marta Szebehely, Ikaros 1.17

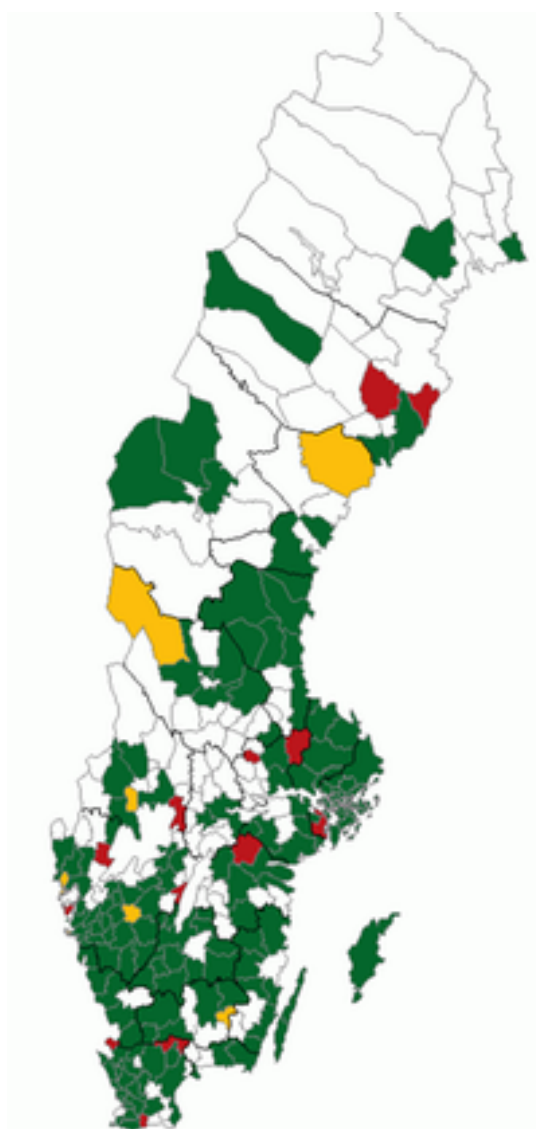
<sup>33</sup>Se f.eks. Stockholm: <https://foretag.stockholm.se/Upphandling--Entreprenad/Valfrihetssystem/Aldreomsorg/For-dig-som-vill-starta-hemtjanst/>

## Økte sosiale og geografiske forskjeller

Innenfor primærhelsetjenesten der regioner og landsting er pålagt å innføre brukervalgsystemer i tråd med LOV, *Lagen om valfrihet*, så har de geografiske og sosiale ulikheten i tilgang på helsetjenester økt.

«Det finns frågetecken kring vilka fördelningseffekter det obligatoriska kravet på vårdval i primärvården har haft. Enligt flera undersökningar har kravet lett till ökade klyftor vad gäller tillgänglighet till primärvård. Boende i tätbefolkade områden har t.ex. fått en bättre tillgänglighet till skillnad från boende i glesbygd. Förbättringarna förefaller ha kommit höginkomsttagare till del i större utsträckning än andra grupper. Det finns också indikationer på att de som tjänat mest på vårdval i primärvården är befolkningen i allmänhet, snarare än vårdtunga patienter. Hur vårdvalet i övrigt påverkat vårdens fördelning och tillgänglighet är omstritt och beror delvis på hur väl landstingen klarat av att utforma system som kompenserar för de privata aktörernas etableringsmönster.»<sup>34</sup>

## Stor variasjon - Lagen om valfrihetssystem (LOV) i svenske kommuner



Grønn:	LOV i drift (160 st)
Gul:	Beslut taget att införa LOV (7 st)
Hvit:	Inget beslut, eller beslut att inte införa LOV (109 st)
Rød:	Beslut om att avbryta LOV (14 st) <sup>35</sup>

<sup>34</sup> SOU 2017:38 s. 154

<sup>35</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2018

Det er store kommunale forskjeller i hvor stor andel som drives i privat regi. Stockholms län skiller seg ut med en særlig høy andel. I en studie gjort av svenske omsorgsforskere fremgår det at i 2015 drev 2/3 av kommunene alle äldreboende i egen regi og halvparten av kommunene drev all hjemmetjeneste selv.<sup>36</sup> Hjemmetjenestemarkedet består i hovedsak av mange små utførere som bare finnes i en eller et fåtall kommuner. Mellom 2016 og 2017 har omlag 130 private selskap forlatt hjemmetjenestemarkedet, mens om lag 50 nye har kommet til. I 2016/17 valgte 10 kommuner å avvikle valgfrihetssystemet i hjemmetjenesten. Vanligste årsak er endret politisk innretning, at det ikke er nok private utførere eller at det har foregått juks og ulovligheter blant private utførere. Totalt driver 11443 ulike private aktører virksomhet innen *vård*, skole og omsorg. I kommunal sektor har det fortsatt vært en viss økning i antallet utførere, mens antallet utførere i landstingene har gått ned etter et antall oppkjøp og en konsolidering av markedet.<sup>37</sup>

## Fri etableringsrett i hjemmetjenesten - fra 2018 statlig godkjenningsordning

I 2011 ble det innført en statlig godkjenningsordning for selskap som driver med personlig assistanse. Godkjenningen kan i dag gis av den statlige *Inspektionen för vård och omsorg, IVO*, som ble etablert i 2013. I 2018 ble tilsvarende ordning innført for hjemmetjenestene. Alle private utførere av hjemmetjeneste måtte etter dette søke om statlig godkjenning. Utreder Johanna Matsson, ved *avdelningen för tillståndsprövning* hos IVO oppga bakgrunnen for den nye godkjenningsordningen slik:

**"Bakgrunden är att det finns ett antal aktörer på hemtjänstmarknaden som varken är kompetenta eller seriösa och inte levererar hemtjänst av god kvalitet."**

For å få godkjenning må selskapet vise at personene som har avgjørende myndighet i virksomheten, for eksempel eiere eller styremedlemmer, har innsikt i regelverk for hjemmetjenesten og kunnskap om arbeidsmiljøregler og om økonomi. Det er også krav om egnethet, at ledende personer ikke skylder skatt eller er kriminelle. Selskapet må også vise at de har økonomiske forutsetninger for å drive og at personalet har rett utdanning og kompetanse. IVO inndrar vanligvis ikke godkjenninger som er gitt og en godkjenning er ikke geografisk begrenset. Eksempel på et unntak hvor tillatelser ble inndratt, er et tilsyn av 200 selskap som drev med assistanse i 2018, hvor 16 godkjenninger ble

<sup>36</sup> Szebehely og Trydegård 2018: I Stockholms län ble 52% av alle äldreboende drevet i privat regi og 64% av hjemmetjenesten. I resten av Sverige ble 13% av äldreboende drevet i privat regi og 12% av hjemmetjenesten. I 1995 var det 25% privat andel i driften av äldreboende i Stockholm og det steg til 36% i 2005. I resten av Sverige steg andelen äldreboende i privat regi fra 5% i 1995 til 8% i 2005. I hjemmetjenesten var andelen utført i privat regi i Stockholms län 10% i 1995 og det steg til 32% i 2005. I resten av Sverige steg andelen privat utført hjemmetjeneste fra 3% i 1995 til 5% i 2005.

<sup>37</sup> Köp av verksamhet 2016 Kommuner, landsting och regioner 2006-2016



inndratt. Vanligste årsak var økonomiske misforhold, dernest lovbrudd eller mistanke om lovbrudd.<sup>38</sup>

Det er verdt å merke seg at det først i 2018 kom på plass en slik godkjenningssordning og at kravene som stilles burde være en selvfølge. Hjemmetjeneste i Sverige er ikke detaljert beskrevet i lov eller forskrift, så IVOs godkjenning er på et generelt nivå. Selskapene som har drevet i eldreomsorgen har innrettet seg på å oppfylle konkurransegrunnlaget som kommunen fastsetter og som er likt for alle som skal drive. IVO oppga å ha 750 ansatte i 2019 og har ansvar for tilsyn *över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*.<sup>39</sup>

### Erfaringene fra hjemmetjenestene, med vekt på Stockholm

I Stockholm stad var målsettingen utover 1990- tallet å konkurranseutsette all virksomhet som ikke innebar strategiske ledelsesfunksjoner eller myndighetsutøvelse. Dette var nedfelt i ulike styringsdokumenter. Kundevalg i hjemmetjenesten ble innført i Stockholm i 2002. Stiftelsen *Stockholms läns Äldrecentrum* utga i 2013 en rapport om erfaringene etter innføring av LOV i 2009.<sup>40</sup> Rapporten bygger på svensk forskning og en del av funnene kan oppsummeres slik:

- Eldre får velge leverandør, men ikke innholdet i tjenesten
- Mange eldre kan ikke velge og velger ikke
- Informasjonen ser lik ut
- Kun private kan tilby tilleggstjenester
- Det er ingen forskning som kan belyse om mer mangfold har gitt bedre kvalitet
- Forskningen viser ikke reduserte kostnader, noen studier tyder på det motsatte
- De ressurssterke brukerne kommer best ut
- Mange aktører gir mindre samhandling som rammer de sykeste hardest
- De ansattes vilkår har blitt dårligere
- Kommunene er i en vanskelig dobbeltrolle og øverste ansvarlig for tjenesten

---

<sup>38</sup> <https://assistanskoll.se/20181007-Johanna-IVO-indraget-tillstand-misskotsamhet.html>

<sup>39</sup> Ivo.se 06.05.19

<sup>40</sup> Valfrihetens LOV En studie om vad Lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och för utförarna, 2013:01 ISSN 1401-5129



### Kommunen fatter beslutningen – den vanskelige «biståndshandleggare» jobben

Sverige har et system med *biståndsbedömning* og *biståndsbeslut* etter *Socialtjänstlagen (SoL)* og *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*. Også i Norge er det kommunen som mottar søknad og treffer enkeltvedtak ved søknad om bistand i hjemmet. I Sverige har det vært debatt rundt systemet for å søke og å få vurdert sitt bistandsbehov. Mange mener det er for omstendelig.

Hvordan beslutninger i tjenestene fattes varierer med kommunenes organisering. Der en ikke har skilt i bestiller- utførermodeller kan flere beslutninger tas tettere på brukerne, ute i tjenestene av ledere med myndighet. *Biståndshandleggare* i Sverige er kommuneansatte som fatter beslutninger om bistand. *Biståndshandleggarene* har ofte ansvar for mange brukere/pasienter og er kjent som en presset funksjon med stor arbeidsbelastning og høy turnover, blant annet i Stockholm. I Stockholm stads handlingsprogram for å forbedre arbeidssituasjonen pekes det på avstanden til selve tjenesten og mangel på kontakt med brukerne og tilbakemeldinger som negativt for *biståndshandleggernes* arbeidsmiljø.<sup>41</sup> Det er stor forskjell på å ta beslutninger på vegne av mennesker en selv og kollegaene har eller skal etablere en relasjon til og å ta beslutninger ut ifra data, korte møter, telefonsamtaler, skjemaer osv. Det er også enkelt å tenke seg at mange brukere og mange tilbydere kan gjøre det vanskeligere å vite at en treffer gode beslutninger. Organiseringen har også ført til større grad av spesialisering, og mer varierte arbeidsoppgaver etterlyses blant *biståndshandleggare* i Stockholm.

Oslo kommune er eksempel på en kommune som har organisert eldreomsorgen i en bestiller- utførermodell med egne bestillerkontor under borgerlig styre. Dagens rød-grønne byråd har igangsatt en tillitsmodell og sier det vil legge ned bestillerkontorene.<sup>42</sup> Mange norske kommuner har etablert ulike bestillerkontor, inntakskontor, forvaltningskontor, tildelingskontor eller koordinerende enhet.

