

Heidi Gautun, Hanne Bogen og
Anne Skevik Grødem

Konsekvenser av konkurransetsetting

Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem
og hjemmetjenester

kommersielle

konsekvenser

kontraktoppfølginger

kvalitet

ansatteforhold

lønns- og arbeidsvilkår

anbud

kostnader

private

sykehjem

hjemmetjenester

ideelle

kommunal

lønnsomhet

befolkningens holdninger

Helse- og omsorgstjenesten

Heidi Gautun, Hanne Bogen og Anne Skevik Grødem

Konsekvenser av konkurranseutsetting
Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og
hjemmetjenester

© Fafo 2013

ISBN 978-82-324-0013-3 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0014-0 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslagsfoto:

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	7
Sammendrag	9
1 Innledning	15
1.1 Kvalitet, effektivitet og lønns- og arbeidsvilkår.....	16
1.3 Tjenester driftet av ideelle.....	19
1.4 Befolkningens holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private	20
1.5 Sverige og Danmark sammenlignet med Norge	20
2 Metode og data	21
2.1 Kunnskapsstatus	21
2.2 Intervjuer med sentrale informanter i organisasjonene	22
2.3 Casestudie i fem kommuner.....	22
2.4 Spørreundersøkelse i befolkningen	24
3 Forskning om konkurranseutsetting i Norge, Sverige og Danmark.....	25
3.1 Hvilke holdninger har befolkningen til konkurranseutsetting og bruk av private?	26
3.2 Omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg i norske kommuner	27
3.4 Antall private, kommersielle aktører på markedet i Norge	29
3.5 Omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg i Sverige.....	29
3.6 Omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg i Danmark	30
3.7 Hvilke konsekvenser har konkurranseutsetting for kvaliteten på tjenestene?	31
3.8 Forskning om kostnader ved konkurranseutsetting	39
3.9 Ansattes lønns- og arbeidsvilkår	40
3.9 Påvirkes ideelles tjenestetilbud av konkurranseutsettingen og nye private kommersielle tilbydere?	45
3.10 Oppsummering.....	49

4 Organisasjonenes perspektiver	51
4.1 En kort beskrivelse av organisasjonene	51
4.2 Organisasjonenes syn på konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere	53
4.3 Organisasjonenes syn på ideelle	58
4.4 Om kvalitet, effektivitet og ansattes lønns- og arbeidsvilkår	61
4.5 Oppsummering.....	62
5 Casestudien i fem kommuner.....	65
5.1 Utbredelse av konkurranseutsetting, bruk av private og kommersielle brukervalgordninger.....	65
5.2 Hvordan utformer kommunene anbudsdokumenter og egne tilbud?.....	67
5.3 Hvordan følger kommunene opp sykehjem og hjemmetjenestene?	69
5.4 Kostnadseffektivitet i tjenestene og transaksjonskostnader og oppfølgingskostnader i kommunene	71
5.5 Hvordan påvirkes tjenestenes kvalitet?	74
5.6 Ansattes lønns- og arbeidsvilkår	79
5.7 Påvirkes de ideelle sykehjemmene av konkurranseutsetting?.....	82
5.10 Oppsummering.....	86
6 Befolkningens holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private tjenester	89
6.1 Holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester.....	89
6.2 Oppslutning om velferdsstaten.....	96
6.3 Holdninger til konkurranseutsetting og oppslutning om velferdsstaten	99
6.4 Oppsummering	101
7 Avslutning	103
7.1 Hvor utbredt er konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester i kommunene?	103
7.2 Lønner det seg for kommunene?	105
7.3 Små forskjeller i kvalitet	106
7.4 Ansatteforhold	107
7.5 Påvirkes ideelle sykehjem?.....	108

7.6 Befolkningens holdninger	109
7.7 Mye omdiskutert, men lite kartlagt	110
Litteratur	113
Appendix	117
Vedlegg 1 Intervjuguide casestudien i de fem kommunene.....	117
Vedlegg 2 Spørreskjema: Holdningsundersøkelsen i befolkningen	118

Forord

Fafo fikk høsten 2012 i oppdrag av Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt om konkurranseutsetting og kommunenes bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester. I prosjektet er det gitt en oversikt over forskningen på feltet i Norge, Danmark og Sverige og gjennomført tre egne datainnsamlinger. Den ene er en intervjuundersøkelse blant sentrale informanter i fem arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner. Den andre er en casestudie i fem kommuner som har erfaring med konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle og ideelle tilbydere, og den tredje er en undersøkelse i befolkningen om holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private aktører i pleie og omsorg.

Vi vil gjerne takke informantene fra organisasjonene, ansatte i kommuneadministrasjonene, lederne for kommersielle og ideelle sykehjem og hovedtillitsvalgte i kommunene og fylkesledere i NSF som har stilt opp til intervju. Arvid Libak, kommunikasjonssjef i Kommunikasjonsavdelingen (NSF), Turid Hagen, spesialrådgiver i Fag- og helsepolitisk avdeling (NSF), og Hans Arne Pettersen, seniorrådgiver i Forhandlingsavdelingen (NSF), har sittet i en referansegruppe for prosjektet og skal ha stor takk for samarbeidet, innspill og kommentarer underveis i prosjektet.

Heidi Gautun (Fafo) og Hanne Bogen (Fafo) har gjennomført intervjuene i de to kvalitative datainnsamlingene. Gautun har hatt hovedansvaret for spørreundersøkelsen i befolkningen. Respons Analyse gjennomførte selve datainnsamlingen. Idar Eidseth skal ha en stor takk for samarbeidet. Hanne Bogen har vært hovedansvarlig for å skrive kapittel 3 om forskningslitteraturen om de tre nordiske landene. Anne Grødem (Fafo) og Heidi Gautun har skrevet kapittel 5 om casestudien i de fem kommunene. Heidi Gautun har hatt hovedansvar for å skrive de resterende kapitlene, kapittel 1, 2, 4, 6 og 7. Hanne Bogen har bidratt med kvalitetssikring og tilføyelser i kapitlene. Kristin Alsos (Fafo) skal takkes for å ha bidratt med tekstbiter om juridiske forhold med virksomhetsoverdragelse, tariffavtaler og lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter. Sissel Trygstad (Fafo) skal ha en stor takk for kvalitetssikringen av rapporten.

Oslo, mai 2013

Heidi Gautun (prosjektleder), Hanne Bogen og Anne Skevik Grødem

Sammendrag

Kapittel 1

I denne rapporten belyses konkurranseutsetting og kommunenes bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester. Oppdraget har gått ut på å gi en oversikt over utbredelsen av konkurranseutsetting og bruk av private tilbydere i norske kommuner samt belyse hvilken betydning konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester har for 1) kvaliteten på tjenestene, 2) effektivitet og kostnader for kommunene 3) og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Det er også undersøkt om tjenestene til ideelle påvirkes. Til slutt er det undersøkt hvilke holdninger befolkningen har til konkurranseutsetting og tjenester driftet av private kommersielle og ideelle eiere.

Kapittel 2

Spørsmålene som er stilt i innledningskapitlet, er belyst ved å gjennomgå forskning i Norge, Sverige og Danmark og tre egne datainnsamlinger. Disse er: 1) en intervjuundersøkelse blant sentrale informanter i fem arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, 2) en casestudie i fem kommuner som har erfaring med konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle og ideelle tilbydere, og 3) en holdningsundersøkelse i befolkningen.

Kapittel 3

Konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere innen pleie og omsorg har et begrenset omfang i Norge. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) viser i sine undersøkelser at antall kommuner som konkurranseutsetter sykehjem, har økt fra 15 i 2004 til 23 i 2012. Undersøkelsene viser også at antall kommuner som konkurranseutsatte hjemmetjenester i 2004, var sju, og at antallet var økt til 23 i 2012 (Blåka et al. 2012). Måten spørsmål er stilt på i undersøkelsene, gir grunn til å spørre om antallet kommuner som har konkurranseutsatt helse- og omsorgstjenester, egentlig er lavere. Det skilles ikke i spørsmålene mellom driftstjenester, for eksempel kjøkkendrift og vaktmestertjenester, og helse- og omsorgstjenester som gis til beboerne i sykehjem. Vi vet altså ikke om noen kommuner kan ha krysset av for at de har konkurranseutsatt sykehjem, selv om dette kun gjelder kjøkkendrift, vaktmestertjenester og/eller andre driftsoppgaver og ikke helse- og omsorgstjenestene som ytes i institusjonene. Organi-

sasjonen For velferdsstaten har fått gjennomført en kartlegging som viser at det kun var 15 kommuner som konkurransutsatte sykehjem i 2012 (Herning 2012).

Når det gjelder bruk av private kommersielle tilbydere av hjemmetjenester innebærer ikke nødvendigvis dette konkurranseutsetting. Kommunene har ofte innført brukervalgordninger som gir brukere mulighet til å velge om de vil motta tjenester fra kommunen eller private tilbydere. Kommunene kan ha vurdert om hjemmetjenestetilbudet fra de private tilfredsstiller bestemte krav, og gitt tilbyderne konsesjon uten å ha gjennomført anbudsprosesser. NIBR-kartlegginger viser at det fant sted en økning fra sju kommuner i 2004 til 24 kommuner i 2012 som har innført brukervalgordninger. De fleste kommuner som konkurransutsetter pleie- og omsorgstjenester, er store bykommuner.

