



NOTAT 2 | 2021 FOR VELFERDSSTATEN

# ENDRINGER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

(GODKJENNINGSMODELL FOR FRITT BRUKERVALG)

Gjennomgang av Prop. 116 L (2020-2021)

Gjennomgang av:  
Prop. 116 L (2020–2021)  
Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenningmodell for fritt brukervalg):

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-116-l-20202021/id2841271/>

Cathrine S. Amundsen, Spesialrådgiver, For velferdsstaten

Lovforslaget behandles i Stortinget 8. juni 2021:

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=84216>

# INNHold

Hovedinnhold i regjeringens lovforslag, s. 5

Sammendrag av For velferdsstatens gjennomgang, s. 6

1. Fritt brukervalg er privatisering – overordnet kommentar til regjeringens lovforslag, s. 7

2. Kommentarer til de ulike delene av lovforslaget, s. 10

2.1 Regjeringen hevder at eldre vil få større valgfrihet til å bestemme innholdet i tjenesten de skal motta. Dette dokumenteres ikke og lovforslaget går kun på valg av leverandør, s. 10

2.2 Regjeringen underkommuniserer de viktigste ulempene med brukervalg i eldreomsorgen, s. 12

2.3 Regjeringen overser helt konsekvenser for ansattes lønns- og arbeidsvilkår, s. 20

2.4 Regjeringen fremmer påstand om at forslaget motvirker en todelt helsetjeneste, men lovforslaget, regjeringserklæringene og erfaringene fra Sverige peker mot det motsatte, s. 22

Konklusjon, s. 22

## Hovedinnholdet i lovforslaget:

Regjeringen har lagt fram lovforslag for Stortinget om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, godkjenningsmodell for fritt brukervalg. I kommunene som innfører brukervalg etter den foreslåtte loven skal de som er innvilget bistand etter helse- og omsorgstjenesteloven selv kunne velge utfører, dersom tjenesten er innlemmet i kommunens brukervalgordning. Kommuner som velger å innføre denne brukervalgmodellen skal sørge for:

- Løpende publisering av tjenester som inngår i godkjenningsmodellen, opplysninger om søknadsprosess, vilkår for godkjenning, kontraktsvilkår og fastsatt kompensasjon for leverandørene.
- Godkjenning av og inngåelse av kontrakt med samtlige søkere som oppfyller vilkårene for godkjenning.
- Informasjon og beslutningsstøtte til pasienter, brukere og pårørende om valg og bytte av leverandør.
- Tilbud i kommunal egenregi for personer som ikke kan eller vil velge.

Kommunen skal sørge for løpende opptak i ordningen, uten søknadsfrister. Kommunen bestemmer selv hvilke tjenester som skal inngå i brukervalget, og har ansvaret for å etablere kontakt mellom tjenestemottaker og leverandør.

- Alle, både fysiske og juridiske personer hver for seg eller sammen med andre leverandører, som oppfyller de på forhånd fastsatte kravene, skal godkjennes.
- Forslaget innebærer fri etableringsrett, med automatisk godkjenning dersom vilkårene er oppfylt.
- Kommunen utformer kravene.

Den økonomiske kompensasjonen skal fremgå av kvalifikasjonsgrunnlaget. Utgangspunktet for fastsettelse av kompensasjonen bør være kommunens egenregivirksomhet. Hvor mange hver enkelt tjenesteutøver vil ha avtale om å bistå, avhenger av hvor mange som velger tjenesteutøveren. Kommunens egne tjenester inngår i denne fordelingen. Det står ikke noe om forutsetning for å avvikle ordningen i lovforslaget. Kommunen kan nekte å gi godkjenning eller tilbakekalle en gitt godkjenning dersom:

- vilkårene for godkjenning ikke er oppfylt.
- leverandøren ikke oppfyller krav i helselovgivningen, en tilsynsmyndighet har avgjort dette, eller leverandøren har gitt uriktige eller tilbakeholdt opplysninger av betydning for vilkårene for godkjenning.
- det fremstår som sannsynlig at leverandøren vil gå konkurs eller ved konkurs.

## Sammendrag av For velferdsstatens gjennomgang

- Målet med lovforslaget er at det skal innføres konkurransesystem i den kommunalt finansierte eldreomsorgen. Loven skal utgjøre et rammeverk som gjør det enklere for kommuner å privatisere kommunale helse- og omsorgstjenester, først og fremst hjemmebaserte tjenester.
- Lovforslaget gjelder alle grupper som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Regjeringen oppgir ikke hvilke grupper brukervalgsordningen *ikke* er egnet for, men fremhever rusomsorgen som spesielt godt egnet.
- Forbildet for regjeringens lovforslag er den svenske Lagen om valfrihet (LOV).<sup>1</sup>
- Regjeringen foreslår et stykkprissystem, der leverandører får betalt etter en fast sats, når en som er innvilget hjelp velger leverandøren til å utføre tjenesten.
- Regjeringen hevder at eldre vil få større valgfrihet til å bestemme innholdet i tjenesten de skal motta. Dette dokumenteres ikke og lovforslaget går kun på valg av leverandør.
- Regjeringen underkommuniserer de viktigste ulempene med brukervalg i eldreomsorgen (erfaringer fra Sverige):<sup>2</sup>
  - Mange tilbydere vanskeliggjør koordinering/samhandling/samarbeid.
  - Forslaget gir byråkrati, som gir økte kostnader og mindre faglig handlingsrom.
  - Det blir vanskeligere å ivareta de mest sårbare.
  - Kvalitetskontroll er vanskelig, og kommunen har fortsatt lovansvaret.
  - Planlegging av beredskap vanskeliggjøres.
  - Overetablering i store markeder kan trekke helsepersonell fra distriktskommuner og fattige bydeler – markedstilpasning.
- Regjeringen overser helt konsekvenser for ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsvilkår, på tross av at et flertall i Stortinget har bedt Regjeringen om å ivareta nettopp dette

---

<sup>1</sup> Lag (2008:962) om valfrihetssystem: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem\\_sfs-2008-962](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962)

<sup>2</sup> Cathrine S. Amundsen: Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>

ved bruk av private.<sup>3</sup> Lønns- og arbeidsvilkår er avgjørende også for kvalitet og stabilitet i tjenestene, i tillegg til at skatteinngang til kommunen er avhengig av at innbyggerne har stabile, gode lønninger.