### Hjemmetjenestebrukeren skal velge tilbyder – det kompliserte valget

**"...de äldre som är mest beroende av vård och omsorg och skulle ha bäst nytta av att göra «det goda valet» också är de som har den högsta förekomsten av kognitiva och fysiska begränsningar som begränsar eller omöjliggör deras möjlighet att vara en rationell konsument av vård och omsorg."**

Brukerne skal ifølge LOV velge blant utførere i kommunenes brukervalgsystem, men kan ikke bestemme over tjenestens innhold eller hvem som utfører den. Flere studier i Sverige viser at få eldre aktivt velger utfører, men de fleste mener

<sup>41</sup> Stockholms stads handlingsplan för att förbättra arbetssituationen för socialsekreterare och biståndshandleggare, 02.02.18

<sup>42</sup> De Facto, Helene Bank og Roar Eilertsen, 2019, Arven etter Listhaug, Johansen, Tellevik Dahl, VG 07.05.19

det er positivt å kunne velge. Det å kunne bestemme mer av innholdet viser forskningen at eldre og pårørende ønsker. Det er en begrenset valgfrihet å *kun* kunne velge leverandør. Fullstendig valgfrihet over innhold vil utfordre helse- og omsorgstjenestens avhengighet av å prioritere og lovens formål om at den som trenger det mest skal ha hjelpen først. Det er forsøkt tidskontoordninger der brukerne kan bestemme mer av innholdet, blant annet i Oslo kommunes tillitsmodell. Slike løsninger kan være en vei å gå for en mer individtilpasset hjemmetjeneste.

Samtidig vises det til i Äldrecentrums rapport at det er vanskelig for mange eldre å velge. Det er ikke en kjøpevillig kunde på et hjemmetjenestemarked, men personer som trenger å tilpasse seg en ny situasjon. En studie viser at så få som 1/3 selv har tatt kontakt med hjemmetjenestene første gang, ofte gjøres det på de eldres vegne etter sykehusopphold og lignende. Ikke alle eldre er i utgangspunktet positive til å få hjemmetjeneste, fordi det innebærer en erkjennelse av at funksjonsnivået ikke lengre er som det var. Særlig vanskelig er det å velge for demente eller personer med annen kognitiv svikt. Eldre oppgir relasjon til personalet, at det er så få som mulig å forholde seg til, personalets kompetanse og at de vet hvem som kommer og når de kommer, som viktig. Å velge ny utfører ved misnøye er det få som gjør og det er også et vanskelig valg å ta. Kontinuitet er viktig. Det er viktigere at det skjer endringer dersom eldre eller pårørende ber om endringer, enn å få inn en ny hjemmetjenesteleverandør. I brukervalgsystemet legges det opp til at eldres valg skal bidra til kvalitetsutviklingen. Markedslogikken tilsier at de dårlige tilbyderne vil velges bort. En del eldre oppgir uro for å velge feil.<sup>43</sup>

SWEOLD er en riksrepresentativ gjentagende undersøkelse av Sveriges eldre befolkning. SWEOLD ved forskeren Meinow (2011) antar at 1/3 av personene i deres longitudinelle (tverrsnitt/over tid) studie av personer over 77 år hadde så nedsatt kognitivt funksjonsnivå at de ikke kunne intervjues direkte. Ytterligere 1/5 hadde problemer med å håndtere informasjonen de fikk. 1/3 hadde andre begrensninger. Kun 1/10 av eldre over 77 år var ifølge forskerne fullt ut i stand til selv å delta i undersøkelsen: «Meinow drar slutsatsen att de äldre som är mest beroende av vård och omsorg och skulle ha bäst nytta av att göra «det goda valet» också är de som har den högsta förekomsten av kognitiva och fysiska begränsningar som begränsar eller omöjliggör deras möjlighet att vara en rationell konsument av vård och omsorg».<sup>44</sup>

Edelbak (2011) konstaterer at det er eldre med størst omsorgsbehov som har størst vanskeligheter med å opptre som konsumenter og de representerer samtidig en voksende andel av brukerne. Dette har sin klare parallell i Norge. Også i Norge er de hjemmeboende eldre med behov for helse- og omsorgstjenester sykere enn før. Vi har en økende eldre befolkning, kortere sykehusopphold (færre sykehussenger ift. befolkningen) og færre institusjonsplasser (ift. antall eldre). Eldre blir boende hjemme lengre. Det er derfor svært sannsynlig at norske eldre i et brukervalgssystem ville ha omtrent

<sup>43</sup> Marta Szebehely, *Alla dessa marknader 2015*, s 138

<sup>44</sup> Soc Sci Med. 2011 Consumers of eldercare in Sweden: the semblance of choice, Meinow, Parker, Thorslund

samme evne som de eldre i Sverige til å bruke systemet. Edelbak (2011) foreslo at for eldre med store hjelpebehov kunne en mulighet være å innføre et system med personlige ombud som er skilt fra «*biståndsbedømmingen*». Uten å gå nærmere inn på å vurdere et slikt forslag så vil det innebære mer byråkratisering.

Skillet i bestiller – utførermodeller (BUM) fører i seg selv til mer byråkratisering, ikke mindre. I den opprinnelige svenske modellen, før BUM og *biståndshandleggare* fantes, ble langt flere beslutninger fattet av *en* instans ute i tjenestene. Dette er erfaringen også i fra kommuner i Norge, som Oslo og Tromsø. Det er også sannsynlig at det oppstår fordyrende «tregheter» i systemet. Det tar eksempelvis lengre tid å fatte beslutninger om endringer i en pasients vedtak, som tidligere kunne vurderes mer fortløpende ut i fra faglige skjønn og dialog med brukere ute i tjenestene. Flexibilitet i beslutningssystemet er det beste i helse- og omsorgstjenestene, som både skal drive forebyggende, behandlende og rehabiliterende. Behovet hos pasientene er i endring og det gir best kvalitet i tjenesten om hjelpen kan tilpasses raskest mulig og dette er også mest kostnadseffektivt. Dette selvsagte poenget har blitt nedprioritert i BUM.

### Kommunenes vanskelige dobbeltrolle

Kommuner og landsting er ansvarlige for at det finnes saklig, relevant, sammenlignbar, lettforståelig og lett tilgjengelig informasjon om brukervalgene. I Stockholms stad gjøres det på hjemmesiden «*Jamför Stockholm*». En gjennomgang viste at presentasjonen av 235 kommunale og private hjemmetjenesteenheter var til forveksling like. Loven legger til grunn konkurransenøytralitet og de kommersielle selskapene er bekymret for at kommunene skal favorisere egne leverandører. Det er en dragkamp om stykkprisen mellom kommunene og *Vårdföretagerna*. De kommersielle velferdsselskapene har pekt på risikoen for at kommunene kan la egne virksomheter gå med underskudd og for eksempel dra fordel av billigere IT-systemer. Samtidig har private selskap til forskjell fra kommunene lov til å utføre tilleggstjenester (se mer under avsnittet «- Hjemmetjeneste og RUT-fradrag»).

Kommunen har ikke lov å sette et tak på antall tilbydere, det skal være fri etableringsrett i LOV så lenge kravene som stilles er oppfylt. Den svenske sosialdemokratiske ideologen Anne-Marie Lindgren stiller et viktig spørsmål når hun spør:

**”Är det rimligt med etableringsregler för privata skolor och vårdmottagningar som innebär att kommuner och regioner i praktiken inte kan kontrollera kostnaderna – och där man kan hamna i situationen**

### **att behöva betala för nya privata etableringar samtidigt som man måste skära i andra kommunala åtaganden?”<sup>45</sup>**

I Stockholm som attraktiv storby har den frie etableringsretten gitt kommunen svært mange hjemmetjenestetilbydere å finansiere og å forholde seg til og markedet er i stadig endring. Kommunene har en vanskelig dobbeltrolle, de skal både opptre nøytralt og bistå eldre og pårørende med råd. Det er vanskelig å ha god oversikt. Ofte er det likevel kommunen som i praksis velger for eldre som selv ikke er i stand til dette. Ansatte informanter i undersøkelsen av hjemmetjenestene i Stockholm oppgir også at deres yrkesetikk ikke alltid er forenlig med å skulle opptre konkurransenøytral.

Kommunene er øverste ansvarlige myndighet for at befolkningen får forsvarlige tjenester. Kommunene må bistå uansett behov, mens kommersielle selskap kun bistår der de har kontrakt.

#### Ingen har påvist lavere kostnader eller økt kvalitet

Et slagord for innføring av LOV var at en gjennom økt mangfold skulle oppnå bedre kvalitet. I 2013 mener *Äldresentrum* at det ikke finnes forskning som kan belyse om dette faktisk har skjedd og om det har ført til bedre kvalitet. Et av spørsmålene som imidlertid stilles i forskningsrapportene om LOV er uro for at ressurssterke individer favoriseres i forhold til mer ressursvake. *Socialstyrelsen* viste i rapport 2011 til at mange aktører gjør samordning vanskeligere og det rammer de aller sykeste mest. Erfaringene fra Stockholm bekrefter dette. I 2013 mener *Äldresentrum* at det ikke finnes forskning som tyder på at konkurranseutsetting har senket kostnadene og noen studier viser det motsatte. Mange aktører gir økte transaksjonskostnader, kostnader til informasjon og oppfølging, flere og lengre reiser, samt forvansket og fordyret samhandling mellom ulike helse- og omsorgstjenester. I Sverige mente mange at forholdene for personalet også ville bli bedre med LOV, men her er erfaringen den motsatte. Personalet har høyere arbeidsbelastning, lavere jobbsikkerhet og lavere arbeidstilfredsstillelse. Eldre oppgir også at personalet ofte oppleves som stresset og bare rekker å gjøre det viktigste (*Socialstyrelsen* 2011).

#### Hjemmetjeneste og RUT- fradrag

I Granavolden- plattformen sier regjeringen at den vil vurdere endringer og insentiver som gjør det enklere å få utført tjenester i hjemmet på lovlig vis, og hvor skattereglene følges. Det er mulig regjeringen også her ser til Sverige og deres RUT- fradrag for hjemmetjenester. Det gis i Sverige skattefradrag for rengjørings-, vaske- og vedlikeholdstjenester som kjøpes til private hjem. RUT- fradraget har siden 2016 utgjort 50% av arbeidskostnaden, med maxbeløp på 25.000 for personer under 65 år og 50.000 for personer over 65 år. Kommersielle leverandører av offentlig finansierte hjemmetjenester, kan også tilby tjenester

<sup>45</sup>Anne - Marie Lindgren 24.04.19, <https://aip.nu/2019/04/24/anne-marie-lindgren-vi-maste-prioritera-bland-valfardens-ataganden/>

kunden betaler for selv. Den delen kunden betaler for selv kan kunden få RUT-fradrag for. Kommunen kan ikke tilby slike tilleggstenester.