Gjennomgangen av forskningslitteraturen viser at det verken i Norge, Sverige og Danmark kan konkluderes entydig med at det er forskjeller i kvaliteten på tjenester som driftes av henholdsvis kommunen, private kommersielle virksomheter og ideelle organisasjoner. Noen studier viser bedre kvalitet i de private kommersielle virksomhetene, og andre viser dårligere kvalitet. Gjennomgående viser undersøkelsene små forskjeller. Det er flere metodiske problemer som påpekes ved undersøkelser som prøver å måle kvalitet.

Når det gjelder ansatteforhold, ser vi at det har vært strid om lønns- og pensjonsprospørsmål ved overgang til privat virksomhet i Norge. Ansatte som overføres til privat virksomhet, kan risikere lavere lønn enn kommunalt ansatte, noe som blant annet skyldes at hva som regnes inn i lønna, vil kunne variere, og fordi ansiennitetsstignene er ulike. Også pensjonen kan bli redusert i og med at de private leverandørene vanligvis tilbyr en dårligere pensjonsordning for sine ansatte enn det kommunen gjør – bortsett fra for sykepleierne, som har en lovfestet rett til pensjon i KLP uavhengig av arbeidssted. Det har nylig vært gjennomført flere streiker i Norge som handler om lønns- og pensjonsforholdene for ansatte i private, kommersielle pleie- og omsorgsvirksomheter. Ansatte i de ideelt drevne virksomhetene i Norge har for øvrig tilsvarende lønns- og pensjonsforhold som ansatte i kommunale virksomheter.

Private, kommersielle tilbydere vinner anbud fordi de tilbyr tjenester der det loves en tilsvarende eller bedre kvalitet enn det kommunen kan yte, til en billigere pris. Studier har vist at kommunene sparer penger når det gjelder drift av sykehjem. Det foreligger imidlertid ikke forskning som har kartlagt hele det økonomiske bildet, det vil si som viser hele kostnadsbildet for kommunene. Innsparing på grunn av billigere drift av tjenester er en ting, men utgifter som transaksjonskostnader, kostnader ved å gjennomføre anbudskonkurranser, utarbeide egne tilbud og å følge opp utførere er også en del av bildet. Et slikt regnestykke gjøres i begrenset grad av kommuner som har konkurransutsatt tjenester.

Ideelt drevne sykehjem har egne driftsavtaler med kommunene og påvirkes ikke direkte av konkurranseutsetting. Ideelle berøres imidlertid av konkurranseutsetting når de ønsker å komme inn på «omsorgsmarkedet» med nye tilbud og konkurrere

om å drifte kommunale sykehjem som kommunen konkurranseutsetter. Ideelle har problemer med å komme inn på et slikt marked fordi lønn og særlig pensjon ofte er høyere hos dem enn hos de kommersielle virksomhetene. Ideelle har derfor i liten grad gått inn på dette markedet.

Kapittel 4

Intervjuene av sentrale informanter i arbeidsgiverorganisasjonene NHO, KS og Virke Ideell og arbeidstakerorganisasjonene LO (Fagforbundet) og Norsk Sykepleierforbund viser at synet på konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester er preget av hvem organisasjonene representerer. KS er arbeidsgiverorganisasjon for alle landets kommuner og har sterk interesse av lokalt selvstyre. KS vil derfor ikke ta stilling til hvorvidt de er negative eller positive til konkurranseutsetting innen helse og omsorg. Informanten forteller at det er opp til politikerne som er valgt i kommunene, å ta stilling til og eventuelt fatte vedtak om å gjennomføre anbudsprosesser.

NHO Service har private kommersielle tilbydere av tjenester som medlemmer og skal arbeide for best mulig kår for disse. Informantene løfter fram positive sider ved konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester, som innovasjon, nytenkning, billigere tjenester, de brukerundersøkelsene som har påvist at brukerne av private tjenester har blitt mer fornøyde, og undersøkelser som har vist at det er et lavere sykefravær blant ansatte.

Medlemmene til Virke Ideell er institusjoner som er eid av ideelle organisasjoner eller stiftelser. Organisasjonen er mot konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester i helse- og omsorgssektoren. Informanten påpeker at anbudsprosesser og de nye private kommersielle aktørenes inntreden har ført til et økt press på ideelle sykehjem, selv om disse har inngått driftsavtaler med kommunen og er unntatt anbudsprosesser.

Arbeidstakerorganisasjonene Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund skal ivareta sine medlemmers interesser. De to forbundene er opptatt av og bekymret for om arbeidsforholdene for ansatte blir dårligere. NSF påpeker at selv om lønn og pensjon kan være lik for sykepleiere i sykehjem med ulike eiere, bidrar eierskapsbytte til å skape utrygghet blant ansatte. Medlemmene til Fagforbundet er arbeidstakere som faller inn under KLP når de jobber i kommunale eller ideelle sykehjem, men som informanten forteller, må over på andre pensjonsordninger som er dårligere, når de får private kommersielle eiere. Informanten fra Fagforbundet er opptatt av at medlemmene som jobber i private kommersielle sykehjem, har dårligere lønns- og arbeidsforhold sammenlignet med medlemmer som jobber i kommunale eller ideelle sykehjem.

Informantene fra Fagforbundet og NSF hevder at konkurranseutsetting ikke gir god ressursutnytting for kommunene. Selv om det enkelte private sykehjemmet driftes

billigere enn kommunens, sies anbudsprosesser og oppfølging fra kommunen å være kostnadskrevene.

Informantene fra Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund er også kritiske til de private kommersielle aktørene fordi eierne er store utenlandske selskaper som har som målsetting å tjene penger. Informantene opplever dette som et moralsk problem. Ifølge informantene tilbakeføres ikke inntjening til tjenestene, men går til utenlandske selskaper og skatteparadiser.

Kapittel 5

I kapittel 5 presenteres intervjuer som er gjennomført i fem kommuner som har erfaring med konkurranseutsetting og bruk av kommersielle tilbydere. Alle de fem kommunene har erfaring med konkurranseutsetting av sykehjem og har innført brukervalg for hjemmehjelp. To av dem hadde konkurranseutsatt hjemmesykepleie. Konkurranseutsetting har et relativt lite omfang i casekommunene, og aller minst for hjemmesykepleien. Antall sykehjem som er konkurranseutsatt, er lite. Til tross for mange private tilbydere av hjemmehjelp i de fem kommunene velger et stort flertall av brukerne kommunal hjemmehjelp (ca. 80 prosent).

Flere av informantene, både ansatte i kommuneadministrasjonen, lederne av institusjoner og hovedtillitsvalgte, påpeker at det er vanskelig å måle og sammenligne kvalitet. Hovedinntrykket fra intervjuene er at det alt i alt er små eller ingen forskjeller i kvaliteten på tilbudet som ytes av kommunen, private kommersielle og ideelle tilbydere.

Informantene gir uttrykk for at de ikke har fullstendig oversikt over om det er lønnsforskjeller mellom ansatte i kommunale, private kommersielle eller ideelle sykehjem. Informanter i case studien gir imidlertid uttrykk for at ansatte i private kommersielle tjenester har en litt lavere lønn. Blant informantene i kommuneadministrasjonen, ledere av ideelle sykehjem eller hovedtillitsvalgte oppgir flere at pensjonsforholdene for ansatte, med unntak av for sykepleiere, er dårligere i private kommersielle sykehjem.

Når det gjelder arbeidsforhold, er hovedinntrykket fra intervjuene som er gjennomført i denne studien, at det ikke er noen vesentlige forskjeller i arbeidsforholdene til ansatte i kommunale eller private sykehjem. Vi ser noen forskjeller der de kommunale sykehjemmene kan oppleves som mer forutsigbare og trygge, mens private kommersielle tjenester kan være flinkere til å bringe inn nye ideer og arbeidsmåter. Flere framhever at det i private kommersielle tjenester er kort vei fra idé til handling, og at beslutninger kan tas raskt. Noen gir også uttrykk for at ansatte kan oppleve å ha en større innflytelse på arbeidssituasjonen sammenlignet med i kommunale sykehjem. Casestudien gir, med unntak av i en kommune, få eksempler på dårlige arbeidsforhold i de kommersielle sykehjemmene. Enkelte framhever at sykefraværet er lavere hos de private kommersielle. Hovedtillitsvalgte, noen av informantene fra kommuneadministrasjonen og også to ledere av kommersielle sykehjem gir uttrykk for at det at ansatte har opplevd

eierskifte i kontraksperioden, og at nye anbudsrunder må organiseres når kontrakter går ut, er belastende.

De fem kommunene gjør ingen samlede beregninger av om det økonomiske nettoresultatet av beslutningen om å konkurranseutsette er positivt eller negativt. En kommune jobber mer enn de andre med å prøve å få på plass dette kostnadsbildet. Flere av de ansatte i administrasjonen og flere av de hovedtillitsvalgte og lederne for ideelle sykehjem formidler at anbuds- og oppfølgingsprosesser påfører kommunen større utgifter enn det den tjener på at private kommersielle drifter til en lavere pris sammenlignet med det kommunen gjør.