- Regjeringen foreslår faste satser til leverandør, og hevder dette gir «kvalitetskonkurranse» fremfor «priskonkurranse». Dette er ikke dokumentert. I en arbeidsintensiv tjeneste kan dette fort bli en konkurranse om å kutte personalkostnader for å oppnå fortjeneste, for profittsøkende aktører. Erfaringen fra Sverige er at dette rammer hele eldreomsorgen, også den det offentlige driver selv, i en nedadgående spiral.<sup>4</sup>
- Regjeringen fremmer påstand om at forslaget motvirker en todelt helsetjeneste, men lovproposisjonen, regjeringserklæringene og erfaringene fra Sverige peker mot det motsatte.<sup>5</sup>
- At noen evner å velge og andre ikke, gir i seg selv ulikhet i tjenesten. En betydelig fortjenestemulighet for kommersielle selskap i svensk eldreomsorg er å tilby tilleggstjenester, utover det den enkelte har krav på i det offentlige. Dette gis det skattefradrag for i Sverige. Regjeringen antyder lignende ordning i Granavolden-plattformen. Skattefradraget (RUT) i Sverige har ført til en todelt helsetjeneste der.<sup>6</sup>

## 1. Fritt brukervalg er privatisering – overordnet kommentar til regjeringens lovforslag

Fritt brukervalg er et annet ord for privatisering av offentlig finansierte velferdstjenester. Konsekvensen av forslaget er at kommersielle selskap gis større markeder innenfor offentlig finansierte tjenester. Veien tilbake, i tilfelle dårlige erfaringer, er vanskelig, eller nesten umulig. Endringer i godkjenningsgrunnlag kan også være vanskelig, ovenfor aktører som allerede er godkjent. Kommunen bør ha tenkt på absolutt alt, før oppstart.

Men! Kommunene kan velge å ikke innføre dette.

---

<sup>3</sup> "Stortinget ber regjeringen vurdere hvordan det kan sikres at aktører som mottar offentlige tilskudd for drift av barnevernstjenester, har lønns-, arbeids- og pensjonsvilkår på linje med det som gjelder i offentlige virksomheter». <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2017-2018/inns-201718-043s/?all=true#m4>

<sup>4</sup> s. 39 Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>

<sup>5</sup> s. 26, Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>

<sup>6</sup> s. 32-33, Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>

## Mange utførere kan gi problemer for kommunene

Regjeringen har sett til Sveriges «Lag om valfrihetssystem (LOV)», slik den varslet at den skulle gjøre i Granavolden-plattformen. I Sverige har omfanget av brukervalg i mange år vært større enn i Norge, særlig i Stockholm. I 2016 ble 62,3% av alle hjemmetjenestetimer i Stockholm utført av private, 50,7 % av sykehjemmene var drevet av private (Ekonomifakta.se). Sverige har erfaringer Norge kan lære av.

Regjeringen skriver i lovproposisjonen s. 24:

*«Departementet har merket seg høringsinstansenes bekymringer om at det i enkelte kommuner vil kunne bli svært mange leverandører som oppfyller kravene og dermed vil ha rett til å levere tjenester for kommunen. Slik godkjenningssystemet er utformet, vil det ikke være mulig å sette et tak på antall tilbydere eller en tidsfrist for å søke om å levere tjenester uten å være i strid med anskaffelsesregelverket. De kommunene som vil få et så høyt antall leverandører at det vil være krevende for kommunen å følge opp kontraktene og vanskelig for brukerne å orientere seg blant tilbyderne, kan vurdere om det vil være mer hensiktsmessig å benytte en annen avtaleordning ved innføring av fritt brukervalg. Dette kan for eksempel være en rammeavtale eller tjenestekonsesjonsordning. **Erfaringene til nå på dette området viser imidlertid at dette ikke vil være et stort problem.**» [vår utheving]*

Hvilke erfaringer regjeringen her viser til for å avvise høringsinstansenes bekymring, kommer ikke frem. Erfaringene fra Sverige er at dette er et problem, og konsekvensen av dette er aktualisert i forbindelse med Covid-19-pandemien.

Arbeidsgiverne i eldreomsorgen må forbedre ansettelsestryggheten og personalkontinuiteten, samt kraftig minske andelen personal med timeansettelse, var beskjeden til svenske myndigheter fra deres koronakommisjon. I en gjennomgang gjort av ansettelsesforhold peker forskerne på at det i Stockholmsbydelene med mye privatisert omsorg, også er høyest andel med løse ansettelsesforhold. Det faktum at den private andelen av eldreomsorgen er så stor og kan forandres når som helst, kan gjøre kommunene mer usikre på å gi fast ansettelse. Man vet ikke hvor mange pleietrengende man har og våger ikke ansette fast, sier omsorgsforskeren Marta Szebehely.<sup>7</sup>

Regjeringens påstander om at eldre får større valgfrihet, har ikke blitt oppfylt i Sverige.

Regjeringen oppgir at konkurranse skal skje på kvalitet, ikke på pris. Prisen skal ligge fast. Samtidig skriver regjeringen at kvaliteten ikke har kunnet måles (Sverige) s. 9: **«Det har vært vanskelig å dokumentere endring i kvalitet for brukerne og hva endringen evt. skyldes, men**

<sup>7</sup> Många timanställda i äldreomsorgen: «Ses som förbrukningsvara», Arbetet.se, 20.04.21 <https://arbetet.se/2021/04/20/manga-timanstallda-i-aldreomsorgen-ses-som-forbrukningsvara/>

*erfaringene synes likevel å være at de brukerne som er i stand til å treffe beslutninger er fornøyd med å ha valgmuligheter» [vår utheving].*

Det er altså de eldres valg og bortvalg, som skal styre kvaliteten. Tanken er at de som leverer godt vil få mange kunder og de som leverer dårlig vil få færre kunder. I virkeligheten skjer ikke dette.<sup>8</sup> Syke eldre mennesker er ikke i en posisjon der de styrer kvalitet ut fra valg gjort i et marked. Valget er bare valg av leverandør, ikke innhold. Erfaringen er at valg kun fungerer for de aller friskeste, og dem som har råd til å kjøpe seg ekstra tjenester.

Markedet er heller ikke så mangfoldig som det forespeiles. Tjenesten har mange rammer rundt sitt arbeid, som vil være likt for alle, blant annet hvor mye penger som bevilges, hvor mye tid, og hvilke oppgaver som inngår i bestillingen. Valget er bare valg av leverandør, ikke innhold. Erfaringen er at valg (uansett hva som kan velges) kun fungerer for de aller friskeste. Samtidig har eldreomsorgen et særlig lovansvar for de som trenger eldreomsorgen mest, de skrøpelige eldre der mange også har nedsatt kognitiv funksjon som følge av demens. For de som ikke kan nyttiggjøre seg valgfriheten, vil systemet ikke være noen forbedring.