Det er store forskjeller i hvordan eldre benytter RUT. I Danderyd (Stockholms län, Uppland) er det 29% av de eldre over 65 år som benytter RUT-fradrag, mens i Arjeplog (Norrbottens län, Lappland) benytter bare 2% av de eldre over 65 år RUT-fradraget. I 2013 var den gruppen som brukte hjemmetjenester mest, også den gruppen som brukte RUT-fradraget mest, dvs. eldre over 75 år.<sup>46</sup> En stor andel av hjemmetjenestefirmaene tilbyr også tilleggstenester (i 2010 halvparten). Anne - Marie Lindgren spør i en artikkel om stram kommuneøkonomi i Sverige:

**”I dag pågår en tämligen omfattande överföring av pengar från offentligt finansierad välfärd till privat, i form av en ständig ökning av antalet subventionsberättigade så kallade hushållstjänster. Men är det försvarbart, med mångmiljardbelopp till privat hemservice som främst används av hushåll som också fått de största inkomstskattesänkningarna, samtidigt som kommunerna måste skära i hemtjänst och barnomsorg?”<sup>47</sup>**

Kommunalarbetaren, avis utgitt av Kommunalarbetsförbundet er bekymret for en todeling av eldreomsorgen. Ressursknapphet i eldreomsorgen kan føre til at tjenester som før var regnet som en del av omsorgs- og tjenestetilbudet overlates til RUT-markedet, som de med sterkest økonomi benytter seg mest av. For ansatte i tjenestene kan det føre til mer oppstykkete tjenester og mindre mulighet for ordnende arbeidsvilkår og heltidsarbeid.<sup>48</sup>

## Omsorgsforskernes funn

Professor Marta Szebehely ved Stockholm universitet har forsket på eldreomsorgen i Sverige siden 1980-tallet. Szebehelys forskning utgjør deler av faktagrunnlaget for de fleste svenske utredningene om eldreomsorg. Blant hennes og andre omsorgsforskernes funn om kommersiell eldreomsorg er:<sup>49</sup>

- Kommersielle (*vinstsyftande*) *äldreboenden* og særlig de som drives av *riskkapitalbolag* har lavere personaltetthet, flere timeansatte, lavere lønn og lavere andel ansatte med formell utdanning, enn kommunale eldreheim. Det samme mønsteret finnes i hjemmetjenesten.

<sup>46</sup> Valfrihetens LOV En studie om vad Lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och för utförarna, 2013:01 ISSN 1401-5129

<sup>47</sup> Anne - Marie Lindgren 24.04.19

<sup>48</sup> Kommunalarbetaren 03.02.2017

<sup>49</sup> Se. f.eks Alle dessa marknader, Marta Szebehely, presentasjon alderforskardagen 21.03.2018, Professor varnar för ojämlig äldrevård, SVT 03.06.2018



- De kommersielle leverandørene av *äldreboende* scorer høyere på prosesskvalitet, som for eksempel dokumenterte vurderinger av ulike risiko, men det er ikke kjent om de også gjør det på resultatkvalitet. Det samme mønsteret finnes i hjemmetjenesten.
- Ifølge landsomfattende studier er eldre i kommuner med kommunal hjemmetjeneste like fornøyd som der hjemmetjenesten er underlagt kundevalgmodell, og de som har kommunal hjemmetjeneste er like fornøyde som de som har privat utfører.
- Hovedtrenden er at det er små forskjeller i tilfredshet mellom offentlige og private ved brukerundersøkelser i eldreomsorgen
- Om lag halvparten av de eldre vet ikke selv at de har valgt hjemmetjeneste og ca 4% foretar omvalg.
- Nær halvparten av de private *äldreboende* i Sverige – utgjør ca. 10% av samtlige plasser – drives i dag av Attendo og Vardaga (tidligere Carema). Attendo er størst både i Sverige og Finland.
- Attendo står for 1/5 av den private hjemmetjenesten. Dette markedet består etter innføringen av LOV av et stort antall små private selskaper.

Sammenlignet med land i og utenfor Norden er eierkonsentrasjonen uvanlig sterk i Sverige og Finland. LOV kom delvis som resultat av denne utviklingen mot fåtallskonkurranse (oligopol).

Høye score på egenrapportert prosesskvalitet kan ikke sammenlignes med resultatkvalitet, fordi Sverige ikke har nasjonale tall for den faktiske forekomsten av f.eks. trykksår, underernæring og fall. Szebehely skriver at ulike forskere tolker funnene ulikt. Økonomer tolker gjerne resultatene som tegn på høyere effektivitet hos kommersielle utførere, som tross lavere personaltetthet har bedre prosesskvalitet og like fornøyde brukere. Økonomene tenderer også mot en optimistisk vurdering av eldres evne til å benytte seg av valg og omvalg. Særlig gjelder dette i hjemmetjenesten. Økonomene har ment det er viktig med tilsyn, kontroll og overvåkning i *äldreboende* særlig. Her er de eldre svakere, tjenesten mer kompleks og det regnes som vanskeligere å bytte. Szebehely mener økonomene gjerne vurderer hjemmetjenesten som et felt der brukervalg fungerer og siterer økonomene Bergman & Jordahl (2014) om hjemmetjenester der det heter at: ”valgfriheten sannolikt har god kvalitetsstyrande effekt i normalfallet”.

Omsorgsforskere tar heller utgangspunkt i omsorgsforskning som viser at tilstrekkelig med tid i møtene mellom omsorgsgivere og brukere og høy personalkontinuitet, er viktige kvalitetsaspekt for eldre. Ut ifra dette perspektivet framstår de kommersielle selskapenes lavere personaltetthet og færre faste ansatte som et mulig problem, konkluderer hun. Videre skriver hun at omsorgsforskerne er opptatt av de store økende omsorgsbehovene blant eldre som er vurdert berettiget til hjemmetjeneste eller *äldreboende* og at mange ikke klarer valgsituasjonen. Derfor er omsorgsforskerne betydelig mer tvilsomme

enn økonomene til valgfrihetsmodellens potensial for å øke kvaliteten i omsorgen.

### Dårligere arbeidsvilkår i svensk eldreomsorg

I en rapport fra Stockholms universitet i 2017 fremgår det at arbeidsvilkårene i eldreomsorgen har blitt dårligere mellom 2005 og 2015.<sup>50</sup> I 2015 oppga halvparten av de spurte ansatte i eldreomsorgen at de på alvor hadde vurdert å slutte i arbeidet. Nær fire av ti var nesten alltid kroppslig slitne og hver fjerde var psykisk utslitt etter arbeidshagens slutt. Alle de tre problemene var blitt betydelig vanligere i 2015 enn i 2005 og mye mer vanlig i Sverige enn i resten av Norden. Forskerne sier de fortsatt analyserer materialet og ikke kan gi uttømmende svar, men vil gi noen ledetråder:

- Mer enn hver fjerde plass i *äldreboende* har blitt borte siden 2000. De som får plass i dag er sykere og har større omsorgsbehov, men personaltettheten har ikke økt i tilsvarende grad. Samtidig har det politiske ambisjonsnivået økt: eldreomsorgen skal være individtilpasset og gi mulighet til et verdig liv. Nye arbeidsoppgaver har kommet til, framfor alt har det blitt et større fokus på dokumentasjon.
- Andelen av personalet i *äldreboende* som oppgir at de som regel har for mye å gjøre har økt fra 40 til 50 prosent mellom 2005 og 2015, og andelen som anser at de hjelper altfor mange i løpet av en vakt har økt fra 32 til 45 prosent.
- Andelen som utfører administrative oppgaver hver dag har mer enn doblet seg.
- Mer enn halvparten av personalet i *äldreboende* uroer seg for at bemanning er så lav at det innebærer en risiko for beboerne og 38 prosent føler at de ikke strekker til.
- Den kraftige nedgangen i antallet plasser i *äldreboende* innebærer at flere eldre med store hjelpebehov bor hjemme og får hjemmetjenester.
- Antallet personer som en ansatt i hjemmetjenesten hjelper i løpet av en arbeidsvakt har økt fra i gjennomsnitt 8,6 i 2005 til 11,8 i 2015. I løpet av en arbeidsdag gjorde en ansatt i 2015 i snitt til sammen 15 besøk, hvor drøyt halvparten var 15 min eller kortere. «Springet» i hjemmetjenesten har økt.

---

<sup>50</sup> En värdig omsorg kräver värdiga arbetsvillkor, professor Marta Szebehely, fil.dr Anneli Stranz och doktorand Rebecka Strandell, Socialhögskolan Stockholms universitet 2017. Alt som står i avsnittet er hentet i denne artikkelen. Egen oversettelse.

- Arbeidet i hjemmetjenesten har blitt mer detaljstyrt. I *bistandsbeslutet* angis ofte i detalj hva som skal gjøres hos en bruker og antallet minutt besøket kan ta. Ifølge undersøkelsen har handlingsrommet til hjemmetjenestepersonalet minsket kraftig i 10 års perioden.
- I 2005 oppga 39 prosent av de ansatte i hjemmetjenesten at de oftest kunne påvirke sitt daglige arbeide, i 2015 oppga 16 prosent det samme. Dette innebærer også at de eldres innflytelse over hjelpen er innskrenket.

Kombinasjonen av arbeidsbelastning, manglende handlingsrom og følelse av utilstrekkelighet øker den fysiske og psykiske belastning i det daglige arbeidet og er knyttet til vurderinger om å slutte. Forskerne peker på at flere av de negative forandringene i arbeidsvilkår også har skjedd i andre nordiske land. De mener likevel å kunne identifisere noen mulige årsaker til at tendensen likevel er sterkest i Sverige:

- Muligheten til å hente seg inn igjen er mindre i Sverige. Det handler mye om skjemaletting: i den svenske eldreomsorgen arbeider 45% av de ansatte delte turer (det vil si to arbeidsvakter i løpet av en dag med minst to timer ubetalt tid mellom vaktene). I resten av Norden gjelder dette bare 4%.
- I Sverige arbeider mer enn halvparten av alle i eldreomsorgen både dag og kveld, og både hverdag og helg. I Danmark er det 10 prosent som arbeider den kombinasjonen av skift, og en heltidsdag er betydelig kortere i Danmark enn i Sverige.

I Norge finnes også studier av brukervalg i hjemmetjenesten, nærmere bestemt normtider, og påvirkningen på ansattes arbeidshverdag. Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen på Vestlandet konkluderte slik i mai 2017: «Ansatte opplever sin arbeidshverdag som mer hektisk etter endringene. Det er høyt sykefravær i hjemmetjenestene. 89% av ansatte i hjemmesykepleien og 73% av ansatte i hjemmehjelpen opplever arbeidshverdagen som forverret etter endringene. Dette skaper mindre rom for brukervedvirkning og personorienterte tjenester og mindre rom for faglig skjønnsutøvelse, forebygging, rehabilitering og annet oppfølgingsarbeid.»<sup>51</sup>

## Fragmentering og sviktende samhandling

Velferdsutredningen viser til eldre som en særlig utsatt gruppe når samhandling svikter. Dette er også konklusjonen i utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2). Her foreslås det å opprette en egen ”riktad vård” i primærhelsetjenesten. Denne

<sup>51</sup> De Facto, Helene Bank og Roar Eilertsen, 2019, s. 38

delen av primærhelsetjenesten skal være rettet mot eldre med omfattende behov og unntas fra det obligatoriske brukervalgssystemet.

**Det er verdt å merke seg at mens regjeringen i Norge vil at kommuner i større grad skal legge til rette for fritt brukervalg innen hjemmetjenesten og utrede en fritt brukervalgsordning i kommunene – har det i Sverige vært foreslått å gå bort fra brukervalg for den gruppen av eldre som trenger velferdstjenester mest.**

Det svenske forslaget bygger på en erkjennelse av at brukervalgssystemer gir oppsplitting av tjenester, skifte av leverandører og leverandører med mange ulike kontrakter som virker mot samhandling. For eldre med sammensatte behov innebærer en god helse- og omsorgstjeneste det motsatte: nemlig å forholde seg til færrest mulig, kontinuitet over tid og samarbeid på tvers av tjenestene. Dette gjelder også for andre grupper med sammensatte behov og lite evne til å orientere seg og å velge.

I Sverige regner myndighetene med at det finnes ca. 1 million innbyggere som har komplekse samordningsbehov, samtidig som de har små forutsetninger for å være delaktige i samordningen av sin pleie og omsorg.<sup>52</sup> Multisyke eldre, det vil ofte si kronikere med flere diagnoser, inngår i denne gruppen. Den norske regjeringen foreslår altså en organisering som ikke passer de med mest behov for tjenestene.