Kapittel 6

I november 2012 ble det i forbindelse med denne studien gjennomført en undersøkelse av befolkningens holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private tjenester. Litt over halvparten svarer at de foretrekker å motta hjemmesykepleie eller sykehjemsplass fra kommunen. En av ti foretrekker ideelt driftede tjenester, og to av ti foretrekker at tjenestene driftes av private kommersielle. De resterende vet ikke hva de skal svare, eller svarer at det ikke spiller noen rolle hvem som drifter tjenestene.

Når det gjelder praktisk hjelp svarer drøye 70 prosent at de er villig til selv å betale for denne hjelpen om det skulle bli nødvendig på grunn av svekket helsetilstand.

Når vi sammenligner svar fra ulike grupper av befolkningen, ser vi at det er små forskjeller mellom kvinner og menn. Følgende grupper foretrekker kommunale tilbud: eldre, lavt utdannede, ansatte i offentlig sektor, innbyggere som bor andre steder i landet enn Oslo/Akershus, de som bor i små kommuner, og som enten er Arbeiderparti- eller SV-velgere.

Undersøkelsen viser at det er flest av dem som gir uttrykk for oppslutning om velferdsstaten, som foretrekker kommunale sykehjem og hjemmesykepleie.

Kapittel 7

Konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere innen helse- og omsorgssektoren har vært et brennende politisk tema de to siste tiårene. Politiske partier og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner har tatt markant stilling til, enten for eller imot, konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle virksomheter. Innspill i debatten har vært preget av hvem partiene og organisasjonene representerer, og ulike verdier.

Grunnen til at konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester har fått stor oppmerksomhet i den offentlige debatt helt siden begynnelsen av 1990-tallet, skyldes ikke at det er et stort omfang av kommuner som konkurranseutsetter sykehjem og hjemmetjenester. Det er først og fremst store kom-

muner som har konkurranseutsatt denne typen tjenester. Det har derfor blitt hevdet at det er store deler av befolkningen som berøres av konkurranseutsetting. Omfanget av sykehjem som konkurranseutsettes i disse kommunene er imidlertid lite.

Det er på bakgrunn av de undersøkelsene og kartleggingene som er gjort i Norden, ikke mulig å konkludere om private kommersielle tilbydere drifter sykehjem med bedre eller dårligere kvalitet, enn kommunale og også ideelle sykehjem. Kartleggingene er ikke gode nok. Det er metodisk utfordrende å måle og undersøke kvalitet, men det er mye som tyder på at det er mulig å gjøre dette på en bedre måte enn tilfellet er i Norge i dag.

I kontrakter som inngås mellom norske kommuner og leverandører avtales det at tjenester skal leveres med høy kvalitet, etter noen gitte kvalitetsindikatorer, og det stilles krav til at arbeidstakerforhold skal ivaretas etter lov og avtaleverk. Det fremkom i case studien av de fem kommunene, at kommunene i for liten grad følger opp og kontrollerer at lovnader i kontrakter holdes. Det er derfor også vanskelig å konkludere om ansatte ivaretas på en like god måte i private kommersielle sykehjem, som i kommunale eller ideelle sykehjem. Også på dette området er det behov for mer systematisert oppfølging og kartlegging i den enkelte kommune, og sammenligninger på et mer overordnet nivå mellom kommuner.

Gjennomgangen av forskningslitteraturen i Norge og Norden, og casestudien i de fem kommunene viser også at det brukes for lite ressurser på å fremskaffe det totale kostnads bildet for kommuner når de konkurranseutsettes. I stor grad settes det fokus på innsparinger ved å sammenligne drift mellom sykehjem som driftes av ulike leverandører. Disse ses ikke opp mot de samlede utgiftene kommunene har til anbudsprosesser, utforming av egne tilbud, kontraktoppfølging og utforutsette hendelser og eierskifte i kontraktperioder. Det er også påpekt flere feilkilder i sammenligninger som er gjort av driftsutgifter til private og kommersielle sykehjem.

Til slutt. Det er påfallende at det til tross for at konkurranseutsetting og kommuners bruk av private kommersielle driftere av sykehjem og hjemmetjenester får mye oppmerksomhet i offentligheten, og i den politiske debatt, ikke gjennomføres bedre, mer systematiske og omfattende kartlegginger av kvalitet, samlede kostnader og arbeidsvilkår i kommunene, og på overkommunalt nivå.

1 Innledning

I dette prosjektet undersøkes konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle aktører i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, avgrenset til sykehjem og hjemmetjenesten. Begrepet privatisering benyttes ofte for å beskrive utviklingen med konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere i helse- og omsorgssektoren. Privatisering og konkurranseutsetting er imidlertid ikke nødvendigvis overlappende fenomener. Konkurranseutsetting innebærer at private virksomheter leverer tjenester til befolkningen på vegne av det offentlige, og at det offentlige kontrollerer og finansierer tjenestene. Kommunale virksomheter kan også vinne disse anbudsrunderne. Privatisering kan imidlertid skje uten konkurranse og uten at kommunene finansierer og kontrollerer tjenestene. Befolkningen kan selv kjøpe og betale for ulike typer tjenester. Denne studien avgrenser seg til kun å se på offentlig finansierte private tjenester. Innenfor helse- og omsorgstjenestene har vi i Norge i liten grad sett privatisering i betydningen av at den enkelte bruker selv betaler for tjenesten fra private virksomheter (Bogen 2011).

I rapporten gis en oversikt over utbredelsen av konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester i norske kommuner. I fem kommuner er dette undersøkt mer inngående. I hvilken grad disse kommunene har innført brukervalgordninger, er også undersøkt. I de senere år har det funnet sted en framvekst av brukervalgordninger, der offentlige sykehjem og hjemmetjenester åpner for at brukerne kan velge tjenestested eller tjenesteutøver, noe som gjerne innebærer at tjenestene utsettes for konkurranse fra private. I noen kommuner har brukere som blir tildelt hjemmetjenester eller sykehjemsplass fra kommunen, mulighet til å velge om de vil motta tjenesten fra kommunen eller fra private leverandører.

Sentrale spørsmål som belyses i denne rapporten, er hvilken betydning konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester har for 1) kvaliteten på tjenestene, 2) effektivitet og kostnader for kommunene og 3) ansattes lønns- og arbeidsvilkår. I studien er det også undersøkt hvorvidt utviklingen med konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere kan sies å påvirke tjenestene til ideelle. Videre er det undersøkt om det er en sammenheng mellom holdninger til privatisering og konkurranseutsetting og oppslutning om velferdsstaten. I rapporten sammenlignes funn fra Norge med forskning som er gjort i Danmark og Sverige.

1.1 Kvalitet, effektivitet og lønns- og arbeidsvilkår

Kvaliteten på tjenestene

Forskning viser at det både kan være vanskelig å fastsette gode kvalitetsindikatorer og også å gjennomføre tilfredsstillende kvalitetsmålinger innenfor helse- og omsorgstjenestene (Slagsvold 1995; Vabø 2002, 2005). Det er tre hovedaspekter ved tjenestekvalitet i denne typen tjenester. For det første har tjenestene et objektivt aspekt. Dette knytter seg til hva man har i form av for eksempel bemanning og kompetanse i tjenestene. Videre har tjenestene et prosessuelt aspekt, som dreier seg om hva man gjør. For det tredje har tjenestene et resultatasppekt, knyttet til hva man oppnår, for eksempel om man klarer å forhindre liggesår og underernæring, og hvordan brukerne opplever tjenesten. Når man måler resultater, undersøker man om ressurser og arbeidsmåter resulterer i faktisk kvalitet både målt ved objektive og subjektive indikatorer. Flere indikatorer og metoder har blitt tatt i bruk for å vurdere tjenestekvalitet. I brukerundersøkelser undersøkes brukernes subjektive opplevelse av tjenestene de mottar. Disse kan være viktige fordi de synliggjør brukernes opplevde tjenestekvalitet. Flere har imidlertid påpekt svakheter med denne typen undersøkelser. De er ofte vanskelige å gjennomføre fordi brukerne, spesielt de som er svært syke og med store funksjonstap, ofte ikke er i stand til å svare på undersøkelsene. I mange tilfeller, spesielt gjelder det undersøkelser som gjennomføres blant eldre, svarer pårørende på vegne av brukerne. Brukerundersøkelser har ofte lav eller varierende svarprosent (Oslo kommune 2012; Äldreguiden 2011). En annen svakhet som er påpekt, er at eldre har en tilbøyelighet til å svare positivt av grunner som ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på tjenesten. Disse kan for eksempel være at eldre er beskjedne og ikke liker å klage, at de synes synd på ansatte som jobber under sterkt tidspress, og at de kan være redd for at negative tilbakemeldinger kan føre til ubehageligheter (Gautun, Grødem og Hermansen 2012).

Brukerundersøkelser brukes vanligvis i kombinasjon med andre måter å innhente informasjon om tjenestekvalitet på. Dette kan være å gjennomføre tilsyn, som tar for seg mer objektive forhold som bemanning og hvordan virksomheten sikrer at sykehjemsbeboere får nok ernæring og riktig medisiner. Svært ofte går imidlertid tilsyn ut på å kontrollere hvorvidt kvalitetssikringsystemer er på plass i tjenestene. Direkte tilsyn i tjenestene er mer sjelden.