Leverandørene kan også forsøke å innrette sitt tjenestetilbud mot de mest velfungerende eldre, som kanskje også har råd til å kjøpe seg tilleggstjenester.

I lovproposisjonen oppgis «*evt. tilleggstjenester*» som en kategori eldre og befolkning skal opplyses om i forbindelse med brukervalget. I Granavolden-plattformen oppgir 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.*»

I Sverige er dette løst gjennom det såkalte RUT (Rengöring, underhåll och tvätt) - fradraget. Det gis skattefradrag for tjenester i hjemmet. Mange av hjemmetjenesteselskapene tilbyr tilleggstjenester de eldre betaler for selv. Kommunen gjør det ikke. Svensk LO mener denne ordningen undergraver hele likhetsprinsippet i svensk velferd, og altså fører til en todelt helsetjeneste, der de som kan betale får best hjelp. Det er viktig å advare mot denne utviklingen, og å arbeide imot at det innføres slike fradrag i Norge.

Gjennom statsbudsjettet kan det tenkes at regjeringen vil lage økonomiske ordninger som gir kommunene insentiv til å innføre ordningen. For partier og fagbevegelse som ikke vil gjøre eldreomsorg til marked, er det svært viktig å holde fast ved en rammefinansiert kommunal

---

<sup>8</sup> s 34, 3. kulepunkt Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>



eldreomsorg, og å øke finansieringen til eldreomsorgen. En svak offentlig sektor er mer sårbar, enn en offentlig sektor som er i stand til å gi innbyggerne gode tjenester. En statlig finansiert eldreomsorg er mer sårbar for utvidet bruk av stykkprissystemer, bestiller-/utførermodeller og privatisering, med tap av lokal kontroll.<sup>9</sup>

## 2. Kommentar til de ulike delene av lovforslaget

2.1 Regjeringen hevder at eldre vil få større valgfrihet til å bestemme innholdet i tjenesten de skal motta. Dette dokumenteres ikke og lovforslaget går kun på valg av leverandør.

Side 7 i lovproposisjonen:

*«Fritt brukervalg vil bidra til å skape gode kommunale helse- og omsorgstjenester som bedre kan tilpasses den enkeltes liv og hverdag. **Fritt brukervalg innebærer at den enkelte får flere leverandører å velge mellom** ved mottak av tjenester fra det offentlige. Flere leverandører gir økt variasjon i tjenesteutformingen og dermed økt tilpasningsmulighet for den enkelte. **Fritt brukervalg betyr større mulighet til å velge tjenesteyter (hvem), medvirke til innholdet i tjenestetilbudet (hva), på hvilken måte den ytes (hvordan) og på hvilket sted og tidspunkt tjenesten gis (hvor og når).** Gjennom fritt brukervalg gis den enkelte økt innflytelse over eget tjenestetilbud og kan i større grad tilpasse dette ut fra egne ønsker og behov» [vår utheving].*

Side 11 i regjeringens høringsnotat<sup>10</sup>:

*«**Fritt brukervalg avgrenses i dette forslaget til å omhandle fritt valg av leverandør.** Det er imidlertid en kjensgjerning at leverandør også har betydning for innholdet i tjenesten, hvordan den ytes, og hvor og når tjenesten gis» [vår utheving].*

Teksten over viser at det frie brukervalget er avgrenset til valg av leverandør (hvem), «logo på uniformen». I regjeringens høringsnotat ble denne avgrensningen opplyst om, i lovproposisjonen har regjeringen tatt ut formuleringen som direkte viser til avgrensningen. Det er imidlertid ingen endring på dette punktet. Regjeringen fremmer påstander om at brukervalg vil skape gode helse- og omsorgstjenester som kan tilpasses den enkeltes liv og hverdag uten å dokumentere hvordan, hva og når det gjelder.

Det er ressursene i eldreomsorgen som avgjør hvor stor frihet vi har i utforming av tjenestene, og hvor stor valgfrihet eldre, andre brukere av tjenestene eller pårørende, kan få. I offentlig

---

<sup>9</sup> Som vi har sett i barnehagesektoren, der politisk styrt barnehagestruktur utfordres av private barnehager som har varige driftsløyer.

<sup>10</sup> Høringsnotatet: <https://www.regjeringen.no/contentassets/aaec2248d2a4fb8aeb2c763861ccae8/horingsnotat---forslag-om-endringer-i-helse--og-omsorgstjenesteloven-godkjenningsmodell.pdf>

debatt kan det fremstå som brukervalg innebærer at den enkelte står fritt til å vurdere sine behov, for så å få disse dekket. Slik valgfrihet kan bare innvilges den som betaler selv eller i en eldreomsorg der det er ubegrenset tilgang på personell og penger.

Det er et viktig prinsipp i offentlig finansiert velferdstjeneste at denne skal sikre likebehandling og være solidarisk. Det innebærer at offentlig finansierte helsetjenester skal tildeles etter behov. Den som trenger hjelp mest, skal ha hjelp først, uavhengig av personlige forutsetninger, sosio-økonomiske forhold og bosted. Den som ikke selv kan uttrykke sine behov har samme rett til helsetjenester, som den som kan «stå på krava».

Tilpasning av tjenestetilbudet vil bare gjelde eventuelle tilleggstjenester som den bemidlede og bestillerkompetente innbygger kan kjøpe.

Erfaringen fra Sverige:

Side 9 i lovproposisjonen om Sverige:

*«Det har vært vanskelig å dokumentere endring i kvalitet for brukerne og hva endringen evt. skyldes, men erfaringene synes likevel å være at de brukerne som er i stand til å treffe beslutninger er fornøyd med å ha valgmuligheter.»*

Teksten over viser at regjeringen vil innføre et system der eneste dokumentasjon er at de som evner å velge antagelig er fornøyd.

I Sverige regner myndighetene med at det finnes om lag 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. Få eldre bruker valgfriheten sin i valgfrihetssystemene og mange kan ikke opptre som deltaker i systemet. I Sverige, som i Norge, er mange eldre som innvilges rett til helse- og omsorgstjenester skrøpelige og mange har demens. Mange er ikke i en livssituasjon der de kan eller velger å opptre som kunder i et marked.