I velferdsutredningen påpekes det at økt valgfrihet og økt antall tilbydere i *hälso – och sjukvården*, sammen med økt spesialisering, har bidratt til en fragmentering som har gjort «teamkontinuitet» vanskelig. Samhandling mellom ulike tilbydere og over myndighetsgrenser har blitt vanskeligere. Manglende samhandling gir økte kostnader, når behandlinger eller undersøkelser må gjøres om igjen. Dette har sin parallell i Norge der manglende samhandling mellom sykehus og kommuner gir unødvendige reinnleggelse særlig av eldre i sykehus. De offentlige systemene kan selvsagt organisere seg bort i fra samhandling også når de drives i egenregi, men forskjellen til et brukervalgssystem er at fragmentering er selve forutsetningen i sistnevnte. For at det skal være noe å velge blant, så må det være flere, gjerne mange, tilbydere. Slik hjemmetjenestemarkedet i Stockholm for eksempel har vært preget av, selv om de store konsernene dominerer velferdsfeltet totalt sett (se notatets del 2.4).

Markedslogikken tilsier at reell konkurranse oppstår først når det straffer seg å levere dårlig kvalitet, ergo må en regne med konkurser, leverandørskifter og manglende kontinuitet. Problemet er at samfunnet ikke kan følge denne logikken i velferden. Velferden leverer grunnleggende tjenester til mennesker i sårbare situasjoner. Dersom et velferdsselskap går konkurs som følge av manglende kvalitet betyr dette at innbyggere i en kortere eller lengre periode har mottatt hjelp eller omsorg som ikke har vært god nok. Erfaringen er også at brukervalg ikke fungerer på denne måten i velferden, folk blir hos dårlige leverandører fordi nærhet til tjenesten, kjennskap, miljø, mangel på kunnskap

---

<sup>52</sup> SOU 2017:38 s.149

om alternativ og trygghetsfølelse «du vet hva du har, ikke hva du får» spiller inn. Det sier seg selv at det skal en del til før pårørende flytter sårbare eldre mellom leverandører eller at foreldre tar barn ut av skole og barnehagemiljø for «å velge» en annen institusjon kanskje lengre unna barnas nærmiljø. Og dersom slike valg var så aktuelle for innbyggerne som tilhengerne av kommersielle velferdstjenester hevder, så forutsetter slike valg uansett at alle bor på plasser der det er mange tilbydere og kort avstand imellom disse. Dette er ikke tilfellet verken i Norge eller i Sverige.

Det er derfor så enkelt og så vanskelig; myndighetene må sørge for at alle velferdstjenester skal være av god kvalitet, det er ikke rom for å «teste ut produktet» slik det kan være i en del annen tjenesteproduksjon.

### Omsorg er ikke statisk, men kontrakter er ofte det

Omsorgsforskning i Sverige viser at god kvalitet i omsorgstjenesten er avhengig av at det settes av tilstrekkelig med tid i møtet mellom omsorgsgivere og brukere og at kontinuitet er viktig.<sup>53</sup> Velferdsutredningen påpeker at disse møtene ikke er statiske. Behovene endres og de kan endres fra dag til dag. Faste kontraktsvilkår risikerer ifølge utredningen å «konservere kvaliteten i virksomhetene». Mindre detaljerte krav til utføreren eller fokus på resultat, vil der utførers formål er fortjeneste lett kunne føre til at utføreren tar valg som ikke er i tråd med oppdragsgivers intensjoner eller at det skjer en «cream-skimming», dvs. at det fokuseres på de delene av avtalen som gir raskest resultat.<sup>54</sup> Dette er særlig problematisk for tjenestemottakere med sammensatte behov og der behovene endrer seg over tid. Dette gjelder mange eldre og mange kronikere.

I Norge har flere uttrykt bekymring for at private selskaper ikke har incentiver til å hjelpe eldre til å klare seg mest mulig selv. I Bergen begrunnet for eksempel byråden avvikling av fritt brukervalg i hjemmetjenesten slik i 2016: «I tiden fremover skal vi satse på hjelp til selvhjelp. Innbyggerne skal få økt hverdagsmestring, og dette vil føre til at mange brukere trenger mindre hjelp. Det er vanskelig å gi private selskaper incentiver til å klare seg mest mulig selv påpeker Ljosland.»<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Szehebly M, Vinstsyftande i äldreomsorgen i: Alla dessa marknader, Riksbankens jubileumsfond (RJ), 2015

<sup>54</sup> SOU 2017:38 s 163-167

<sup>55</sup> De Facto, 2019 Helene Bank og Roar Eilertsen s. 38



## 2.3 Kvalitet, kommersialisering og markedsretting: «Att mäta det svårsmätbara»<sup>56</sup>

**«Managementstyrningen har i praktiken inneburit att effektivitet och produktivitet blivit överordnade värden i den offentliga verksamheten, medan andra grundläggande värden som demokrati och rättssäkerhet inte sällan har fått stå tillbaka.»<sup>57</sup>**

Velferdsutredningen er svært tydelig i sin beskrivelse av at det er en direkte sammenheng mellom økte kontrolltiltak (mer NPM) og privatisering. Velferdsutredningen er tydelig på at kontrollregimene er en stående trussel mot faglig kvalitetsutvikling i tjenestene og at den tillitsbaserte ledelsen som etterspørres av fagprofesjonene ikke lar seg forene med stadig mer detaljerte kontrolltiltak.

### Kritikken av markedsrettingen: fagpersonenes vurderinger må vike

**"Det är också förståeligt att kontrollinstrumentet tillgrips när ett nytt starkt incitament – vinsten – introduceras i den offentliga verksamheten.»**

**"Den omfattande granskningen har också, enligt forskningen, lett till att offentliga verksamheter allt tydligare utformas så att de blir granskningsbara."**

Kommersialisering av velferdstjenestene og markedsretting har gitt mer byråkratisert rapportering og mindre rom til faglighet:

«Kritiken mot managementkomponenterna kommer ofta inifrån verksamheten; från praktikerna som har att hantera styrmodellen. Även inom den förvaltningspolitiska forskningen och utredningsväsendet har det redovisats en mängd studier och rapporter som lyfter fram problem inom managementdelen av NPM. En återkommande synpunkt är att systemet med målhierarkier och detaljerade återrapporteringskrav inte är anpassat till en demokratiskt styrd verksamhet. ( ) I likhet med managementstyrningen tenderar marknadsstyrningen med allt fler privata aktörer att leda till mer granskning. Kraven på tillsyn ökar när det finns vinstdrivande företag som driver fristående skolor. Detsamma gäller för kraven på kontroll av privata utförare inom vård och omsorg. Särskilt valfrihetssystemen inom vård, skola och omsorg leder till ett ökat behov av uppföljning, kontroll och tillsyn. Det är

<sup>56</sup> Se kapitel 8 i SOU 2017: 38 for helhetlig fremstilling av kvalitet og måling

<sup>57</sup> SOU 2017:38 s 33

også forståelig at kontrollinstrumentet tillgrips når ett nytt starkt incitament – vinsten – introduceras i den offentliga verksamheten.>><sup>58</sup>

Velferdsutredningens videre kritikk kan oppsummeres slik: Det er vanskelig å måle det man vil måle. Fordi det er vanskelig å måle kvaliteten, ender det ofte med mål som viser til produktiviteten. Det er enklere å måle hvor mange pasienter en lege møter enn kvaliteten på møtet. Risikoen er stor for at det som måles blir gjort, men at det som ikke fanges opp av målingene ikke prioriteres. NPM- modellene fører til ensidig fokus på økonomisk styring og økonomisk resultat, og dette presser ut andre verdier og andre måter å styre virksomheten på. Det finnes dermed en risiko for at aspekter ved virksomhetene som ikke lar seg tolke i økonomiske termer, ikke gis oppmerksomhet. NPM innebærer økt administrativt arbeide og offentlig ansattes mulighet for å utøve sin yrkesrolle selvstendig, har blitt begrenset. Fagprofesjonene opplever mindre tillitt og mindre rom for å påvirke sitt arbeide:

<<Exempelvis framhåller den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården att den ekonomiska styrningen kan påverka patientmötet menligt och innebära en inskränkning av de professionellas autonomi samt att den är ett uttryck för bristande tillit till professionernas förmåga att skapa värde för patienten. När det gäller mängden granskning har det påpekats att granskningarna riskerar att motverka sitt eget mål, att åstadkomma en effektivare verksamhet, genom den tid och de kostnader som granskningen medför. I en SNS-rapport<sup>59</sup> anges exempelvis kostnader för tillsyn och kontroll som en av förklaringarna till varför privatiseringar och konkurrensutsättning inte har gett något tydligt resultat i form av effektivitets- och kvalitetsförbättringar. Den omfattande granskningen har också, enligt forskningen, lett till att offentliga verksamheter allt tydligare utformas så att de blir granskningsbara. Det innebär bl.a. fler interna granskningar, ökad dokumentation och ett omfattande arbete med att ta fram indikatorer och resultatmått.>><sup>60</sup>

Erfaringene knyttet til lite faglig handlingsrom har sin klare parallell i det som kommer til uttrykk i det norske Medbestemmelsesbarometeret som er utviklet av OsloMet. De ansatte i sykehusene er blant de som scorer lavest både i privat og offentlig sektor på følelse av medbestemmelse på arbeidsplassen.

## All kvalitet kan ikke måles

Et av hovedpoengene i den svenske velferdsutredningen er at kvalitetsmåling av velferdstjenester er svært komplisert. De ulike prinsippene for kvalitetsmåling kan kun gi en indikasjon på god kvalitet, men aldri det totale svaret på hvordan

---

<sup>58</sup> SOU 2017:38 s. 34 og s.38

<sup>59</sup> Studieförbundet Näringsliv och Samhälle

<sup>60</sup> SOU 2017:38 s. 37-38

kvaliteten i virksomheten er. Dette er veldig viktig også i norsk sammenheng. For eksempel tar NHO til orde for at alle institusjoner som driver med omsorg i Norge skal fingranskes med tanke på kvalitet for pasienter og pårørende.<sup>61</sup> Civita fremmer dette i sitt notat om brukervalg i Granavolden- plattformen: «Aller viktigst er det at man, helst i god tid før reformen, definerer et sett med velfunderte kvalitetsindikatorer som man kan følge over lengre tid, og som kan si noe vesentlig om utviklingen i den eller de sektorene det gjelder.»<sup>62</sup> Men vil dette gi oss svar på det vi vil vite og lar det seg gjennomføre uten at det truer andre viktige verdier i helse- og omsorgstjenestene? Svaret er nei.

### Målinger overser mye som er viktig for kvaliteten

Det er vanskelig å definere alle aspekter av kvalitet i velferden. Dette er enklere i tjenester der det viktigste er *hva* som gjøres og ikke *hvordan* det gjøres, ifgl. velferdsutredningen. Mål- og resultatstyring passer best for tjenester som er enkle å avgrense, enkle å spesifisere og å måle og som ikke krever spesielle investeringer. For velferdstjenester er det komplisert å skrive kontrakter som opprettholder og utvikler kvaliteten. Velferdstjenester er vanskelig å måle fordi det er vanskelig å ha riktig inngangsverdi, det gjelder for eksempel å korrigere for sosioøkonomiske eller andre forhold. Langsiktige og overordnede perspektiver er vanskelig å måle, men de er viktige for kvalitet i velferdstjenestene. Det er derfor alvorlig at en med rigide målstyringssystemer risikerer at dette blir nedprioritert. Kvalitet er også en egenskap ved en velferdstjeneste som er i konstant bevegelse. Det er ikke som godkjenning av et bygg ved ferdigstillelse.