Et sentralt spørsmål som vi skal ta for oss i denne studien, er hvorvidt tjenester som driftes av private kommersielle eiere, har en annen kvalitet enn kommunens egne tjenester. Spørsmålet vil bli belyst ved å sammenligne resultater fra brukerundersøkelser og andre tilnærminger som er gjort for å sammenligne kvaliteten i tjenester driftet av ulike eiere. Spørsmålet undersøkes også gjennom en studie av fem kommuner som er utført som en del av dette prosjektet.

Hvilke aspekter som er innarbeidet i kommunens anbudsdokumenter og kontrakter, kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene. Videre vil det være avgjørende at kom-

munen faktisk kontrollerer om fastsatte krav etterleves. Hvilke krav som stilles når det gjelder bemanning, pasientantansvar, opplæring, kompetanseutvikling og samhandling med kommunale tjenester, kan ha betydning for kvaliteten. Om kommunene har utviklet indikatorer for å måle objektiv og subjektiv kvalitet, vil også kunne spille inn.

Effektivitet og kostnader for kommunene

Innebærer konkurranseutsetting en effektiv måte å organisere tjenestene på, og sparer kommunene penger på å bruke private kommersielle tilbydere? For at en tjeneste skal være kostnadseffektiv, forutsettes det at kvalitet oppnås på den mest kostnadsbesparende måten, at det er samsvar mellom ressursinnsats og resultater med hensyn til kvalitet, og dessuten at kommunen ikke bruker uforholdsmessig mye tid og ressurser til å administrere og følge opp tjenestene. Spørsmål som belyses i denne studien, er: Drifter private kommersielle tjenester med samme eller bedre kvalitet, men til en lavere pris enn kommunene, hva slags typer transaksjonskostnader har kommunene når de konkurranseutsetter, og hva er det samlede kostnadsbildet for kommunene?

Lønns- og arbeidsvilkår

Et annet sentralt spørsmål som undersøkes, er om og hvordan arbeidstakeres lønns- og arbeidsvilkår blir påvirket av kommunenes valg om å konkurranseutsette drift til private kommersielle firmaer. Lønns- og arbeidsvilkår inkluderer i denne sammenheng forhold som lønn, pensjon, jobbsikkerhet, trivsel og mulighet for kompetanseutvikling. Varierer disse mellom sykehjem og hjemmetjenester der arbeidsgiveren er privat kommersiell, privat ideell eller kommunal? Både regler knyttet til virksomhetsoverdragelse, anbudsregelverket, profesjon og tariffreguleringer vil ha betydning for disse spørsmålene. Under presenterer vi kort sentrale hovedtrekk.

Virksomhetsoverdragelse

Der driften av en virksomhet overdras fra en aktør til en annen, vil det ha stor betydning for de ansatte om dette regnes som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven kapittel 16.¹ Dersom overdragelsen utgjør en virksomhetsoverdragelse, får dette konsekvenser både for den ansattes rett til å få videreført sitt arbeidsforhold i den overtakende virksomheten, hvilke lønns- og arbeidsvilkår de ansatte skal ha med seg, samt hva som skjer med en eventuell tariffavtale.

Hvorvidt en overføring vil være en virksomhetsoverdragelse, må avgjøres konkret og etter en sammensatt vurdering. Dersom dette vilkåret er oppfylt, vil alle rettigheter og plikter som følger av den enkelte arbeidsavtale eller arbeidsforholdet for øvrig, overføres til ny arbeidsgiver (§ 16-2). Ny arbeidsgiver blir i utgangspunktet også bundet av

¹ Lov av 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

en eventuell tariffavtale som tidligere arbeidsgiver var bundet av. Her har imidlertid arbeidsgiver en reservasjonsrett. Hvis ny arbeidsgiver ikke ønsker å være bundet av avtalen, kan den senest innen tre uker etter overdragelsestidspunktet gi fagforeningen skriftlig beskjed om dette. I slike tilfeller vil de overførte arbeidstakerne likevel ha rett til å beholde de individuelle arbeidsvilkår som følger av den tariffavtale som den tidligere arbeidsgiver var bundet av. Dette gjelder ut tariffperioden eller til de bindes av en annen avtale.

Også ansattes pensjonsrettigheter skal overføres. Utgangspunktet er at arbeidstakerens rett til videre opptjening i alders-, etterlatte- og uførepensjon skal overføres til ny arbeidsgiver. Denne kan imidlertid velge å gjøre allerede eksisterende pensjonsordninger gjeldende for de overførte arbeidstakerne.

Tariffavtaler

Tariffavtalene etablerer rettigheter og plikter både for organisasjonene og for deres medlemmer. Hvilke rettigheter og plikter det er snakk om, vil avhenge av tariffavtalens innhold. Tariffavtaler som binder samme arbeidstakergrupper, kan ha ulikt innhold alt etter hvilken arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjon som er part i avtalen. For ansatte innen pleie og omsorg er det særlig skillet mellom avtalene med NHO og avtalene med de andre arbeidsgiverorganisasjonene som har skapt bekymring for fagforbundene. Både Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet har avtaleforhold med NHO Service, og disse avtalene har et annet innhold enn for eksempel overenskomstene inngått med den nest største arbeidsgiverorganisasjonen i privat sektor, Virke. Mens pleie- og omsorgsoverenskomsten med NHO Service er bygget på samme lest som andre NHO Service-avtaler, er virksomheter som er medlem av Virke, bundet av avtaler som i stor grad samsvarer med avtalen på de offentlige avtaleområdene og Spekter. Dette har særlig betydning når det gjelder hvilken pensjonsordning de ansatte kommer inn under, da NHO-avtalen ikke regulerer dette.² Hovedvekten av Virkes medlemmer på dette området er virksomheter innen frivillig sektor, mens de kommersielle aktørene i hovedsak er medlem i NHO Service.

Dersom en virksomhet melder seg ut av en arbeidsgiverorganisasjon, blir den ikke dermed fri fra sine forpliktelser. Dette reguleres av arbeidstvistloven § 7.³ Hvis en virksomhet melder overgang fra Virke og til NHO Service, vil utgangspunktet være at virksomheten er bundet av tariffavtalen den hadde i Virke, til utløpet av tariffperioden. Først da kan virksomheten inngå en NHO Service-avtale. Partene kan imidlertid avtale at overgangen skal skje tidligere.

² Dette har mindre betydning for sykepleierne siden disse i hovedsak vil være omfattet av en lovbestemt ordning, se lov av 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere.

³ Lov av 27. januar 2012 nr. 9 om arbeidstvister.

Lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter

Offentlige innkjøpere har et særlig ansvar for å sikre at ansatte hos deres leverandører har akseptable lønns- og arbeidsvilkår. Dette er fastsatt i forskrift om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter, som utgjør en del av anbudsregelverket.⁴ Etter forskriften skal både statlige, kommunale og fylkeskommunale organer stille krav til lønns- og arbeidsvilkår i de kontrakter de inngår med sine leverandører, samt kontrollere at kravene overholdes. Plikten gjelder i tjenestekontrakter som overstiger kroner én million for statlige oppdragsgivere og 1,6 millioner kroner for andre (§ 4).⁵ I denne sammenheng vil det ikke være kontraktens størrelse på den enkelte enhet som er avgjørende, men for hele den juridiske enheten, for eksempel kommunen, sett under ett.

Mer spesifikt skal kravet omfatte at ansatte hos leverandører og eventuelle underleverandører har lønns- og arbeidsvilkår som enten er i tråd med allmenngjorte tariffavtaler, eller der det ikke finnes, i henhold til gjeldende landsomfattende tariffavtale for den aktuelle bransjen. Med lønns- og arbeidsvilkår menes bestemmelser om arbeidstid, lønn, overtidstillegg, skift- og turnustillegg og ulempetillegg. I tillegg skal utgifter til reise, kost og losji dekkes (§ 5).

Oppdragsgiver skal gjennomføre nødvendig kontroll av om kravene til lønns- og arbeidsvilkår overholdes (§ 7). For å få til dette skal oppdragsgiver ta inn i kontrakten at leverandører og underleverandører skal kunne dokumentere at kravene til lønns- og arbeidsvilkår er oppfylt. Oppdragsgiver skal også forbeholde seg retten til å gjennomføre nødvendige sanksjoner dersom vilkårene brytes (§ 6).

1.3 Tjenester driftet av ideelle

I studien undersøkes også om konkurranseutsetting og de nye private kommersielle tilbydernes inntreden i pleie- og omsorgssektoren påvirker de ideelle organisasjonene og stiftelsenes tjenestetilbud, og om konkurranseutsetting skaper noen spesielle utfordringer for de ideelle. Det har alltid vært et innslag av private, ideelle tjenester i Norge. De første helse- og omsorgstjenestene ble opprettet og ytt av ideelle. Etter den andre verdenskrig, og da spesielt fra 1970-tallet, bygget velferdsstaten ut omfattende institusjonstilbud til ulike brukergrupper etter modell fra de ideelle institusjonene. De ideelle samarbeidet tett med det offentlige og bidro blant annet til å gjøre overgangen til offentlig eldreomsorg myk (Seip 1994; Gautun 2003). Det offentlige har ytt det

⁴ Lov av 16. juli 1999 nr. 67 om offentlige anskaffelser, med tilhørende forskrift av 8. februar 2008 nr.112 om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter. Forskriften bygger på ILO-konvensjon nr. 94, og pliktene som nedfelles i forskriften, omtales ofte som «ILO 94».