En svensk studie viser at om lag halvparten av de eldre ikke selv vet at de har «valgt», og kun 4% foretar omvalg.<sup>11</sup> «Valget» er uansett begrenset til valg av tilbyder og gjelder ikke innholdet i tjenesten. I en landsomfattende studie i Sverige av Eldres Levekår, SWEOLD, kommer det fram at kun 1/10 eldre over 77 år er fullt ut i stand til å delta i undersøkelsen.

---

<sup>11</sup> S 34, Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>

Det handler ikke om umyndiggjøring, men å ta på alvor denne gruppens behov. De har behov for helsehjelp, trygghet og omsorg, men mange kan ikke fullt ut nyttiggjøre seg av valgmuligheter. Omsorgsforskning konkluderer med at valgfriheten fungerer dårligst for de som trenger hjelp mest.<sup>12</sup>

## 2.2 Regjeringen underkommuniserer de viktigste ulempene med brukervalg i eldreomsorgen:

- Mange tilbydere vanskeliggjør koordinering/samhandling/samarbeid.
- Økt byråkrati gir økte kostnader og mindre faglig handlingsrom.
- Det blir vanskeligere å ivareta de mest sårbare.
- Kvalitetskontroll er vanskelig, og kommunen har fortsatt lovansvaret.
- Planlegging av beredskap vanskeliggjøres.
- Overetablering i store, sosio-økonomisk sterke og enkle markeder. Dette trekker faglige ressurser fra andre, og undergraver likeverdige tilbud.

### Mange tilbydere vanskeliggjør koordinering/samhandling/samarbeid

Side 9 i lovproposisjonen:

*«Erfaringer fra Sverige og Danmark viser at en økt andel leverandører innenfor samme tjenestetilbud også kan **skape utfordringer når det gjelder koordinering av tjenestene**» [vår utheving].*

Behovet for bedre samhandling er et tilbakevendende tema i velferdstjenestene. Brukervalg forutsetter oppsplitting i flere utførere, skifte av leverandører og ulike kontrakter. Brukervalg forutsetter dermed et system som i seg selv vanskeliggjør samhandling.

Erfaringen fra Sverige:

Det er dokumentert, blant annet i den store velferdsutredningen<sup>13</sup>, at systemet har skapt samhandlingsutfordringer, det er derfor for svakt å skrive «kan», slik regjeringen gjør. Mange tilbydere gir mindre samhandling mellom ulike tjenester, mens de som trenger velferdstjenestene mest trenger mer samhandling.

---

<sup>12</sup> S 29.30, Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>

<sup>13</sup> s 36-38, Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting. For velferdsstaten 2019 <https://www.velferdsstaten.no/2019/06/13/148360/>  
SOU 2016:78, Ordning och reda i välfärden,  
<https://www.regeringen.se/contentassets/da2cceb5dc84389b79b48b06a5e000a/ordning-och-reda-i-valfarden-sou-201678>

I den svenske velferdsutredningen påpekes det at økt valgfrihet og økt antall tilbydere i helse- og 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. De som trenger samarbeid mest, er multisyke eldre og de mest sårbare.

### Økt byråkrati gir økte kostnader og mindre faglig handlingsrom

Side 9 i lovproposisjonen, om erfaringer fra Sverige og Danmark:

*«Det store antallet leverandører medfører en **endring av det administrative omfanget i kommunene**, ettersom både forsvarligheten i tjenesten og avtaleforpliktelsene skal følges opp» [vår utheving].*

Jo flere tjenester kommunene velger å legge inn i brukervalget, jo større byråkrati vil knyttes til dette. I lovproposisjonen er dette noe av det regjeringen mener kommunene må sørge for (s.24 i lovproposisjonen):

*«Krav som kommunene kan eller bør stille vil blant annet være:*

- kompetanse- og erfaringskrav*
- kontrollsystemer for kvalitet og klager*
- oppfølging av virksomheten*
- etablerte elektroniske løsninger for samhandling, rapportering og digital dialog*
- innsynsreguleringer for kommunen og for det offentlige*
- plikt til å ta oppdrag eller å ta imot alle brukere som velger leverandøren, samt brukerens rett til å velge og bytte leverandør*
- oppdragsstart*
- eventuell geografisk avgrensing av oppdraget*
- informasjon om endringer, for eksempel at kommunen skal informeres om endringer hos leverandøren*
- medvirkning i kommunens beredskap etter kommunens beredskapsplaner*
- kommunikasjonssystem – hvordan kommunen og leverandøren skal kommunisere*
- økonomisk stabilitet – krav om at leverandøren skal ha en økonomisk stabilitet av en viss karakter, for eksempel for å kunne opprettholde tjenesteytingen over en viss tid (soliditet og likviditetskrav)*
- fremleggelse av attest for merverdiavgift og attest for skatt*
- universal utforming / tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne*

- kvalitetskrav; krav om systematisk kvalitetsarbeid og rapportering. For eksempel krav til å rapportere til kvalitetsregistre, som kvalitetsindikatorer osv.
- krav til journalføringssystemer
- krav til mulighet for tilsyn med tjenestene og kontraktsforpliktelsene
- samarbeid med andre tjenesteytere og leverandører, herunder delta i samarbeid og samhandling med helseforetak, kommuner og andre helsetjenesteytere slik at pasientens behov for sammenhengende og koordinerte helsetjenester ivaretas
- åpningstider og ventetider
- faktureringsvilkår»

Om kvalitet og styringskostnader skriver det norske velferdstjenesteutvalget:<sup>14</sup>

«Mange tjenester er ( ) vanskelig å konkretisere, slik at det ikke nødvendigvis lar seg gjøre å utforme tilstrekkelig gode prosessindikatorer i kontrakten.

*Private leverandører kan ha betydelige informasjonsfordeler ved å være nærmest brukeren, noe som gjør det ekstra vanskelig for det offentlige både å fastsette gode indikatorer og å måle de indikatorene som er fastsatt. Samlet tilsier dette at det **offentlige må påregne betydelige styringskostnader ved bruk av private aktører**» [vår utheving].*

Om effekten på kvalitet og kostnader ved å bruke private leverandører, skriver velferdstjenesteutvalget:

«Det er store variasjoner mellom studiene, men enkelte studier viser at bruk av private har ført til kostnadsreduksjoner. Kunnskapsgrunnet har imidlertid svakheter ved at de fleste studier kun har sett på direkte kostnader ved å drive tjenestene, og ikke transaksjonskostnader og indirekte styringskostnader. **Etter utvalgets vurdering kan dette tilsa at samlede kostnader ikke blir redusert, men i verste fall øker, ved bruk av private leverandører**» [vår utheving].