### Målinger fører til risiko for at det som måles er det som blir gjort

Legene i Sverige har pekt på at det innenfor hälso- och sjukvården mangler mål for pasienters selvbestemmelse, kontinuitet, kommunikasjon, delaktighet, ansvar, trygghet og tillitt, pasientmøtet, samråd og samordning. Disse kvalitetene risikerer dermed å bli usynlige eller erstattes med kun brukerundersøkelser, ifølge velferdsutredningen. Fra før vet vi at forebygging og rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene er vanskelig å spesifisere i målesystemer, f. eks diagnosekoder, men de er likevel avgjørende for kvaliteten. Helseutgiftene er økende og en helsetjeneste som først og fremst reparerer er dyr. Det er lite trolig at det vil kunne utvikles presise kvalitetsindikatorer for de målene legene mener ikke fanges opp i dag. Om befolkning og folkevalgte mener at forebygging, rehabilitering, samhandling og gode pasientmøter skal prioriteres, så må det utvikles nye tillitsbaserte systemer og faglige rammer som gjør det mulig.

---

<sup>61</sup> NRK 20.03.19 NHO krev granskingar av kvaliteten på all omsorg i Noreg

<sup>62</sup> Civita-notat nr.11 2019

### Resultatet avhenger av mange aktører

Mange av resultatene i velferdstjenestene avhenger av mange ulike aktørers innsats, «it takes a village». Det er umulig å måle om resultater i en videregående skole startet i barnehagen, eller gjøre en presis vekting mellom en lokal helsestasjons gode resultat på barnehelse og bygdas aktive idrettsliv. Få lårhalsbrudd i en hjemmetjeneste kan både skyldes tjenestens gode fallforebyggende tiltak og teknisk sektors gode strøarbeid på vinterstid.

### Bruker- og pasientundersøkelser gir begrensede svar

**«Alla individer har inte samma förutsättningar eller samma vilja att aktivt vara delaktig i den egna välfärden.»<sup>63</sup>**

Måling av personaltetthet, personalets utdanning, arbeidsmiljø og samhandling kan si noe om virksomheten, men ikke hvilken kvalitet de strukturelle forutsetningene resulterer i for brukeren. Derfor kompletteres ofte slik strukturell informasjon med brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser kan være nyttige som en lokal tilbakemelding til tjenestene for lokale forbedringer, men bør ikke brukes som konkurransegrunnlag, og de bør ses i sammenheng med andre vurderinger. De har også begrenset statistisk verdi. Bruker – og pasientundersøkelser må håndteres med forståelse av at brukere og pasienter ikke alltid er velinformerte eller i stand til å vurdere tjenesten. Mange har for eksempel vanskelig med å vurdere om hjelpen de fikk var den beste blant mulige alternativer eller om de burde fått en hjelp, som de ikke vet at finnes. Slike undersøkelser spør altså ofte respondentene om ting de egentlig ikke har forutsetninger for å svare på. Det kan være kvaliteten i en pasientbehandling, barnas hverdag i barnehagen eller vurdering av en skole.

I Socialstyrelsens undersøkelse av eldre i *särskilt boende* (omsorgsbolig/hjemmeboende med hjemmetjeneste) sin oppfatning av tjenestetilbudet i 2015 var svarfrekvensen 55% og ca 2/3 av svarene var levert av noen andre enn brukeren.<sup>64</sup> Det kan skyldes at mange mottakere av hjemmetjenester er eldre, syke og/eller har demenssykdom. Velferdsutredningen oppgir at «takknemlighetsfaktoren» kan påvirke pasient- og brukerundersøkelser, særlig når det gjelder eldre. Tjenestemottakere kan føle lojalitet, ikke ønske å være til bry og kvie seg for å gi lave score. Ofte er det også en nær relasjon mellom tjenestemottaker og tjenestegiver. Både behov, helsetilstand og sosioøkonomiske forhold påvirker hvor fornøyd folk er, uten at dette kan direkte kobles til tjenesten som gis. Eldre som oppfatter sin helse som svak er for eksempel også mindre fornøyd. I tjenester som innebærer tvang og myndighetsutøvelse, vil dette selvsagt påvirke oppfatningen av tjenesten. Det er også alltid en fare for at brukerundersøkelser gir flertallet stor synlighet, mens mindretallet blir trengt tilbake. Velferdstjenestene skal likevel være for alle.

<sup>63</sup> SOU 2017:38 s 147

<sup>64</sup> SOU 2017:38 s141

Ekstra tydelig blir dette i eldreomsorgen. Dersom mange av de mest sårbare ikke svarer, vil svarene til de brukerne som er mest kompetente til å delta i brukerundersøkelser kunne tillegges størst vekt.

Forventninger påvirker hvor fornøyd vi er med tjenestene. Kanskje vil det gi høyere score å gi en sykemelding som sett fra et faglig ståsted er unødvendig, eller gi en karakter høyere enn det strengt tatt er grunnlag for. I frie brukervalgssystemer kan det å svare godt på brukernes forventninger uten at det har belegg i den faktiske kvaliteten utgjøre et konkurransefortrinn, for eksempel har man innenfor det svenske friskolesystemet dokumentert karakterinflasjon. Høye karakterer gir søkere til skolene.

## Kvalitetsutvikling og mål om fortjeneste - er vanskelig å forene

### Nye kvalitetsindikatorer eller målinger kan ikke erstatte profittbegrensning.

**"Det är enligt utredningens mening inte möjligt att ersätta en vinstbegränsning med utökade kvalitetskrav."**

Under overskriften «Vinstbegränsning är viktigt ur kvalitetsynvinkel.» står det i velferdsutredningen om kvalitet: «Det är enligt utredningens mening inte möjligt att ersätta en vinstbegränsning med utökade kvalitetskrav. Sådana krav riskerar att bli allt för detaljerade och medför en stor administrativ börda på professionen. Genom införande av vinstbegränsning finns förutsättningar för en mer tillitsbaserad styrning eftersom man då vet att pengarna används i verksamheten. En vinstreglering kan också i sig bidra till en bättre kvalitet genom att mer resurser finns tillgängliga för en bättre vård, skola och omsorg.»<sup>65</sup>

### Mindre detaljkontroll kan bidra til økt effektivitet.

God faglig basert kvalitetsutvikling står ofte i et direkte motsetningsforhold til kontrollsystemer som må rigges der målet er økonomisk fortjeneste. Ifølge utredningen kan standardisering gi lavere kvalitet på velferdstjenestene: «I slutänden kan standardiserade mått leda till kvalitetsförsämringar genom att de innebär en formalisering av omsorgstjänsterna i strid mot den individanpassning som ska känneteckna en god omsorg.»<sup>66</sup>

### Markeder understøtter ikke velferdstjenestenes formål

**«En profittorientert aktør har insentiver til å ha høy målbar kvalitet, men få insentiver til å bruke ressurser på å ha høy usynlig kvalitet.»**

<sup>65</sup> SOU 2017:38 s14

<sup>66</sup> SOU 2017:38 s. 139



Nærhet til tjenestene er viktig for innbyggerne. Både svenske og norske erfaringer er at dette er særlig viktig i helse- og omsorgstjenestene. Velferdsutredningen peker på det flere andre, også norske studier gjør: det er ikke mulig å skape fungerende markeder i velferdstjenestene.<sup>67</sup> Det er et begrenset antall tilbydere (valg påvirkes også av avstand og ønske om kontinuitet) og *en* kjøper. Det er betydelig risiko for at oppdragsgiver, altså befolkningen, «får kravspesifikasjonen» og ikke mer. Det som kan spesifiseres av kvalitetskrav og som kan kontrolleres i etterkant er langt færre enn de kravene vi stiller til en god velferdstjeneste. Et eksempel er personer i livets siste fase, palliasjon, og personer med demenssykdom der relasjonen til helsepersonellet kan være selve velferdstjenesten.<sup>68</sup> Slike relasjoner oppstår selvsagt i møter mellom mennesker og lar seg vanskelig spesifisere i en kontrakt på forhånd, måle underveis eller evaluere på en måte som gir data som kan brukes til spesifisering, prising og konkurransegrunnlag i etterkant. Selve profittmotivet er i seg selv i mange tilfeller et direkte hinder for kvalitet. Institutt for samfunnsforskning beskriver dette slik: «En profittorientert aktør har incentiver til å ha høy målbar kvalitet, men få incentiver til å bruke ressurser på å ha høy usynlig kvalitet. Ideelle aktører kan ha incentiver for at begge formene for kvalitet skal være høy.»<sup>69</sup>

## Begrensning i kvalitetskrav til private utførere

### Myndighetsansvaret gjelder også ved privatisering

I Sverige og Norge er kommuner og fylker/ landsting ansvarlige myndigheter, som skal kontrollere og følge opp, helse- og omsorgstjenestene. I Sverige kalt «huvudmän». Dette gjelder også når tjenesten utføres av private.

Det er likevel gråsoner der myndighetsansvaret kan være vanskelig å plassere. For eksempel vil kommunen i Sverige fortsatt være ansvarlig for hele virksomheten om de anbudsutsetter et sykehjem, men kjøper de enkelt plasser er de bare ansvarlige for disse plassene. Problemstillingen har også paralleller i Norge. Heldøgns omsorgstilbud for mennesker med psykiske lidelser eller for barn og ungdom i barnevernet drives for eksempel flere steder i landet av kommersielle selskap og flere kommuner kjøper plasser i slike boliger. Ofte er avstanden mellom bostedskommunen og kommunen der boligen er plassert stor. Det er vanskelig for befolkningen og andre å forstå hvem som har det overordnede ansvaret i slike institusjoner og hvem som tar ansvar for helheten.

---

<sup>67</sup> Se. For eksempel Sivesind, 2017

<sup>68</sup> SOU 2017:38 s. 135

<sup>69</sup> Dalby Trætteberg og Sivesind 2015, s. 24

## Begrenset offentlig innsyn i private utføreres virksomhet

I privat virksomhet i Sverige gjelder ikke offentlighetsprinsippet som kommuner og landsting er underlagt, heller ikke ansattes meddelelsesfrihet som i offentlig virksomhet kun er begrenset av taushetsplikten.<sup>70</sup> I SOU 2016:62 Ökad insyn i välfärden ble det foreslått å innføre offentlighetsprinsippet i offentlig finansiert privat utført velferdsvirksomhet i Sverige.<sup>71</sup>

Når kommunene i Norge driver velferd i egen regi er de forpliktet av forvaltningsloven, offentlighetsloven og arkivloven. Disse lovene gjelder ikke for kommersielle selskap som driver tjenester på vegne av det offentlige. Forvaltningsloven regulerer likebehandling, habilitet og at offentlig ansatte skal handle til innbyggernes fordel. Offentlighetsloven regulerer rett til innsyn i sakspapirer, kommunikasjon og økonomi, så lenge det ikke går ut over personvern. Arkivloven sikre historiske data. Kommersielle aktører som er organiserte som aksjeselskap følger derimot aksjeloven med rett til forretningshemmeligheter. Dette gjelder også når de levere tjenester som er finansiert av fellesskapet. Denne problemstillingen var gjenstand for et forslag om lovendring på Stortinget i 2017. Til dette forslaget skrev NHO i sitt høringsvar: «.....private tjenesteleverandører er ikke underlagt samme krav om å følge forvaltningsloven, offentlighetsloven og arkivloven. Dette er lover som er ment å regulere helt andre forhold enn det offentliges forhold til næringslivet». <sup>72</sup>

I Sverige må forutsetningene for hvordan virksomheten skal drives og hvilken måte tjenestene skal utføres på, fastsettes i dokumentene som inngår i en anbudsavtale eller i kriteriene for å bli godkjent i valgfrihetssystemene. Det gir mindre rom for innovasjon, dvs. kvalitetsutvikling underveis og dynamiske tjenester som endres etter behov, når kvalitetskravene må stilles på forhånd med bakgrunn i den kunnskapen som finnes på avtaletidspunktet. Innkjøpers styring blir indirekte ettersom mål og andre politiske viljesytringer på forhånd må formuleres til krav og vilkår. Den økonomiske erstatningen, prisen, må også fastsettes på forhånd. Selv muligheten for oppfølging og innsyn i virksomheten må reguleres gjennom avtaler.