⁵ Tilsvarende gjelder for bygg- og anleggskontrakter.

meste av helse- og omsorgstjenestene siden 1980-tallet, men ideelle driver fortsatt en del eldreinstitusjoner og sykehjem. Noen av institusjonene drives av store organisasjoner, men de aller fleste drives av små menigheter. Det er generelt gjennomført lite forskning på ideelles helse- og omsorgstjenester og spesielt på hvilken betydning konkurranseutsetting og de private, kommersielle tilbydernes inntreden har å si for tjenester driftet av ideelle.

1.4 Befolkningens holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private

I studien inngår også en undersøkelse av befolkningens holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle helse- og omsorgstjenester. Informantene er også spurt om de er villige til selv å betale for private tjenester, nærmere bestemt praktisk hjelp, dersom de skulle bli hjelpetrengende. Videre er det undersøkt om det er en sammenheng mellom holdninger til privatisering og konkurranseutsetting og oppslutning om velferdsstaten.

Undersøkelser av pleie- og omsorgstjenestene viser at det over tid har funnet sted en innstramning i praktisk hjelp som ytes brukere, spesielt eldre (Gautun 2012; Gautun, Grødem & Hermansen 2013). Denne utviklingen kan tenkes å ha påvirket befolkningens forventninger til hvilke oppgaver velferdsstaten skal ta ansvar for. Samtidig har det blitt mer vanlig at også personer som ikke er hjelpetrengende, kjøper private tjenester. Det finnes ingen oversikt over hvor utbredt dette er (NOU 2011: 17:54), men enkeltstudier viser at interessen for kjøp av slike tjenester er stor, særlig når det gjelder tyngre husarbeid (Brevik & Schmidt 2005).

1.5 Sverige og Danmark sammenlignet med Norge

De første kommunene som konkurranseutsatte sykehjem i Norge, gjorde dette på nittitallet (Bogen & Nyen 1998). Det er utført noe forskning i Norge som har belyst konsekvenser av konkurranseutsetting og framveksten av private kommersielle aktører innen pleie- og omsorgssektoren. En større forskningslitteratur foreligger fra nabolandene Danmark og Sverige, og da spesielt fra Sverige. De to nabolandene har gjort seg flere erfaringer over en lengre tidsperiode enn Norge. For å kunne si noe om effekter av konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere vil det derfor være hensiktsmessig å også se på forskning som er gjort i Sverige og Danmark.

2 Metode og data

Spørsmålene som er stilt innledningsvis, er belyst ved hjelp av fire datakilder: 1) en gjennomgang av forskningslitteraturen i Norge, Sverige og Danmark om konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle virksomheter med hovedvekt på institusjonsomsorg, 2) en kvalitativ intervjuundersøkelse blant sentrale informanter i fem arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, 3) en casestudie i fem kommuner som har erfaring med å konkurranseutsette helse- og omsorgstjenester, og 4) en holdningsundersøkelse i befolkningen om konkurranseutsetting og privatisering og oppslutning om velferdsstaten.

2.1 Kunnskapsstatus

Det er i prosjektet utarbeidet en kunnskapsstatus over foreliggende forskning og utredninger i Norge, Danmark og Sverige om konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle virksomheter innen helse og omsorg. Det foreligger mer forskning i Sverige og Danmark på dette feltet enn det gjør i Norge. Flere evalueringer og studier har blitt gjennomført siden 1990-tallet. I gjennomgangen av forskningslitteraturen er det spesielt rettet søkelys mot studier som er gjennomført de siste fem årene. I gjennomgangen er spørsmålet om utbredelse av konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle aktører belyst. På bakgrunn av foreliggende forskning gis også en oversikt over den kunnskapen som foreligger om konkurranseutsettingens betydning for kvalitet, effektivitet og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. I gjennomgangen refereres også til tidligere studier av befolkningens holdninger til privatisering, konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle innen omsorgssektoren.

2.2 Intervjuer med sentrale informanter i organisasjonene

I november 2012 gjennomførte vi intervjuer med en sentral informant fra hver av følgende organisasjoner: Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, som organiserer andre ansatte grupper innen pleie og omsorg, NHO Service, som organiserer private tjenesteleverandører, Virke, som organiserer de ideelle organisasjonene, og KS, som er kommunesektorens organisasjon. Intervjuene er gjennomført for å belyse ulike syn på og ideologiske og verdimeslige perspektiver på konkurranseutsetting.

De fleste ideelle virksomheter som utfører helse- og omsorgsoppgaver i samarbeid med kommunene, er ikke konkurranseutsatt, men har en driftsavtale med kommunen, gjerne for et visst antall år. Sykehjem driftes både av store organisasjoner som Kirkens Bymisjon og av små menigheter. Vi ser det som viktig å inkludere sykehjem som er driftet av ideelle, i studien, selv om de fleste har driftsavtaler og ikke inngår i konkurranse. Grunnen til dette er at vi ønsker å undersøke om kommunenes innføring av konkurranseutsetting og bruk av kommersielle aktører har endret betingelsene for de ideelle sykehjemmene med hensyn til hvilke kontrakter som inngås, kvalitet, effektivitet, ansattes lønns- og arbeidsvilkår og kontroll fra kommunens side. Et sentralt spørsmål som stilles, er hvorvidt reduksjonen som har funnet sted i antall sykehjem driftet av ideelle, kan tilskrives konkurranseutsetting og de nye private kommersielle aktørene på omsorgstjenestefeltet.

2.3 Casestudie i fem kommuner

For det tredje er det gjennomført en casestudie i fem kommuner som har erfaring med å konkurranseutsette helse- og omsorgstjenester. Vi har først og fremst sett på konkurranseutsetting av sykehjem og hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie), men også stilt spørsmål om brukervalgordninger i hjemmetjenestene. De fem kommunene er valgt på bakgrunn av en nylig gjennomført kartlegging av anbudsrunder og konkurranseutsetting av sykehjem i Norge i perioden 1997–2012 (Herning 2012). Denne avdekker at det i alt har blitt gjennomført 47 anbudsrunder i til sammen 15 kommuner i denne tidsperioden. Antallet kommuner som konkurranseutsetter sykehjem, varierer noe fra år til år. Konkurranseutsetting av sykehjem er ikke vanlig i små kommuner. Ifølge kartleggingen hadde den minste kommunen som hadde konkurranseutsatt sykehjem i Norge, 17 000 innbyggere. I SSBs klassifisering av innbyggertall regnes dette som en mellomstor kommune. Innbyggertall fra 20 000 og oppover kategoriseres som en stor kommune. I begynnelsen av oktober 2012 konkurranseutsatte for første gang en liten kommune (4800 innbyggere) helse- og omsorgstjenester. Kommunen

har konkurranseutsatt all eldreomsorg, det vil si drift av sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, uttrykking på trygghetsalarmer og matombringning til hjemmeboende.

Vi tok opprinnelig kontakt med toppledere i til sammen seks kommuner for å spørre om deres kommune kunne delta i studien. En rådmann sa nei og begrunnet dette med at de var i en situasjon med sterkt tidspress. De fem andre kommunene sa ja. Både kommunene og informantene som er intervjuet, er anonymisert. Flere av informantene ga uttrykk for at det var viktig for dem at kommunen ikke skulle navngis. Vi som intervjuet, fikk inntrykk av at vissheten om anonymitet førte til at flere opplevde seg trygge til å svare fritt på spørsmålene vi stilte. Det er intervjuet informanter med ulik plassering i kommunens organisasjon. Disse er åtte toppledere i administrasjonen for helse- og omsorgstjenesten, lederne av bestillingskontor i de fem kommunene, fire ledere/avdelingsledere for private, kommersielle sykehjem, ledere av fire sykehjem driftet av ideelle (to ble intervjuet i ett sykehjem) samt Sykepleierforbundets hovedtillitsvalgt i kommunen (3) og to fylkesledere med ansvar for ansatte i private kommersielle sykehjem.

I tre av de fem kommunene tok lederne i sentraladministrasjonen (på nivå under rådmann) med seg en annen ansatt i sentraladministrasjonen til intervjuet. Årsaken til at det kun er intervjuet fire ledere for private kommersielle sykehjem, er at leder for det private kommersielle sykehjemmet som hadde kontrakt i en kommune, ikke ønsket å delta i studien. Grunnen som ble oppgitt, var at vedkommende var skeptisk til å delta i en undersøkelse finansiert av Norsk Sykepleierforbund fordi organisasjonen er mot konkurranseutsetting og private kommersielle aktører. NSF ble sagt å kun velge ut og framheve funn fra undersøkelser som tegner et negativt bilde av kommersielle sykehjem. Årsaken til at det bare er gjennomført intervjuer med ledere av ideelle sykehjem i fire av kommunene, er at en av kommunene ikke har sykehjem som driftes av ideelle. I et av de ideelle sykehjemmene intervjuet vi to informanter. Da vi begynte å intervjuer i den første kommunen, oppdaget vi at Sykepleierforbundets hovedtillitsvalgt hadde lite oversikt over ansattes forhold i de private kommersielle sykehjemmene i kommunen. Ansvar for disse lå på forbundets fylkeskontor. Vi intervjuet informanter fra fylkeskontoret i de to kommunene hovedtillitsvalgt ikke hadde oversikt over og kunne svare på spørsmål om ansatteforhold. De fleste av informantene hadde over en lang tidsperiode jobbet innen sektoren i kommunen de var ansatt i, og hadde god oversikt og kjennskap til helse- og omsorgstjenestene. Intervjuene ble gjennomført i november og desember 2012. I alt 17 av de 28 informantene som deltok i undersøkelsen, ble intervjuet ansikt til ansikt. Ni ble intervjuet over telefon.