Et system med kommersielle drivere der kvalitet ikke lar seg dokumentere så detaljert at det kan brukes til prisfastsettelse, er svært sårbart for misbruk og res mot bunnen.

---

<sup>14</sup> NOU 2020:13 S. 422-425

Kommunen bør ha tenkt ut alle eventualiteter for dagens og framtidens omsorgsbehov i godkjenningsgrunnlaget. I praksis vil dette være svært vanskelig. Lovforslaget legger opp til lik konkurranse mellom kommunens egenregitilbud og private aktører.

Det er ikke klart om deler av krav kan utfordres av ESA (EØS-avtalens klageorgan) for å være konkurransehennende. Dette har tidligere vært forsøkt rettslig, etter klage fra kommersielle selskaper. Et eksempel er Oslo kommunes barnevern, der kommunen vant frem. At de vant fram var knyttet til at barnevernet driver myndighetsutøvelse. I mange tilfeller vil ikke den begrunnelsen være relevant for hjemmebaserte kommunale helse- og omsorgstjenester. Når kommunen velger velferd i et markedssystem, da er det EUs konkurranseregler som gjelder for sektoren.

Side 25 i lovproposisjonen:

- «Pasienter, brukere og pårørende bør blant annet få informasjon om:*
- hvilke tjenester leverandøren har kontrakt på, og evt. tilleggstjenester*
  - kompetanse hos personalet*
  - leverandørens målsettinger og spesielle utforminger/innretning»*

Fortsettelse hentet fra s. 25 i lovproposisjonen:

*«Selv om kommunen kan gi mye informasjon skriftlig, er den mest sentrale informasjonskilden dialogen mellom saksbehandleren og brukeren. I denne dialogen skal saksbehandleren informere om ulike valgalternativer og annen relevant informasjon for brukeren både etter forespørsel fra brukeren og ut fra kjennskap til brukerens behov og situasjon. Saksbehandleren må opptre nøytralt og kommunen må sørge for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.*

*Departementet vil vurdere å etablere en tilsvarende side her (Helsenorge.no) for kommunale brukervalgsordninger som det i dag foreligger for fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten.*

*Kommunen skal ( ) ha et tilbud i kommunal egenregi for personer som ikke ønsker eller er i stand til å gjøre et valg av leverandør. Dette kan for eksempel skyldes forhold knyttet til brukerens helse, men også at brukeren når behovet oppstår befinner seg i en overveldende og krevende livssituasjon. Erfaringer fra Sverige viser at mange brukere synes det er vanskelig å sammenligne leverandørene og derfor ønsker hjelp og støtte til å ta et valg. Høringsinstansene har også påpekt at dersom det blir mange ulike leverandører, vil det bli vanskeligere for brukerne å velge den tjenesteyteren som passer best for deres behov. Kommunens informasjon må i slike tilfeller tilpasses dette.»*

## Kommunens rolle i markedet

Det er en betydelig oppgave å skulle sørge for at alt i oppramsingen til krav som kan stilles og i informasjon til alle som innvilges tjenester i hjemmet, skal etterleves. Kommunen kan måtte forholde seg til mange leverandører, som dessuten kan velge å delta/ikke delta fortløpende. Skal dette være mer enn krav på papiret krever det betydelige ressurser til kontraktsoppfølging og tilsyn. Erfaringen fra andre sektorer, som barnehage, er at denne jobben fort, av sentrale myndigheter, blir vurdert å være for stor for kommunene. Kommunene risikerer å fratas oppgaven med å kontrollere eldreomsorg, tilsyn sentraliseres, mens finansiering og ansvar ligger på kommunalt nivå.<sup>15</sup>

Regjeringen skriver også i lovproposisjonen s. 9 om erfaringer fra Sverige og Danmark:

*«Samspillet mellom kommunens rolle i bestillermodellen og kommunens rolle som ansvarlig forvaltningsmyndighet fremstår også som en sentral utfordring i begge land.»*

Problemstillingen kommer jevnlig opp både i Norge og Sverige, og det er gjerne høyresiden og kommersielle drivere som ser dette som et problem. Løsningen som foreslås er oftest et enda klarere skille mellom de som bestiller og de som utfører oppgavene, og et enda klarere skille mellom de som har lovansvaret (kommunen) og tilsynet. Argumentene for disse skillene er ikke bedre tjenester eller samhandling, men å forebygge konkurransevridning og at kommunene skal forfordele egne tjenester, i konkurransen.

## Aksjelovens formål styrer

Kommersielle driver etter målet i aksjeloven, for å oppnå fortjeneste. Kommunens mål om at alle midler bevilget eldreomsorg, skal gå til eldreomsorg, vil stå i et kontinuerlig misforhold til de kommersielle selskapenes formål. Disse må derfor følges kontinuerlig, detaljert og tett. Når kvalitet er vanskelig å måle, vil detaljeringsnivået gå utover den faglige friheten i utføringen av arbeidet.

## Stoppeklokkeomsorg

I Sverige snakkes det om «minutersättning». Det innebærer at kommunene regner i minutter hvor stor betalingen skal være for ulike tjenester i hjemmetjenesten. Da er vi tilbake til stoppeklokkeomsorgen, og veldig langt unna tillitsstyring. Over 5000 arbeider som biståndshandleggere i Sverige. Biståndshandleggere gjør beslutninger om bistand og hvilke tjenester, tjenestemottakerne skal få. Før innføringen av brukervalg for personer med funksjonsnedsettelse og eldre, fantes ikke denne yrkestittelen. Tidligere kunne ledere i hjemmetjenesten ta slike beslutninger. Det er altså et stort byråkrati knyttet til å utforme

---

<sup>15</sup> Slik det er blitt i barnehagesektoren

tjenestene. I en undersøkelse gjort av det svenske akademikerforbundet svarer 85% av biståndshandleggarene at beslutninger om bistand omregnes til tid for utførerne i deres kommune. Brukervalg i et konkurransesystem regnes også om til tid i Norge, f.eks i Oslo.

### Todelt helsetjeneste

I oppramsingen regjeringen gir i lovproposisjonen s. 25 kommer også «evt. Tilleggstjenester» opp. Dette er nøkkelen til utvikling av en todelte helsetjeneste i eldreomsorgen i Sverige. Over tid er kravene til hva som skal utføres gått opp, i forhold til hvor lang tid den ansatte kan bruke på hver oppgave. I Sverige er problemet en sterkt underfinansiert eldreomsorg.