Konkurransetsetting og privatisering svekker ansvarlige myndigheters mulighet til å utøve myndighetsansvaret. Dette vil gjelde for innkjøp av mange typer tjenester, men er særlig utfordrende i tjenester som er grunnleggende, livsviktige og/eller omfatter sårbare grupper. Fullt offentlig innsyn etter offentlighetslover blir av de kommersielle selskapene oppfattet å true viktige forretningshemmeligheter og dermed svekke deres konkurransekraft. Lite offentlig innsyn er også en effektiv måte å sikre høy profitt i sektorer der loven enten angir forbud, en begrensning eller der offentligheten ikke vil akseptere høye profitter, selv om det er lovlig.

<sup>70</sup> SOU 2017:38s 68

<sup>71</sup> <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/10/sou-201662/>

<sup>72</sup> Dok 8 32S «Om å sikre åpenhet i helse og omsorgsinstitusjoner som utfører tjenester i kommunal regi», Helene Bank FVS Nyhetsbrev mai 2019

«Målbarhet» er et lovkrav

Hvilke krav som kan stilles er begrenset av loven og EU- domstolens praksis. I Concordia- dommen oppga EU- domstolen mer spesifikt de vilkår som krav og kriterier i en offentlig anskaffelse skal oppfylle for å være forenlig med EU- retten. Domstolen anførte at tildelingskriteriene må ha sammenheng med kontraktens formål, være målbare - for ikke å gi den anskaffende myndighet ubegrenset valgfrihet, uttrykkelig angis i kontrakts- forhandlingene eller i annonseringen og være forenlige med grunnleggende prinsipper i unionsretten, spesielt ikke- diskrimineringsprinsippet.<sup>73</sup> Det er verdt å merke seg at «målbarhet» er et krav til likebehandling. Det er ikke vanskelig å forstå at det må være slike betingelser i anbudskonkurranser og i kriterier for godkjenning av hvem som får drive, men det gjør det tydeligere at anbudskonkurranse eller fri etableringsrett i velferdstjenestene ikke er egnet.

## Ideelle presses

**«Likestilling med kommersielle tvinger ideelle leverandører til å tilpasse seg kommersiell drift.»**

Ideelle virksomheter gis best forutsetning for samarbeid med det offentlige gjennom langsiktige avtaler og uten anbudskonkurranse. De ideelle har i utgangspunktet ikke forretningshemmeligheter slik kommersielle virksomheter har. En ideell organisasjon kan når forholdene ligger til rette for det, drive sin virksomhet åpent og utveksle fagkunnskap og erfaringer med andre ideelle virksomheter og det offentlige. Erfaringen fra Norge er imidlertid at dette fortrinnet ved ideelle organisasjoner blir mindre når også de må delta i anbudskonkurranser.<sup>74</sup> Pris blir viktig og «eierskap» til faglig kvalitet blir viktig i konkurransen. Det kan redusere samhandlingen, samarbeid og kunnskapsutvekslingen mellom konkurrenter. Konsekvensen av konkurransepress for ideelle beskrives slik i en norsk studie: «Likestilling med kommersielle tvinger ideelle leverandører til å tilpasse seg kommersiell drift. Erfaringen er at dette kan gå på bekostning av ideelles særtrekk ( ) Ideelle organisasjoners merverdi avhenger av finansiering, styring og regulering».<sup>75</sup>

## Rekruttering og kompetanse er et offentlig ansvar

**«Att skapa förutsättningar för en bättre kompetensförsörjning är ett gemensamt ansvar mellan stat, huvudmän och utförare inom alla**


---

<sup>73</sup> SOU 2017:38s 79-83

<sup>74</sup> Se f.eks: Dalby Trætteberg og Sivesind 2015, <https://www.anbud365.no/lo-krav-ideelle-som-vinner-anbud-ma-ha-offentlige-lonns-og-arbeidsvilkar/>

<sup>75</sup> Dalby Trætteberg og Sivesind 2015

### **välståndens områden. En privat aktör kan emellertid avstå från att bedriva verksamhet i en viss kommun eller ett visst landsting ( )"**

Velferdsutredningen viser til at sosioøkonomisk utsatte områder og spredtbeboede områder i Sverige har særlige utfordringer med å rekruttere fagfolk med rett kompetanse i velferdstjenestene. I Sverige, som i Norge, fører befolkningsutviklingen til økte behov for personell i velferdstjenestene og behovene er ventet å øke. Velferdsutredningen understreker at kommuner og landsting har lovfestet myndighetsansvar for å sikre innbyggerne visse tjenester, som private aktører ikke har: «Att skapa förutsättningar för en bättre kompetensförsörjning är ett gemensamt ansvar mellan stat, huvudmän och utförare inom alla välfärdens områden. En privat aktör kan emellertid avstå från att bedriva verksamhet i en viss kommun eller ett visst landsting om de exempelvis bedömer att det inte går att rekrytera personal med rätt kompetens.» Det er myndighetene som har ansvar for å sikre utdanningene, forskning og utvikling, også når dette ikke er kommersielt lønnsomt.

#### Dårligere arbeidsvilkår og mindre tillit kan gi rekrutteringssvikt

Arbeidsmiljø og arbeidsbetingelser, stillingsprosent, faste stillinger eller midlertidighet, lønn og pensjon, er avgjørende for yrkenes attraktivitet.<sup>76</sup> Erfaringen både fra Sverige og Norge er at kommersielle velferdstjenester øker press på alle disse områdene og presset på effektivitet og konkurransedyktighet legges også på offentlig sektor. På denne måten oppstår fort et «race to the bottom» som gjør velferdsyrkene hardere for de ansatte både når de drives av kommersielle, ideelle og det offentlige. Arbeidsmiljø påvirkes av administrasjonsbyrden, når denne er høy, reduseres fagpersonenes mulighet til å gi kvalitativt god hjelp og omsorg.

Velferdsutredningen peker på sammenhengen mellom innføring av mer tillitsbaserte systemer og framtidig rekruttering til velferdstjenestene. Dette bør være avgjørende i en vurdering av konsekvensene av kommersialisering av velferdstjenestene. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* har dokumentert at rekrutteringsproblemer, lav bemanning og feil kompetanse har gitt redusert kvalitet i de svenske velferdstjenestene.

Det er også fare for at oppsplitting av tjenester i bestiller- utførermodeller fører til mindre interessante arbeidsplasser. Ved stor grad av spesialisering og oppstyking av arbeidet blir det helhetlige faglige arbeidet vanskeligere. Dette gir et kjedeligere arbeid, med mindre utfordringer, myndighet og utviklingsmuligheter. Flere tar høyere utdanning. Misforholdet mellom økt fagkompetanse og redusert ansvar i mange av helse- og omsorgsyrkene, kan på sikt svekke rekrutteringen

---

<sup>76</sup> SOU 2017:38 bla s 156- 158

## 2.4 Profitten i velferdssektoren.

Den største debatten etter den store velferdsutredningen i Sverige har vært debatten om «*vinster i välferden*». Velferdsutredningen dokumenterte stor fortjeneste i den kommersielle velferdssektoren og en rekke måter selskapene tar ut profitt på.<sup>77</sup> Påstanden om at de ansattes vilkår skulle bli bedre, er tilbakevist blant annet i eldreomsorgen, det har blitt motsatt. Det er ikke påvist økt kvalitet og det er ikke dokumentert reduserte kostnader, noen studier peker tvert imot på det motsatte. Det har vært stor vekst i kommersiell skattefinansiert velferd og ingen ideell økning. De kommersielle selskapene blir større og færre, det truer et eventuelt mangfold. Velferdsutredningen foreslo lovendringer og innstramminger som skulle begrense profitten og lette kontrolltiltakene. Velferdsutredningens forslag er begrenset av de mulighetene som fantes politisk og ville ikke alene ført til grunnleggende endringer av svensk velferdssektor. De lapper snarere på systemet, enn endrer det og det er tvilsomt om den byråkratiserte svenske velferdssektoren ville opplevd umiddelbare lettelse som følge av forslagene. De var likevel et sted å starte.

At felleskapets penger, som folk har betalt inn i skatt, ender opp som private formuer har rystet det svenske *folkhemmet*. Og det har tydeliggjort skillelinjer i politikken mellom de som forsvarer «*vinster i välferden*» og de som vil stoppe det. Sosialdemokratene som etter trykk fra blant annet Vänsterpartiet, startet på arbeidet med å begrense profitten i den skattefinansierte velferdssektoren ved å sette ned Reepalu- utredningen, har etter regjeringsdannelsen januar 2019 små muligheter til å få til politisk endring på dette området. For ikke å få et flertall imot regjeringsdannelsen i Riksdagen gikk Sosialdemokratene med på en rekke krav. Centerpartiets leder, som var avgjørende for regjeringsdannelsen, uttalte at Löfven måtte innse at dersom han skulle ha en sjanse til å bli statsminister, så måtte han drive liberal og borgerlig politikk.<sup>78</sup>

### Høy lønnsomhet i kommersielle velferd

**"Utredningen anser att det utgör ett legitimitetsproblem att verksamhet som finansieras av offentliga medel är mer lönsam än annan verksamhet och gör stora övervinster."**

Velferdsutredningen dokumenterte at i Sverige var avkastningen på total kapital i den i all hovedsak offentlig finansierte velferdssektoren 13,4 prosent i 2014, mens tilsvarende tall for tjenestesektoren som helhet var 7,4 prosent. Avkastningen på egenkapital var 27,5 prosent, mens for tjenestesektoren som helhet var tilsvarende tall 14,3 prosent. Velferdsutredningen dokumenterer store «*övervinster*», det betyr at fortjenesten overstiger den kompensasjon som det er rimelig å anta at markedet krever for å investere i selskapet.<sup>79</sup>

<sup>77</sup> Se også Linn Herning, Velferdsprofitørene, Manifest 2015 for utfyllende beskrivelse av hvordan kommersielle velferdsselskap tjener penger i offentlig finansierte velferdstjenester i Norge

<sup>78</sup> Aftenposten 27.11.18

<sup>79</sup> SOU 2016:78 s. 22, Se også De Facto notat 1:2017 Ordning og reda i välfärden for en oppsummering av utredningen.



Det finnes mange former for lønnsomhetsmål. Driftsresultatet for kommersielle velferdsselskap er ikke nødvendigvis så høy, i snitt 5%. Men velferdsutredningen påpeker altså at eierne oppnår god avkastning på det de har investert i kapital. Det er også store forskjeller på selskapene, noen selskaper har svært store fortjenester og dermed høy kapitalavkastning.