Følgende spørsmål er undersøkt i casestudien: Hvor utbredt er konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester i de fem kommunene? Hvor utbredt er brukervalgordninger? Hvordan utformer kommunene anbuds-dokumenter og egne tilbud? Hvilke avtaler inngås, og hvordan følger kommunene opp de private tjenestene og institusjonene? På bakgrunn av intervjuene belyses hvilke konsekvenser konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle institusjoner og

tjenester har for kostnadseffektivitet i tjenesteproduksjonen, og hvilke transaksjonskostnader og kostnader til oppfølging kommunene har. Andre spørsmål som belyses, er hvilken betydning konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle har for kvaliteten på tjenestene og ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsforhold. Videre er det stilt spørsmål om hvorvidt veksten i private kommersielle tjenester påvirker omfanget av og innholdet i ideelles tjenestetilbud. Hvilke utfordringer skaper konkurranseutsettingen for de ideelle? Til slutt er det stilt et åpent spørsmål om mulig samspill mellom samhandlingsreformen og konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem. (Intervjuguide er vedlagt i Appendiks)

2.4 Spørreundersøkelse i befolkningen

Den fjerde datakilden i studien er en spørreundersøkelse som Respons Analyse har gjennomført på oppdrag for Fafo med et representativt utvalg på 1000 personer av befolkningen over 18 år. Fafo utarbeidet seks spørsmål om holdninger til konkurranseutsetting, privatisering og oppslutning om velferdsstaten, som inngikk i en omnibus som Respons Analyse gjennomførte 12.–16. november 2012.

Det er undersøkt om svarene varierer etter følgende bakgrunnsvariabler: alder, kjønn, utdanning, om informantene er yrkesaktive, og om de som er yrkesaktive, er ansatt i offentlig eller privat sektor, samt informantenes partitilhørighet. (Spørreskjema er vedlagt i Appendiks, vedlegg 2.)

3 Forskning om konkurranseutsetting i Norge, Sverige og Danmark

I det følgende gjennomgås nyere forskning fra Norge og nabolandene Sverige og Danmark om erfaringer med konkurranseutsetting, bruk av private kommersielle tilbydere og brukervalg innen helse- og omsorgstjenestene. Med helse- og omsorgstjenester menes her sykehjem, hjemmehjelp og hjemmesykepleie. I gjennomgangen ser vi på hva som foreligger av forskning om konsekvenser av konkurranseutsetting og bruk av private, kommersielle tjenester for kvalitet, effektivitet/kostnadseffektivitet og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. I en del av de kommunene som har konkurranseutsatt helse- og omsorgstjenester, eier ideelle organisasjoner eller stiftelser egne sykehjem som kommunen benytter, eller ideelle organisasjoner drifter kommunale sykehjem i disse kommunene. Vi har også sett på om det er gjennomført forskning om konkurranseutsetting og bruk av private, kommersielle tjenester har påvirket tjenester driftet av ideelle aktører i disse kommunene.

På grunn av prosjektets (begrensede) omfang har vi ikke hatt anledning til å gjøre et omfattende søk på nordisk litteratur om konsekvenser av konkurranseutsetting. Den følgende presentasjonen gjør derfor ikke krav på å gi et utfyllende bilde. For Sveriges og Danmarks del har det nylig (i 2011/2012) kommet forskningsrapporter om konkurranseutsetting som oppsummerer den foregående forskningen nettopp på de tjenesteområdene vi studerer. Vi har derfor benyttet oss av disse. Vi har i tillegg studert nye rapporter fra for eksempel myndighetsorganer som Sosialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting for Sveriges del og for Danmarks del for eksempel Udbudsportalen. I tillegg har vi søkt etter nyere forskning om temaet gjennom blant annet BIBsys, Libris og Google. Også studier om temaet gjennomført av ulike organisasjoner er gjennomgått. For Norges del har vi søkt etter studier fra de siste fire til fem årene. Generelt er det gjennomført få studier om konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i de nordiske landene i de senere år, men flere i Sverige enn i Danmark og Norge. Som en første introduksjon til temaet gir vi et lite bilde av hva forskningen har vist om befolkningens syn på konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester.

3.1 Hvilke holdninger har befolkningen til konkurranseutsetting og bruk av private?

Fafo har gjennomført flere undersøkelser om befolkningens holdninger til konkurranseutsetting generelt og helse- og omsorgstjenester spesielt. I 2009 ble det gjennomførte en landsrepresentativ undersøkelse som kartla holdninger i befolkningen til bruk av kommunale versus private, kommersielle aktører innen eldreomsorg (Bogen & Seip 2009). Befolkningen ble spurt om de mente at det er viktig at blant annet eldreomsorg drives i offentlig regi, eller om denne oppgaven i større grad kunne overlates til private, kommersielle aktører på oppdrag av det offentlig og dermed finansiert av det offentlige. Tabell 3.1 viser svarfordelingen på spørsmålet.

Tabell 3.1 De siste 5-10 årene har store deler av offentlig sektor blitt konkurranseutsatt ved at private virksomheter utfører oppdrag for det offentlige. Er du positiv eller negativ til denne utviklingen, eller har du ingen mening om saken? (N = 1000) Prosent. 2008.

Type tjeneste	Bør drives av det offentlige	Kan i større grad drives av private	Vet ikke, vanskelig å avgjøre	Sum
Eldreomsorg	57	33	11	100

Vi ser av tabell 3.1 at majoriteten av befolkningen ønsker at eldretjenester bør drives av det offentlige. Relativt mange, en tredjedel av de spurte, mener imidlertid at tjenestene i større grad kan drives av private, kommersielle aktører. En del, 11 prosent, mener at det er vanskelig å mene noe om problemstillingen.

I 2012 gjennomførte Fafo en annen lignende undersøkelse som også kartla holdninger i befolkningen til konkurranseutsetting av blant annet pleie- og omsorgstjenester (Djuve & Fløtten 2012). Her ble et representativt utvalg av befolkningen spurt om hvor godt de mente at pleie- og omsorgstjenester på sykehjem egner seg for konkurranseutsetting. Svarfordelingen blir vist i tabell 3.2.

Tabell 3.2 Hvor godt mener du at pleie og omsorg for eldre på sykehjem egner seg for konkurranseutsetting? (N = 1002) Prosent. 2012.

Type tjeneste	Svært godt	Ganske godt	Verken godt eller dårlig	Ganske dårlig	Svært dårlig	Ikke sikker	Sum
Pleie og omsorg for eldre på sykehjem	15	26	16	19	21	2	100

Av tabell 3.2 ser vi at vel 40 prosent mener at pleie og omsorg for eldre på sykehjem egner seg godt eller ganske godt for konkurranseutsetting, og at like mange mener at slike tjenester egner seg ganske eller svært dårlig. 16 prosent har ingen bestemt oppfatning og sier at slike tjenester verken egner seg godt eller dårlig. 2 prosent er ikke sikker.

Selv om ordlyden i de to undersøkelsene er noe forskjellig, ser vi, særlig i den siste undersøkelsen, at befolkningen er splittet i synet på konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester. Foreliggende data viser at det faktiske omfanget er forholdsvis begrenset, selv om vi kan spore en viss økning over tid. Det er tema i neste avsnitt.

3.2 Omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg i norske kommuner

NIBR har over flere år kartlagt omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg innen pleie- og omsorgssektoren på oppdrag for Kommunal- og regionaldepartementet (Blåka, Tjerbo & Zeiner 2012). Vi vil imidlertid ta for oss de siste undersøkelsene, som ble gjennomført i henholdsvis 2004, 2008 og i 2012.⁶ I tabell 3.3 under presenterer vi NIBRs tall for konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester i perioden 2004–2012. Ifølge oversikten hadde i alt 23 kommuner konkurranseutsatt sykehjem, og 24 kommuner hadde konkurranseutsatt hjemmetjenester. Det er noen metodiske svakheter ved spørsmålene som er stilt, som gir grunn til å spørre om det er en overrapportering. Spørsmål som er stilt, er: «Benytter kommunen konkurranseutsetting på noen av områdene nedenfor? Med konkurranseutsetting mener vi kjøp av tjenester i anbudskonkurranse. Det vil si at det arrangeres en anbudskonkurranse om driften av en tjeneste/et tjenesteområde, der private og ev. kommunale driftsenheter gis muligheten til å komme med tilbud på driften av tjenesten». To av områdene som kommunene er bedt om å krysse av på, er: institusjonsbasert pleie og omsorg og pleie og bistand i hjemmet. Det er altså ikke skilt mellom driftsoppgaver, for eksempel vaktmestertjeneste og kjøkkendrift, og helse- og omsorgstjenestene som ytes beboerne i sykehjem. Det er heller ikke hentet inn ytterligere informasjon som kan vise om kommunene kan ha tolket kjøkkendrift som en del av pleie- og omsorgstjenesten. Organisasjonen For velferdsstaten opererer med en god del lavere tall enn NIBR-undersøkelsen. I en undersøkelse fra 2012 angir organisasjonen 15 kommuner, mens altså NIBR-undersøkelsen angir 23 kommuner for dette året (Herning 2012).