Ulrika Lorentzi i svensk LO beskriver dette slik:

*«Den hemtjänstpersonal som på 1980-talet besökte i genomsnitt fyra äldre per dag måste idag hinna till tolv. Äldre som har råd kan komplettera en otillräcklig hemtjänst med skattesubventionerade rut-tjänster, de som inte har råd får lita till anhöriga eller klara sig själva.»*

Sagt med andre ord sikres de eldre en minimumstjeneste som betales av fellesskapet, og de som kan betale kjøper seg tjenester i tillegg til dette. Nesten halvparten av RUT-fradragene, går i dag til de 10% av den svenske befolkningen med høyest inntekt.

Om den svenske modellen skriver regjeringen på side 9 i lovproposisjonen:

*«Leverandørene kan tilby tilleggstjenester som går utover det kommunalt utformede tjenestetilbudet. Dette avtales direkte mellom brukeren og leverandøren, og stiller økte krav til leverandøren om adskilte regnskap og finansiering for de ulike tjenestene.»*

Regjeringens presisering her av økte krav til leverandøren om regnskapsdata kan høres tilforlatelig ut. En gjennomlesning av det norske velferdstjenesteutvalgets 600 siders NOU, viser imidlertid at utvalget begrunner sine utallige forbehold om beregninger av lønnsomhet, lønns- og pensjonsforhold osv., med mangelfulle regnskapsdata.

*«Utvalget mener at det er åpenbart uheldig at det er såvidt ressurskrevende og utfordrende å få oversikt over den reelle økonomien hos private leverandører av velferdstjenester.»<sup>16</sup>*

Utvalget skriver at det detaljnivået på regnskapsopplysninger som er nødvendige for analyser av private leverandørers økonomi rett og slett ikke finnes.

---

<sup>16</sup> NOU 2020:13 S. 428



«Private leverandørers organisering og standard rapporteringskrav de er underlagt i dag gjør at tallene man ser på kan kombinere inntekter og kostnader fra flere velferdssektorer, dekke annen type virksomhet som ikke direkte er relevant for velferdssektoren, samt inkludere både inntekter som er overføringer av offentlige midler og betalinger fra brukere, uten at man kan skille mellom disse. Alt dette kan introdusere støy i datagrunnlaget, som kan gjøre det vanskeligere å få en oversikt over reell lønnsomhet av driften i de ulike sektorene.»<sup>17</sup>

Mangelen på innsyn i økonomien og eierskapsforhold hos de private aktørene som finansieres med fellesskapets midler er etter mindretallet i utvalgets skjønn, utvalgets hovedfunn.<sup>18</sup>

Regjeringens formulering kan få det til å se enkelt ut for kommunene å kreve slike opplysninger. Utviklingen i den privatiserte delen av helse- og omsorgstjenestene er at antallet store kommersielle konsern med utenlandsk eierskap øker. Dette dokumenteres også av velferdstjenesteutredningen. Det vil kreve omfattende lovendringer, om en slik innsikt i konsernøkonomien skulle sikres, og det er langt fra sikkert at en slik prosess vil lykkes. Det kjennes ikke til eksempler på land som har fått det til. Og helt uavhengig av alt dette, er det ingenting som tyder på at regjeringen vil ta initiativ til et slikt lovarbeid, ei heller at den tar problemstillingen på alvor.

Kvalitetskontroll er vanskelig, og kommunen har fortsatt lovansvaret

Side 9 i regjeringens lovproposisjon:

«...ordningene i begge land har ført til **økt andel konkurser** blant de private leverandørene innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette **kan skape usikkerhet for brukerne**. Samtidig bidrar dette til at kommunene må ha tjenestetilbud og personell i **beredskap**. Flere kommuner har derfor valgt å avgrense valgfrihetssystemet til mindre sårbare tjenester. Danmark har innført en form for konkursgaranti der kommunen trer inn og yter tjenester ved konkurs» [vår utheving].

Side 22 i regjeringens lovproposisjon:

«En godkjenningsmodell for fritt brukervalg bør omfatte tjenester som egner seg for et valgfrihetssystem. Samtidig skal ikke en lovregulering være til hinder for at kommunene innlemmer nye tjenester i takt med utvikling og innovasjon på området.»

Regjeringen skriver at valgfrihetssystemet bør omfatte tjenester «som egner seg». Den viser til erfaringer fra Sverige og Danmark som viser at kommunen bør ha stor bevissthet knyttet til

---

<sup>17</sup> NOU 2020:13 s. 413

<sup>18</sup> NOU 2020:13 S 527

«tjenestenes egnethet og sårbarhetsrisikoen for brukerne» (s.23). Regjeringen oppgir at tjenester for personer med rusmiddelproblemer egner seg godt for fritt brukervalg. Regjeringen oppgir ingen tjenester som ikke egner seg for brukervalg, og det settes ingen begrensninger.

Erfaringen fra Sverige:

Hjemmetjenestemarkedet, f.eks i Stockholm, er preget av mange tilbydere. Markedslogikken tilsier at reell konkurranse først oppstår når det straffer seg å levere dårlig kvalitet, ergo må en regne med konkurser, leverandørskifter og manglende kontinuitet. Erfaringen er imidlertid at årsakene til disse skiftene ofte er knyttet til andre årsaker enn at brukerne har styrt kvalitet gjennom valgene sine.

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. Flere saker i Sverige viser også at det kan ta lang tid før en kommune oppdager at ting ikke fungerer som det skal. Det krever mye ressurser til tilsyn og undersøkelser. Her er bare et eksempel på et hjemmetjenesteselskap som har forsøkt å lure kommunen og antagelig har klart dette i flere år: <https://mitti.se/nyheter/granskning-lurade-hemtjanstforetaget/>. Noen vil si at når slikt avdekkes, er det en seier for systemet. Men det betyr at mye ressurser som kunne vært brukt på omsorg går til granskning og at mange eldre før det oppdages, ikke får den tjenesten de skulle ha.

Erfaringen er også at brukervalg ikke fungerer i velferden, som i andre kundeforhold. Folk blir hos dårlige leverandører fordi nærhet til tjenesten, kjennskap, miljø, mangel på kunnskap om alternativ og trygghetsfølelse «du vet hva du har, ikke hva du får» og solidaritet med førstelinjepersonalet spiller inn. 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 produksjon.