Velferdsutredningen oppsummerer slik: ”Utredningen anser at det utgör ett legitimitetsproblem att verksamhet som finansieras av offentliga medel är mer lönsam än annan verksamhet och gör stora övervinster. Utredningen bedömer att det finns betydande risker med att ha aktörer som primärt drivs av vinstintresse inom den offentligt finansierade välfärden. Välfärdstjänsterna är inte vilka tjänster som helst. Deras grundläggande betydelse för medborgarnas liv och hälsa innebär att konsekvenserna vid olika slags misslyckanden kan bli stora. Med aktörer som drivs primärt av vinstsyftet finns större risker för att verksamheter, i syfte att hålla nere kostnaderna, skär ned på sådan kvalitet som är svår att mäta och följa upp, sänker personaltätheten eller utformar sin verksamhet för att dra till sig brukare som är förknippade med låga kostnader. Det finns också indikationer på att vinstsyftande företag har lägre personaltäthet än andra typer av utförare och att konkurrensen och/eller den ökande andelen privat regi inom skolväsendet och inom hälso- och sjukvården haft segregrande effekter eller bidragit till segregation. ( )”<sup>80</sup>

### Markedet fungerer ikke

”Utredningen bedömer att det förhållandet att entydiga effekter på effektivitet och kvalitet inte kunnat påvisas beror på att den med offentliga medel finansierade välfärden har särskilda egenskaper som gör att den inte fungerar som ”vanliga” marknader där ”kunden” eller brukaren själv står för finansieringen utan är att betrakta som en s.k. kvasimarknad. De marknadsmekanismer som på vanliga marknader kan leda till ökad effektivitet fungerar inte på samma sätt på dessa marknader. Välfärdsmarknadernas effektivitet motverkas bl.a. av problemen med att definiera och mäta kvalitet, av att brukarna och beställarna ofta har svårt att göra informerade val och av det stora behovet av kontroll och tillsyn.”<sup>81</sup>

### De største aktørene innen omsorg<sup>82</sup>

De kommersielle selskapene har vokst særlig raskt i omsorg. I 2016 hadde økningen på fem år vært på 27 prosent, de ideelle hadde ingen vekst i samme periode. Det offentlige omsorgsmarkedet (offentlige innkjøp) ble beregnet å utgjøre 41 milliarder i 2016 (svenske landsting og kommuner bruker tallet 45 mrd). På det offentlige markedet for pleie og omsorg finnes det omlag 12 500 private selskap, men 7 store konsern dominerer. Disse har milliardomsetning hvert år og står for omtrent halvparten av markedet.

---

<sup>80</sup> SOU 2016:78 S 22-24

<sup>81</sup> Sic

<sup>82</sup> Hentet fra Dagens Sämhelle, Offentliga marknaden 2017, Osmorg

Tabell er publisert i 2017 og gjelder for 2016:

	Företag	Värde, Mkr	Tillväxt 1 år
1	Attendo	5 481	7%
2	Humana	5 438	4%
3	Ambea	5 020	24%
4	Frösunda	2 997	4%
5	Olivia	2 829	0%
6	Aleris	1 533	12%
7	Förenade Care	1 330	3%
8	Brukarkooperativet JAG	895	-3%
9	Jokarjo	818	115%
10	Bräcke Diakoni	741	13%
11	Norlandia Care	459	20%
12	Värdig Omsorg (Temabo)	432	8%
13	Särnmark	416	11%
14	Stiftelsen Stora Sköndal	395	6%
15	HSB Omsorg	377	-2%
16	Alminia Personlig Assistans	340	2%
17	Kavat Vård	269	10%
18	Omsorgshuset	215	1%
19	VH Assistans	190	-5%
20	Vivida Assistans	189	1%

Tidligere var de fleste storkonsernene eid av *riskapitalbolag*. Slik er det ikke lengre. Storselskapene Attendo, Humana og Ambea (Vardaga/Nytida) er nå børsnotert. Aleris er eid av Wallenberg-familiens selskap Investor, som er børsnotert. Förenade Care er et dansk familieselskap. Bare Tema Olivia og Frösunda var i 2017 fortsatt eid av riskapitalbolag/ oppkjøpsfond. Nesten alle de store selskapene driver innenfor alle tre omsorgsområdene: eldreomsorg, funksjonsnedsettelse og ungdoms og rusomsorg. Noen driver også spesialisthelsetjenester. Flertallet eksporterer sine tjenester, fremfor alt til de øvrige nordiske landene. Humana har vokst raskt ved oppkjøp av andre selskap, i 2015 og 2016 kjøpte de 9 selskap. (Humana har raskt kjøpt seg opp også i det

norske barnevernsmarkedet). Humana har startet å åpne *särskilda boende* som de selv driver. Det er en klar trend i Sverige at private selskap bygger egne institusjoner og i 2016 stod kommersielle selskap for byggingen av 36 prosent av alle nybygde sykehjemsplasser.

Den største nybyggeren er Attendo, se tall under «profitt i eldreomsorgen».

Det tredje største selskapet, Ambea (eiere også av tidligere norske Aleris omsorg, nå Stendi), driver eldreomsorg, *boende* og virksomhet for personer med funksjonsnedsettelse, hvb-hjem og rusomsorg. Ambea eier Vardaga, Nytida og bemanningsforetaget Rent-A-Doctor, Rent-A-Nurse og Care Team. De har også startet Rent-A-Socionom.

På listen over topp 20 er det to assistentselskap. Kostnadene for assistent og personlig assistanse har økt kraftig i Sverige. Ifølge Dagens Sämhelle hadde regjeringen bestilt en egen utredning om dette som var ventet i oktober 2018.

## Profitt i eldreomsorgen

I eldreomsorgen i Sverige dominerer et fåtall store aktører. I 2017 hadde to selskap halvparten av äldreboende markedet: Attendo har 19 000 ansatte i Norden og omsetning på 9 milliarder. Ambea har nesten like stor omsetning og går i Sverige nå under navnet Vardaga- tidligere Carema. De to største aktørene i Sverige (Attendo og Ambea) er store og ekspanderende også i Finland. I januar 2019 ble Ambeas oppkjøp av Aleris omsorg i Norge godkjent av konkurransemyndighetene i Norge, Sverige og Danmark. Med oppkjøpet ble Aleris sin gjeld i Norge redusert med 2,6 milliarder. Aleris omsorg går nå under navnet Stendi og kontrollerer 25% av privat omsorg i Norge.

I økende grad velger de store selskapene å bygge og eie sine äldreboende (sykehjem), istedenfor å legge inn anbud på kommunalt eide sykehjem som anbudsutsettes. I Sverige eide Attendo i 2017 en tredjedel av de cirka 100 sykehjemmene som de driver. I Finland og Sverige til sammen hadde selskapet under bygging 1700 plasser i hjem for eldre og funksjonshemmede. Utbyggingstakten var størst i Finland.<sup>83</sup>

I regjeringsplattformen fra Granavolden skriver den norske regjeringen at den vil: «Styrke både kommunal og privat utbygging av trygghetsboliger, sykehjemsplasser, hospice, demenslandsbyer og private bofellesskap.» Dette vil i så fall innebære en endring av vanlig praksis i Norge, der kommunene i all hovedsak selv har eid sykehjemmene, også når driften har vært anbudsutsatt. Dersom kommunene lar kommersielle selskap eie institusjonene vil kommunenes kontroll over sektoren reduseres ytterligere. Norge risikerer da å få samme forhold i eldreomsorgen som en har fått i den private barnehagesektoren der mye av verdiene de kommersielle selskapene har bygd

---

<sup>83</sup> Szehebly, Ikaros 1.17

opp ligger i eiendom.<sup>84</sup> Når kommunene ikke lengre eier infrastrukturen for velferdstjenestene kan de miste muligheten til å planlegge sitt tilbud og ta geografiske og andre hensyn på vegne av innbyggerne. Dette er erfaringen fra flere norske kommuner i barnehagesektoren.

## Skandalene i kommersiell velferd

Denne rapporten vil ikke yte skandalene i kommersiell velferd «rettferdighet». Det er i årenes løp skjedd mange skandaler i nordisk kommersiell velferd som har gått ut over brukerne av tjenestene, de ansatte og/eller offentlige midler. Skandalene vil ikke gjennomgås her, men noen sider ved dem og noen eksempler nevnes.

### Det er forskjell på skandalene i offentlig og kommersiell virksomhet

Når feil og lovbrudd skjer i kommersiell omsorg finnes det alltid en tvil om eiernes profittmotiv er medvirkende årsak. For eksempel var Arbeidstilsynets konklusjon etter at en jente i barnevernets omsorg ved institusjonen Små Enheter i Asker i 2014 drepte en ansatt at det: «ikke var samsvar mellom bemanningsressurser og risikobildet knyttet til vold og trusler på hendelsestidspunktet». En tidligere ansatt pekte på at «finansieringen av et strengere sikkerhetsregime måtte ha kommet fra eiernes egne lommer, heller enn fra en offentlig bevilgning, slik det ville ha gjort om det var en offentlig eid institusjon.»<sup>85</sup> Vollen- drapet hadde et svært tragisk utfall og er et alvorlig eksempel, men det viser at i det kommersielle driver vil det alltid finnes en tvil om det er faglige hensyn eller profittmotivet som er styrende i valgene som gjøres i virksomheten.

Slik er det ikke i kommunal eller ideell drift. Feil, lovbrudd eller dårlige arbeidsvilkår begås også her, men mål om privat fortjeneste til eierne er ikke årsaken. En kommune kan spare penger og prioritere til andre formål ved å kutte i tjenestetilbud og dette kan gå utover tjenesten. Risikoen vil da normalt reduseres ved økte bevilgninger eller bedre organisering. I kommersielle virksomheter ligger det innebygd i selve formålet at en skal forsøke å oppnå fortjeneste. Derfor har for eksempel Telemarksforskning dokumentert at når kommunene øker tilskuddet til barnehagene, så øker også kjedebarnhagenes overskudd.<sup>86</sup>

### Skandalene er ikke enkeltteksempler/aneddoter, men en bevisrekke for systemsvikt

Skandalene blir ofte forklart som enkeltteksempler, men det er et faktum at velferdstjenester er arbeidsintensive tjenester. Det er også et faktum at hvor

---

<sup>84</sup> BDO, Rapport, Markedssvikt, lønnsomhet og gevinstrealisering i barnehagesektoren, 7. mai 2018

<sup>85</sup> Dagsavisen 29.10.15

<sup>86</sup> Økonomiske resultater i private barnehager Hvilken betydning har tilskuddsmodellen? Trond Erik Lunder TF-notat nr. 18/2018

mange som er på jobb, hva slags fagkunnskap disse har og at det er kontinuitet i personalet har mye å si for kvaliteten i tjenestene. I en arbeidsintensiv tjeneste er det få andre steder å spare inn for å øke fortjenesten, enn på personalkostnadene. Svekking av kompetanse/ansiennitet/utdanningsnivå, bemanningstetthet, lønner, pensjoner, arbeidsvilkår og arbeidstider er mulige virkemiddel for å øke eierprofitten, mens det å øke kvaliteten i tjenesten oftest oppnås ved å gjøre det stikk motsatte. Dette er et grunnleggende dilemma i kommersiell velferd.

Dette dilemmaet er også en av begrunnelsene for at Stortinget stadig oftere tyr til bemanningsnormer. De kommersielle selskaperes formål er først og fremst å tjene penger. Det vil derfor alltid ligge en risiko for å presse driften når disse driver velferdstjenester. Velferds-utredningen konkluderer med at de arbeidsintensive velferdstjenestene, som eldreomsorg, skole, barnevern, er vanskelig å målstyre og standardisere. Det er egentlig enkelt å forstå at det ikke er mulig å sette fastpris på møter mellom mennesker. Det oppstår et vedvarende misforhold eller en vedvarende systemsvikt, når velferdstjenestene blir stående i spennet mellom kommersielle selskapers profittmotiv og særtrekkene som gjør nettopp disse tjenestene uegnet for markedsstyring.