⁶ Spørsmålsordlyden i spørreskjemaet er litt forskjellig i 2012 sammenlignet med i de to tidligere undersøkelsene. Svarene i 2012 er ifølge forfatterne mer korrekte enn i de tidligere undersøkelsene. Veksten i bruken av disse organisasjonsformene i perioden 2004–2012 kan dermed være noe svakere enn tallene som framkommer i de to første undersøkelsene, antyder. Det er imidlertid trolig snakk om små avvik fra de reelle tallene.

Tabell 3.3 Omfanget av konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester. Enhet: kommune. Prosent (antall kommuner i parentes).

Typen av tjeneste	2004	2008	2012
Institusjonsbasert pleie og omsorg	5 (15)	4 (14)	7 (23)
Pleie og bistand i hjemmet	2 (7)	3 (9)	7 (24)

Kilde: Blåka, S., Tjerbo, T. & Zeiner, H. (2012). Kommunal organisering 2012. NIBR-rapport 2012:21. Oslo: NIBR.

Vi ser at det har vært en viss vekst i bruk av konkurranseutsetting av både institusjonsbaserte og hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Hjemmetjenester ytes både eldre og yngre brukere. Selv om det har vært en viss vekst i perioden, ser vi at det per 2012 fremdeles er relativt få kommuner som konkurranseutsetter pleie- og omsorgstjenester. De kommunene som har innført konkurranseutsetting, er oftest store kommuner med hensyn til både innbyggertall og ansatte.

NIBR registrerer i sine undersøkelser også omfanget av fritt *brukervalg* innen pleie- og omsorgssektoren. I tabell 3.4 under presenterer vi tall for brukervalgordninger.

Tabell 3.4 Omfang av friere brukervalg i pleie- og omsorgstjenestene. Enhet: kommune. Prosent (antall kommuner i parentes).

Typen av tjeneste	2004	2008	2012
Institusjonsbasert pleie og omsorg	2 (2)	2 (6)	4 (12)
Pleie og bistand i hjemmet*	3 (10)	4 (14)	8 (27)

Kilde: Blåka, S., Tjerbo, T. & Zeiner, H. (2012). Kommunal organisering 2012. NIBR-rapport 2012:21. Oslo: NIBR.

* I likhet med for omfanget av konkurranseutsatte institusjonstjenester synes det å rå usikkerhet omkring omfanget av brukervalg innen pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. Mens NIBR-undersøkelsen angir 27 kommuner for 2012, angir NHO Service 17 kommuner (NHO Service 2013).

Vi ser av tabell 3.4 at det også de siste åtte årene har vært en vekst i antallet kommuner som har innført brukervalgordninger i pleie- og omsorgstjenestene, særlig i hjemmetjenestene. Som for konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester er det først og fremst store kommuner som har innført brukervalgordninger. En større andel av befolkningen berøres derfor av ordningen med fritt brukervalg enn antallet kommuner isolert sett tilsier. For de kommunene som har innført brukervalg i sykehjem, går ordningen ut på at brukere kan velge mellom sykehjem.

3.4 Antall private, kommersielle aktører på markedet i Norge

En studie som ble utført på oppdrag for organisasjonen For velferdsstaten i 2012, har undersøkt omfanget av private, kommersielle aktører som deltar i anbudsprosesser om sykehjem (Herning 2012). Oversikten viser at av de 47 anbudsrundene som ble gjennomført i perioden 1997–2012, ble 38 vunnet av en kommersiell aktør. I 33 av de 38 vinnervirksomhetene har det imidlertid skjedd vesentlige endringer i eierstrukturen i form av blant annet oppkjøp eller sammenslåinger. Bak de 38 anbudskontraktene har organisasjonen beregnet at det har stått elleve selskaper. Per 2012 sies det at fem konserner står bak den kommersielle sykehjemsdriften i Norge, hvorav ett (Adecco Helse) er i ferd med å gå ut av dette markedet. Dermed synes det å være fire selskaper (Aleris Omsorg AS, Attendo Norge AS, Norlandia Omsorg AS og Unicare Omsorg AS) som vil være involvert i privat, kommersiell sykehjemsdrift i Norge i nærmeste framtid.

3.5 Omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg i Sverige

Sverige har i lang tid og i et atskillig større omfang enn Norge konkurranseutsatt velferdstjenester, også pleie- og omsorgstjenester. Fra og med 2009 innførte Sverige en lov om valgfrihet i kommunene (forkortet LOV) som legger til rette for at kommuner kan innføre brukervalgordninger, også i pleie- og omsorgstjenestene.⁷ Kommunene står fritt til å innføre en slik lov, men dersom de gjør det, må de følge et felles regelverk og rammebetingelser for hvordan ordningen skal praktiseres, blant annet at det skal være etableringsfrihet for private tilbydere, og at prisen på tjenestene skal være lik for offentlige og private tilbydere. Loven omfatter både hjemmetjenester og institusjonstjenester. For hjemmetjenester er prisen basert på en fast timesats, mens den for institusjonstjenester er basert på hver enkelt brukers omsorgsbehov. Siden utførerne ikke kan påvirke prisen, er det *kvaliteten* det kan konkurreres om (Socialstyrelsen 2012). Svenske myndigheter ønsker for øvrig at alle kommuner skal innføre et valgfrihetssystem og ha besluttet dette innen 2014. Dersom det ikke skjer, vurderes det at valgfrihet pålegges kommunene gjennom lov (Socialstyrelsen 2013).

Ifølge en ny rapport fra Socialstyrelsen hadde 132 av Sveriges 290 kommuner (vel 45 prosent) i desember 2012 innført LOV innen omsorgen for eldre og

⁷ Kriteriet for å kunne si at et slikt system er innført, er i statistikken at det finnes minst en ikke-kommunal («enskild») leverandør, og at minst en person i målgruppen har valgt en ikke-kommunal leverandør. Ordningen gjelder ikke bare eldreomsorg, men mange tjenester.

funksjonshemmede. Det er vanligst at en valgfrihetsordning tilbys innen hjemmetjenestene. Cirka 59 prosent av alle hjemmetjenestemottakere over 65 år bor i en kommune som har innført lov om valgfrihet (Socialstyrelsen 2013). 97 kommuner (33 prosent) hadde innført brukervalg for service og personlig pleie⁸, mens 25 (vel 8 prosent) hadde innført ordningen innen hjemmesykepleie.⁹ Det er ifølge Socialstyrelsen få kommuner som har innført valgfrihet i institusjonstjenestene (Socialstyrelsen 2012). Det er imidlertid antatt at ordningen med brukervalg etter LOV, med kvalitetskonkurranse i stedet for priskonkurranse, etter hvert vil bli den dominerende måten konkurransen om pleie- og omsorgstjenesten vil skje på i Sverige (Sveriges Kommuner och Landsting 2011:58).

Det er ifølge svenske eldreomsorgsforskere generelt vanskelig å skaffe oppdaterte tall for omfanget av konkurranseutsatt pleie og omsorg i Sverige, men en av Sveriges mest kjente eldreomsorgsforskere, Marta Szebehely, anslår at i 2010 ble 19 prosent av eldreomsorgen, både når det gjelder institusjoner og hjemmetjenester, utført av private virksomheter (Szebehely 2011:223).¹⁰

3.6 Omfanget av konkurranseutsetting og brukervalg i Danmark

Fra og med 2003 innførte Danmark en ordning med fritt valg på hjemmehjelpsområdet. Denne ordningen innebærer at alle danske kommuner har plikt til å legge til rette for at brukere av hjemmetjenester kan velge mellom offentlige og private tjenestetilbydere (KEVI 2011:3). Som oftest er ordningen organisert slik at kommunene fastsetter kvalitetskrav (gjennom sertifisering av virksomheter) og enhetspriser for tjenestene, slik at leverandørene konkurrerer på kvalitet. Hjemmetjenester omfatter praktisk hjelp (rengjøring, klesvask, innkjøp) og personlig pleie (toalettbesøk, påkledning) og matservering, men ikke sykepleie. I 2009 mottok 30 prosent av brukerne praktisk hjelp i hjemmet fra en privat leverandør, mot 10 prosent i 2004. Denne andel er den samme i alle aldersgrupper. Også med hensyn til personlig pleie har det vært en økning, men her var det bare 5 prosent av de eldre som hadde valgt en privat leverandør i 2009.

⁸ Service omfatter hjelp med f.eks. vask og innkjøp, mens personlig pleie omfatter hjelp med f.eks. påkledning, hygiene og medisinerings.

⁹ Der kommunene har overtatt ansvaret for hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie var tidligere et fylkeskommunalt ansvar; nå har ca. halvparten av kommunene overtatt dette ansvaret.

¹⁰ Den svenske statistikken hos Socialstyrelsen skiller ikke mellom ideelle og kommersielle virksomheter, men generelt er det få ideelle omsorgsvirksomheter i Sverige.

Konkurransetsatte institusjonstjenester for eldre synes å ha et veldig lite omfang i Danmark. I perioden 2004–2009 hadde bare fire kommuner konkurranseutsatt tjenester på pleiehjem (Udbudsrådet 2011). I Danmark ytes hjemmetjenester også i institusjon; det kan derfor være at en del av dem som bor på institusjon, omfattes av brukervalgordninger for tjenester som praktisk hjelp og personlig pleie.