### Planlegging av beredskap vanskeliggjøres

I regjeringens lovproposisjon oppgis det selvsagte: Kommunen har fortsatt ansvaret etter loven, for å tilby de tjenester som befolkningen har krav på. Kommunen skal ha et tilbud i kommunal egenregi for brukere som ikke kan eller vil velge privat leverandør. Med innføring av fritt brukervalg blir det fri etableringsrett og alle som oppfyller kravene, skal godkjennes. Denne godkjenning skal skje fortløpende. Det kan bli stor usikkerhet knyttet til kommunenes egen planlegging og beredskap. Dersom et selskap tiltrekker seg mange kunder, kan kommunens egne ansatte bli overflødige. Samtidig vil kommunen stå ansvarlig dersom et selskap går konkurs, driver uansvarlig eller ikke ønsker drive lengre. Befolkningen har samme

krav på tjenester. Det stilles krav til å nekte godkjenning av en leverandør. Disse kravene er knyttet til lovbrudd avdekket i tilsyn, at leverandøren ikke oppfyller godkjenningsgrunnlaget eller står i fare for å gå konkurs. Kommunens planlegging av eget tjenestetilbud og beredskap inngår altså ikke.

### 2.3 Regjeringen overser helt konsekvenser for ansattes lønns- og arbeidsvilkår.

Når tilbyderne av hjemmetjeneste skal gis en fast pris, vil muligheten til nå oppnå fortjeneste ligge i den største kostnaden i tjenesteproduksjonen; personalet.

Bortsett ifra at «kompetanse og erfaringskrav» oppgis i regjeringens oppramsing av hva kommunene kan kreve i kvalifikasjonsgrunnlaget til tilbydere av hjemmetjeneste, omtaler ikke lovproposisjonen noe som kan knyttes til ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsvilkår. Dette er sterkt kritikkverdig. Det heter seg at med faste satser er forslaget en kvalitetskonkurrans og ikke en priskonkurrans. Den største kostnaden i hjemmetjenester er lønn og pensjon til personalet. Dette er arbeidsintensive tjenester. All erfaring tilsier derfor at det er her profittsøkende aktører vil kutte, slik at de innenfor fastprisen kan sikre et overskudd og en fortjeneste til eiere av selskapet.

Stortinget har allerede i et anmodningsvedtak til Regjeringen krevd betingelser til private leverandører innen barnevernet (se note 3).

Det norske velferdstjenesteutvalget skriver:

*«Ser vi alle velferdstjenesteområdene under ett, viser statistikken (fra SSB) at kommersielle produsenter i gjennomsnitt har et lønnsnivå som ligger 9 prosent lavere enn hos offentlige produsenter, mens ideelle produsenter i gjennomsnitt har tilnærmet likt nivå som det offentlige».*<sup>19</sup>

*«Gjennomsnittlig månedslønn i kommersielle virksomheter har generelt vært lavere enn i offentlige virksomheter. Kommersielle leverandører har også noe lavere sykefravær. Forskjellene i lønnsnivåer er størst innen hjemmetjenester (omtalt statistisk som sosialtjenester til eldre og funksjonshemmede uten botilbud), men har blitt mindre over tid. Kommersielle leverandører har en mye lavere andel fastlønte innenfor hjemmetjenester og gruppen andre sosiale tjenester. Dette kan tyde på at de kommersielle i større grad bruker midlertidig ansatte enn fast ansatte i disse to næringene.»*<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> NOU 2020:13 s. 287

<sup>20</sup> NOU 2020:13 s. 301

Velferdstjenesteutvalget skriver også om sannsynlig utvikling innen lønns- og pensjonsforhold, ved økt konkurranse:

*«Med en utvikling i retning sterkere konkurranse om oppdrag innenfor anskaffelser og press på avkastning fra eiere i til skuddssektorene, må en også forvente at ( ) «potensialet» for innsparinger på lønns- og pensjonskostnader ( ), kan komme til å bli realisert.»<sup>21</sup>*

Fafo konkluderte slik i sin rapport om kommersielle og ideelle leverandører av velferdstjenester i 2019: *«Vi ser en tydelig tendens til at private velferdsløsninger bidrar til å presse ned lønns- og arbeidsvilkårene for de ansatte, og at særlig fritt brukervalg-ordninger gir økt segregering.»<sup>22</sup>*

Erfaringene fra Sverige:

Kvalitet i velferdstjenester for sårbare grupper kan ikke måles så presist at det blir et en til en-forhold mellom penger brukt og kvalitet gitt. I Sverige er erfaringen at dette fører til en stadig jakt på å øke detaljeringskravene, noe som i seg selv går utover kvaliteten i tjenesten. (Se det som tidligere er skrevet om «minutersättning» side 14.)

Dernest oppstår et press for å få mer for pengene. Altså må personalet løpe stadig fortere. Hjemmetjenesten i Sverige har blitt en svært slitsom arbeidsplass, med lav status, høyt sykefravær, mange løse arbeidsforhold og lav kompetanse. I regjeringens høringsnotat på side 5 ble det oppgitt at et mål for regjeringen i Sverige ved innføring av Lagen om valfrihet (LOV) var «å bidra til å gjøre det mer attraktivt å jobbe innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester». Dette målet er ikke innfridd i Sverige.

Noen av omsorgsforskernes funn fra 2015:

Kommersielle (vinstsyftende) äldreboenden og særlig de som drives av riskapitalbolag har lavere personaltetthet, flere timeansatte, lavere lønn og lavere andel ansatte med formell utdanning, enn kommunale eldrehjem. Det samme mønsteret finnes i hjemmetjenesten.

- 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>21</sup> NOU 2020:13 s. 307

<sup>22</sup> Når velferd er til salgs, Ideelle og kommersielle leverandører, Fafo-rapport 2019:11 av velferdstjenester <https://www.fafo.no/images/pub/2019/20708.pdf>

- 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-årsperioden. 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.

Vi har noen av de samme trekkene i hjemmetjenesten i Norge, for eksempel i Oslo. Brukervalg av et større omfang, vil forsterke disse problemene og denne dynamikken.

2.4 Regjeringen fremmer påstand om at forslaget motvirker en todelt helsetjeneste, men lovforslaget, regjeringserklæringene og erfaringene fra Sverige peker mot det motsatte.