#### Aleris-rettsaken eksempel på systemsvikten

I Aleris - rettsaken i Norge dreier søksmålet seg om de 26 saksøkerne fra Fagforbundet skulle vært ansatt og ikke tilknyttet selskapet som selvstendig næringsdrivende konsulenter. Som oppdragstaker/konsulent blir man ikke omfattet av arbeidsmiljøloven. Fagforbundet mener at selskapet har hatt store økonomiske fordeler av å behandle medarbeiderne som selvstendig næringsdrivende «konsulenter» og ikke ansatte. Selskapet har spart utgifter til overtid, sykkelønn og pensjon for medarbeiderne, samtidig som de har unnlatt å betale arbeidsgiveravgift til det offentlige. I søksmålet ligger krav om etterbetaling på opp mot halvannen million kroner per person. Fagforbundet mener å ha avdekket rovdrift på medarbeiderne. Det har vært vanlig med arbeidsuker på 70-120 timer og vakter på 14 timer. I mange tilfeller har arbeidstakerne vært flere døgn i strekk på arbeid uten mulighet for hvile, slik loven krever. Forbundet mener at arbeidsbelastningen har vært så stor at det kan ha rammet de sårbare brukergruppene. I tillegg til dette er det avdekket en rekke forhold som forbundet mener er lovstridige. I kontroll av Oslo kommunes kontrakter med Stendi 26.03.2019 ble flere av funnene fra søksmålet bekreftet:

Oslo kommune har seks ramme- og konsesjonsavtaler, én avtale om drift av en Omsorg+ bolig og 46 enkeltkontrakter. Total årlig kontraktsverdi for Oslo kommunes kontrakter med Stendi er omtrent 450 millioner kroner. Det er kontrollert totalt 214 arbeidstakere og 66 selvstendig næringsdrivende. Stendi benyttet selvstendig næringsdrivende i 17 av de kontrollerte boligene. I to av boligene var arbeidstiden innenfor medleverforskriftens grenser. I de øvrige boligene oversteg arbeidstiden grensene. I 12 av boligene var det 223 tilfeller hvor selvstendig næringsdrivende hadde arbeidet mer enn 24 timer uten dokumentert hvile. Videre ble det i ni av boligene registrert 151 tilfeller hvor de hadde arbeidet mer enn 36 timer uten dokumentert hvile. Endelig ble det i syv



boliger registrert 43 tilfeller hvor selvstendig næringsdrivende hadde arbeidet mer enn 48 timer uten dokumentert hvile. Kontrollen viser at arbeidsmengden for de selvstendig næringsdrivende varierer mellom boligene. I noen boliger er det bare registrert enkeltstående tilfeller av alvorlige avvik fra medleverforskriften, mens det i andre boliger fremstår som at avvik skjer regelmessig. De høyeste timeantallene for sammenhengende arbeidstid uten dokumentert hvile som er registrert, er på 92 og 96 timer. Prosjektgrupper anser det som usannsynlig at de aktuelle selvstendig næringsdrivende ikke har sovet noe i løpet av arbeidsperioden, men gruppen har ikke mottatt dokumentasjon på om de har hvilt og eventuelt hvor mye. I kontrollen er det avdekket flere tilfeller hvor selvstendig næringsdrivende har arbeidet 70 timer eller mer i gjennomsnitt i uken. Den høyeste gjennomsnittlige ukentlige arbeidstiden var 108,67 timer. Prosjektgruppen mener det er klart uforsvarlig å arbeide mer enn 24 timer uten hvile. Funnene må derfor karakteriseres som alvorlige.<sup>87</sup>

### Tette bånd mellom NHO og selskapene, også de som tas i fusk

Adecco-skandalen 2011 avslørte rovdrift på ansatte, og sjefen måtte trekke seg fra alle verv han hadde i NHO. I 2015 var Attendo hjemmetjeneste i hardt vær for ulovlig overtid og høyt arbeidspress. Attendos markeds- og kommunikasjonssjef Geir Hansen sitter i bransjestyre for Helse og velferd i NHO Service. Der satt også Nils Paulsen, eier av Orange Helse, som mistet kontrakter etter alvorlige brudd på Arbeidsmiljøloven. Styremedlem i NHO Service, Arve Lund, representerer Boenheten AS. I 2010 stod følgende på Boenheten AS` hjemmeside: «Ingen av miljøarbeiderne i Boenheten er fast ansatte, alle er selvstendig næringsdrivende gjennom sitt enkeltmannsforetak.» Da Aleris-saken sprakk i 2018, der selskapet har unndratt seg arbeidsgiveransvar ved å kalle ordinært omsorgsarbeid for selvstendig næringsdrivende konsulentvirksomhet, svarte direktør Kaltenborn i NHO Service likevel at dette var et enkelttilfelle. Aleris sitter fortsatt i styret under nytt navn Stendi.

### Sverige: «Slavliknande villkor på stort hemtjänstföretag»

Overskriften sto å lese på *Kommunalarbetaren* sin nettside 5. mars 2019. Enklare Vardag er det syvende største hjemmetjenesteselskapet i Sverige. De har i følge nevnte oppslag avtale med syv kommuner i Stockholmsområdet og hadde 202 kunder. Saken er rullet opp av mediene Kommunalarbetaren og Arbetet, de har avdekket timelønner på 54 kroner, svarte lønninger, ubetalt reisetid mellom hjem, ikke ferie og fratrukk i lønna om en jobbet under 200 timer. Flere har jobbet 250 timer og det rapporteres om triksing med innrapportering, samme person arbeider under flere navn for å unngå regler i kommunen. Ansatte forteller om at brukere som har overdrevet sitt hjelpebehov ovenfor kommunene har fått betalt av selskapet, som eksempel nevnes at en bruker med vedtak på 40 timer i virkeligheten har krevd langt færre timer. Selskapet har søkt om arbeidstillatelse for mange av sine ansatte og de forteller om trusler om å bli sendt ut av Sverige igjen om de ikke godtar de harde arbeidsvilkårene. På

---

<sup>87</sup> Kontroll av lønns- og arbeidsvilkår i Oslo kommunes kontrakter med Stendi Dato: 26.3.2019

skjult opptak tilbyr direktøren bonuser til personal som tar kunder fra andre selskap. Direktøren har tjent 20 millioner de siste åtte årene.

*Finland: I finsk privat omsorgsbransje er det avdekket «spøkelsesarbeidere» for å skjule underbemanning*

Overskriften sto å lese i Fagbladet 12. mars 2019. Selskapene Esperi Care og Attendo ble beskyldt for alvorlige feil og mangler, og triksing med turnuslister. Fagbladet skriver at i Helsingfors stengte ifølge svenske YLE – Esperi Care et pleiehjem for unge med nedsatt funksjonsevne, etter at det kom fram at de hadde løyet om antallet pleiere. I Kristinestad overtok byen ansvaret for selskapets pleiehjem Ulrika, på grunn av alvorlige brister ved driften. Ifølge rapportene i finske medier skyldes problemene først og fremst personalmangel. En undersøkelse utført av det finske allmennkringkasteren YLE viser at underbemanning også er et stort problem hos omsorgsgiganten Attendo. Fra 2016 til 2018 var det ifølge YLE 16 tilsynssaker der myndighetene krevde tiltak mot mangler som ble oppdaget i institusjoner rundt i hele landet. Det handler blant annet om dårlig hygiene, feilmedisinering og utilstrekkelig ivaretagelse av beboernes behov.

Selskapene skal ifølge finske medier ha skjult underbemanningen og omgått kravet til arbeidsstyrke gjennom å fylle opp vaktlister med fiktive personer. I tilfelle inspeksjon ville det da se ut som det alltid var to på jobb, men i virkeligheten dukket den ene aldri opp. Ifølge Inge-May Juslenius i fagforbundet Tehy, som organiserer ansatte i sosial- og helseomsorgen, er slike «spøkelsesarbeidere» et urovekkende vanlig fenomen i omsorgsbransjen i Finland. Da Super, et annet forbund i helsesektoren i Finland, i fjor høst kjørte kampanjen «Rapporterera spökvårdaren», kom det inn hundrevis av anmeldelser til forbundet. Tilsynsinstitusjonen for omsorgssektoren, Valvira, sier til YLE at de har støtt på adskillige tilfeller der administrativt ansatte er omtalt som pleiepersonell. Denne typen listeføring har inspektøren bare sett innenfor privat sektor. Derimot forekommer det i offentlig sektor at pleiepersonale også utfører andre oppgaver enn pleie og omsorg. Skandalen i Finland førte til at direktør i Esperi Care, gikk av og uttalte igjen ifølge Fagbladet: – Det sentrale i min jobb har vært tilvekst og lønnsomhet, og personalspørsmål har fått for liten oppmerksomhet. Nå lider hele foretaket og dets ansatte av det. ( )

## Avslutning

Per Albin Hansson holdt sin berømte tale om *Folkhemmet* i den svenske Riksdagen 18. januar 1928.

I talen sa sosialdemokratenes partileder og senere statsminister Hansson at samfunnet, staten, kommunen ofte ble omtalt som et felles hjem- *folkehjemmet*, *medborgarhemmet*. Talen handlet om hva han mente måtte på plass for at dette *folkhemmet* skulle preges av fellesskap og samhold. Hansson sa blant annet:

*Hemmets grundval är gemensamheten och samkänslan. Det goda hemmet känner icke till några privilegierade eller tillbakasatta, inga kelgrisar och inga styvbarn. Där ser icke den ene ner på den andre. Där försöker ingen skaffas sig fördel på andras bekostnad, den starke trycker icke ner och plundrar den svage, I det goda hemmet råder likhet, omtanke, samarbete, hjälpsamhet. Tillämpat på det stora folk- och medborgarhemmet skulle detta betyda nedbrytandet av alla sociala och ekonomiska skrankor, som nu skilja medborgarna i privilegierade och tillbakasatta, i härskande och beroende, plundrare och plundrade ( ) Skall det svenska samhället bli det goda medborgarhemmet måste klasskillnaden avlägsnas, den sociala omsorgen utvecklas, en ekonomisk utjämning ske, de arbetande beredas andel även i det ekonomiska förvaltandet, demokratin genomförs och tillämpas även socialt och ekonomiskt. ( ) Den känsla av trygghet till existensen, som förvissningen om bistånd vid arbetslöshet, sjukdom och annan olycka samt på ålderdomen skänker, gör den enskilde mer medveten om sitt medborgarskap. Den alstrar också den samhörighet med det allmänna, den hemkänsla som är kännetecknande för en god demokrati.*

Hanssons tale var en tidlig versjon av det som skulle bli den svenske velferdsstaten og den nordiske modellen utover 1900-tallet. De nordiske velferdsstatene ble bygd på skillet mellom forretning og forvaltning, en blandingsøkonomi. Offentlig sektor skulle ivareta fellesskapet og sørge for de tjenestene som markedet ikke leverte. Disse tjenestene betalte befolkningen for gjennom skatt. Målet med tjenestene var innbyggernes velferd, ikke profitt. Forretningsdrift tilhørte næringslivet. De politiske rammebetingelsene for næringslivet la betingelser for at privat kapital kunne føre til nye arbeidsplasser, innovasjoner og investeringer.

Markedskreftene måtte korrigeres for at rettferdig fordeling skulle bli mulig. Prinsippet var at befolkningen skulle yte etter evne og få ved behov. Velferdsordningene skulle være universelle og små forskjeller mellom folk var uttalt målsetting.

Den nordiske modellen er en raffinert økonomisk modell, som krever kontinuerlig vilje og vedlikehold. Kommersialiseringen av velferdstjenestene forrykker balansen mellom forretning og forvaltning og truer hele velferdsmodellen vår. Demokratiet svekkes til fordel for markedsmakt.

I dag øker forskjellene mellom folk i Norden.

Vi står ved et vippepunkt. Både fagforeninger, folkelige initiativer og politiske partier arbeider for å snu utviklingen. I Norge er det mange eksempler på at det lykkes å ta tjenestene tilbake. Samtidig arbeider sterke krefter for økt kommersialisering og markedsretting. Hvem som vinner denne interessekampen blir avgjørende for vår samfunnsutvikling.

For Velferdsstaten- Kolstadgata 1, 0652 Oslo - aksjon@velferdsstaten.no - [www.velferdsstaten.no](http://www.velferdsstaten.no)