Lovproposisjonen gir ingen forklaring på hvorfor en todelt helsetjeneste motvirkes ved innføring av brukervalg, men denne påstanden fremmes s. 7: «*Ved i større grad å ta i bruk private leverandører av offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester motvirkes også en todelt helsetjeneste. Alle bør, uavhengig av ressurser, ha tilgang til de ulike leverandørene i markedet.*»

For det første er ikke tjenesten lenger lik for alle i det valg innføres, og noen «evner» å benytte valget og andre ikke. Med en gang brukervalget når et visst omfang av tjenester, oppstår en konkurransedynamikk. I Sverige har det ført til et «res mot bunnen». For å få ned kostnadene blir målet å drive «billigst» mulig.

Derneft opplever eldre at det de får er en minimumstjeneste og at det er de som har egne ressurser som kan oppgradere hjelpen de mottar, ved å betale selv. Det offentlige plikter å informere og formidle kontakt mellom kommersielle selskap og eldre, for en offentlig finansiert minimumstjeneste. Selskapene tilbyr så tilleggstjenester som de eldre betaler for selv, og det offentlige gir de skattefradrag for dette. Dermed subsidierer det offentlige tjenester til de sosio-økonomisk minst utsatte, mens de mest utsatte mottar et minimum. Dermed er prinsippet om en behovsstyrt eldreomsorg forlatt.

### 3. Konklusjon

Det er en klar sammenheng mellom lønns- og arbeidsvilkår og kvalitet i tjenestene. Under COVID-19-epidemien er dette blitt ekstra tydelig.

I Sverige er det mange rapporter om at lavt lønnede med løs tilknytning til arbeidsplassen, ikke har råd til å være hjemme ved sykdom. Det har også vært betydelige utfordringer i

smittevernsarbeidet, med organisering av mange ulike utførere og organisasjoner. Kompetanse i smittevern har ikke vært god nok. Sveriges koronakommisjon slo før jul fast at Sverige mislykkes i å beskytte de eldre og at de ansatte var overlatt til seg selv.<sup>23</sup> Forskerne peker på fragmenteringen av svensk eldreomsorg som en viktig årsak. Privatiseringen og markedsrettingen av svensk eldreomsorg, er en av årsakene til denne fragmenteringen.<sup>24</sup>

I Norge har en forskergruppe ved Senter for omsorgsforskning, på oppdrag fra den norske koronakommisjonen, gransket hvordan koronaepidemien rammer eldreomsorgen i Norge. Forskerne gir en klar anbefaling om å øke antall heltidsansatte, og at flere tjenester blir en integrert del av driften. Som kjøkken og renhold på sykehjem. Forskerne viser til at små stillingsbrøker og mange deltidsansatte med flere arbeidsgivere øker risikoen både for å få smitte inn i sykehjemmene, men også å spre smitten mellom institusjoner. Folk har hatt stillinger over kommunegrenser, og små stillinger på flere arbeidsplasser. Det har gjort eldreomsorgen sårbar.<sup>25</sup>

I Sverige har kommersielle drivere hatt lavere personaltetthet, flere timeansatte, lavere lønn og lavere andel ansatte med formell utdanning. Over tid viser det seg at konkurransesystemet blir et res mot bunnen. Hele eldreomsorgen, offentlig eller privat, har blitt mer lik og er utsatt for et sterkt press.

Eldre trenger samhandling, ikke sammenligning. Alle konkurransesystemene legger opp til sammenligning mellom tjenester. Når systemene får virke over tid kan sammenligning fort vise seg å være underordnet. Konkurransedynamikken rammer også helse- og omsorgstjenestene som drives i offentlig egenregi.

Eldre trenger trygghet, ikke valgtvang. I brukervalgssystemer må alle forholde seg til valg. Også den som ikke gjør et aktivt valg. I den universelle modellen nordiske velferdsstater er bygget på, er dette et betydelig problem. Universelle velferdsløsninger skal sikre tryggheten for at hjelpen er der når du trenger den. Eldreomsorgen skal ikke kreve valgkompetanse for å kunne ta del i den.

Eldre trenger faglighet. I konkurransesystemene er det fagligheten som trues først. Den som er nærmest den pleietrengende, den som kommer hjem, får lite handlingsrom i møtet med den

---

<sup>23</sup> Äldreomsorgen under pandemin, Coronakommisjonen, 2020: [https://coronakommisjonen.com/wp-content/uploads/2020/12/sou\\_2020\\_80\\_aldreomsorgen-under-pandemin\\_webb.pdf](https://coronakommisjonen.com/wp-content/uploads/2020/12/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf)

<sup>24</sup> Många timanställda i äldreomsorgen: "Ses som förbrukningsvara», Arbetet.se, 20.04.21 <https://arbetet.se/2021/04/20/manga-timanstallda-i-aldreomsorgen-ses-som-forbrukningsvara/>

<sup>25</sup> Forskernes råd til koronakommisjonen, NRK 09.04.21: [https://www.nrk.no/norge/forskeres-rad-til-koronakommisjonen\\_mer-heltid-gir-bedre-smittevern-pa-sykehjem-1.15448747](https://www.nrk.no/norge/forskeres-rad-til-koronakommisjonen_mer-heltid-gir-bedre-smittevern-pa-sykehjem-1.15448747)

eldre. Eldre uttrykker behov på ulikt vis, og fagpersonene som møter den eldre, bør ha et handlingsrom til å imøtekomme de behovene. Brukervalgssystemene, med kommersielle tilbydere, gir ikke økt frihet i møtet mellom eldre og de som skal hjelpe. Det har vist seg å snarere bli mindre handlingsrom, både for fagutøverne og de eldre, når det gjelder utføring av tjenestene. Målet må være at eldre og pårørende, i samarbeid med tjenesten, kan være med å påvirke innholdet i den. Dette er svært vanskelig i tjenester der det måles i minutter.

Privatisering gir ikke bedre tjenester eller bedre økonomi i eldreomsorgen. Det koster mye å holde konkurransesystemer i gang. Når ansattes lønns- og arbeidsvilkår presses, svekkes samtidig deres evne til å bidra inn i fellesskapet gjennom forbruk og skatt. Samfunnsøkonomisk er privatisering et blindspor.

Eldreomsorgen trenger et politisk løft og kommunene må styrkes økonomisk. Det må skje innenfor en offentlig drevet rammefinansiert tjeneste, ikke gjennom privatisering og markedsstyring.



**FOR VELFERDSSTATEN**

Torggata 28, 0183 OSLO  
post@velferdsstaten.no  
www.velferdsstaten.no