3.7 Hvilke konsekvenser har konkurranseutsetting for kvaliteten på tjenestene?

Sverige

Opp gjennom årene er det gjennomført en rekke evalueringer av effektene konkurranseutsetting har på tjenestekvaliteten. Mange av studiene har vært basert på casestudier og har derfor i begrenset grad vært egnet til å generalisere funn (Szebehely 2011). I de senere årene er det gjennomført flere større, landsomfattende studier av kvalitetsutviklingen, i hovedsak på oppdrag fra myndighetene. Vi vil i stor grad konsentrere oss om disse nye studiene i og med at dagens svenske debatt om konkurranseutsetting tar utgangspunkt i disse. En av de nye studiene oppsummerer også de tidligere studiene slik at de eldre studiene inngår i dagens debatt (Socialstyrelsen 2012).

Utvikling av kvalitetsindikatorer i Sverige

Før vi går nærmere inn på studiene av konkurranseutsettingens betydning for kvaliteten på tjenestene, vil vi nevne at svenske myndigheter i samarbeid med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)¹¹ har utviklet et verktøy for å vurdere kvaliteten i eldreomsorgen gjennom de såkalte Oppna jämförelser / Äldreguiden.¹² Her innhentes ulike typer av informasjon, også om kvaliteten i eldreomsorgen. «Öppna jämförelser» baserer seg både på selvrapporterte enquêtedata fra kommunale og private virksomheter, registerdata og bruker- og pårørendeundersøkelser. Med hensyn til kvalitet legges det vekt på å fange opp både strukturkvalitet (f.eks. personaltetthet, personalets utdanning, turnover, omfang av enerom osv.), prosesskvalitet (hvordan omsorgen utføres, f.eks. hvordan liggesår eller fall forsøkes hindret, hvordan medisinhåndteringen skjer, hvordan maten er) og det man kan kalle resultatkvalitet, hva de strukturelle og prosessuelle forholdene resulterer i (f.eks. omfanget av liggesår og fall, om beboerne holder vekten, brukernes opplevelse av omsorgen osv., det vil si både objektive og subjektive indikatorer på resultatkvaliteten). Både institusjonstjenester og hjemmetjenester inngår; det samme gjør private og offentlige leverandører slik at det er mulig å sammenligne dimensjonen

¹¹ KS' søsterorganisasjon i Sverige.

¹² <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/aldreomsorg>

offentlig – privat eldreomsorg. Etter hvert inngår så godt som alle kommuner og alle offentlige så vel som private omsorgsvirksomheter (99 prosent av alle sykehjem) i opplegget, det vil si at all eldreomsorg i Sverige inngår. Kvalitetsindikatorerne er under utvikling, noe som innebærer at noen tas bort, mens nye kommer til etter som man innhenter erfaringer med hvordan indikatorerne «fungerer» som indikatorer på kvalitet, men også avhengig av hvor god datakvaliteten for den enkelte indikator er (om tilstrekkelig mange besvarer de aktuelle spørsmålene) (Socialstyrelsen 2012:18). Mye av forskningen om omsorgskvalitet i svensk eldreomsorg baserer seg nå på dette omfattende datamaterialet.

I Sverige pågikk det høsten 2011 en debatt om konsekvenser av konkurranseutsetting. Bakgrunnen var at Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) utga en stor rapport om konsekvenser av konkurranseutsetting av en rekke offentlige tjenester, inklusive omsorg for eldre (Hartman, red. 2011a). Ifølge redaktøren for rapporten har det rådd en overraskende mangel på kunnskap om effektene av konkurranseutsetting i velferdssektoren, tross flere tiår med konkurranseutsatte tjenester og mange studier (Hartman 2011b). Rapporten, som er en sammenstilling av foreliggende statistikk og det meste av den forskningen som hadde blitt gjennomført fram til 2011, fant ikke vitenskapelig belegg for at kvaliteten og effektiviteten på tjenestene hadde økt som følge av konkurranseutsettingen. Det påpekes også at ulike typer metodeproblemer, som at det har manglet gode mål på kvalitet, har vanskeliggjort ikke bare en sammenligning mellom offentlig og privat drift, men vurdering av kvalitet innenfor de ulike tjenestene generelt sett. Rapporten peker også på at det er behov for bedre oppfølging og kontroll av både private og offentlige virksomheter for at kvaliteten skal bedres innen disse tjenestene.

Kapitlet om eldreomsorg i den svenske rapporten var skrevet av Marta Szebehely (2011). Hun peker i dette kapitlet på at ressursene til eldreomsorg generelt har blitt redusert de siste årene (med 6 prosent i perioden 2000–2009), mens de har økt kraftig for personer med funksjonsnedsettelse (med 66 prosent i samme periode), til tross for vekst i andelen eldre. Hun viser til studier av kvalitetsutviklingen i Sverige basert på en rekke av kvalitetsindikatorerne (nevnt over) og med tall fra 2007 (for eksempel Stolt, Blomquist & Winblad 2011) som viser at de offentlige pleie- og omsorgsinstitusjonene hadde bedre kvalitet enn de private dersom man ser på strukturindikatorer som personaltetthet og andel heltidsstillinger og (færre) timeansatte. De private hadde bedre kvalitet på indikatorer som muligheter til å velge middag, færre timer nattetid uten mat og at flere eldre medvirket i utformingen av en individuell omsorgsplan. På basis av disse funnene konkluderte studien til Stolt, Blomquist & Winblad, referert hos Szebehely, med at de kommunale pleie- og omsorgsvirksomhetene er mer innrettet mot strukturkvalitet, mens de private er mer opptatt av prosesskvalitet. Med hensyn til hvordan brukere og pårørende oppfatter omsorgskvaliteten, viser Szebehely til studier med varierende resultater (Szebehely 2011:242): En studie fra 2010 (Svenskt

Kvalitetsindex) viste at eldre og/eller pårørende var mest fornøyde med kommunale eldreinstitusjoner mens en lokal, men omfattende studie fra Stockholm viste større tilfredshet med de private institusjonene og hjemmetjenestene. Kvalitetsrevisjonene i denne siste undersøkelsen (som fanger opp avvik med hensyn til f.eks. fall, liggesår og underernæring) viste imidlertid ingen forskjell mellom offentlige og private leverandører (referert i Socialstyrelsen 2012:52 ff.). Oppsummeringsvis sier Szebehely at foreliggende forskning ikke viser noen entydige konsekvenser av konkurranseutsetting verken med hensyn til kostnader eller kvalitet (Szebehely 2011:251).

I 2012 gjorde også Arfwidsson & Westerberg en studie på bakgrunn av det tidligere nevnte datamaterialet fra Socialstyrelsen, der altså nå 99 prosent av alle sykehjem inngår, men med tall for 2010 (Arfwidsson & Westerberg 2012). Her var det tatt med flere struktur- og prosessindikatorer enn i studien nevnt over med tall for 2007.¹³ Forfatterne skilte mellom private virksomheter som er del av et konsern (private equity¹⁴) (utgjorde 185 sykehjem) og private selvstendige (ofte små) virksomheter (N = 118), men begge såkalte for-profit-virksomheter, i tillegg også offentlig drevne sykehjem (N = 2316) og ideelt drevne (N = 49).¹⁵ Målsettingen med studien var, på bakgrunn av debatten om den rollen private omsorgskonsern spiller i svensk eldreomsorg, å undersøke om de skilte seg negativt ut med hensyn til tjenestekvalitet. Studien fant at private-equity-virksomheter hadde et lavere antall ansatte per beboer og en større andel timeansatte enn det de andre gruppene virksomheter hadde. Private-equity-virksomheter hadde imidlertid også færre timer nattetid uten mat, relativt flere av beboerne som deltok i utarbeidelsen av individuell omsorgsplan, flere beboere som hadde fått gjennomgått medisineringsen sin det siste året, og flere som hadde blitt vurdert med hensyn til fare for fall, liggesår og underernæring. Forfatterne oppsummerer studien med at private-equity-virksomhetene hadde bedre kvalitet enn de andre typene sykehjem, gitt de kvalitetsindikatorene som var tilgjengelige, dette til tross for at de har lavere bemanning og flere timeansatte. Som det sies i oppsummeringen: Et høyt antall ansatte per beboer er ikke i seg selv en garanti for god kvalitet, men er avhengig av den kvaliteten de ansatte faktisk yter.

På bakgrunn av en opphetet debatt om den ovenfor nevnte rapporten om konsekvensene av konkurranseutsetting i Sverige (Hartman 2011a), fikk Socialstyrelsen i oppdrag å undersøke om det på grunnlag av andre foreliggende undersøkelser var mulig å finne noen systematiske kvalitetsforskjeller mellom offentlig og privat, kommersiell

¹³ Flere indikatorer har kommet til.

¹⁴ På norsk oversettes gjerne betegnelsen private equity med «aktiv eierkapital». Her inngår virksomheter som Attendo, Carema og Aleris. Det er få slike firmaer i Sverige, men de driver relativt mange sykehjem.

¹⁵ I Sverige finnes få ideelle (non-profit) pleie- og omsorgsvirksomheter, men relativt flere private sykehjem som ikke er del av et omsorgskonsern, men som også regnes som for-profit-virksomheter.

(«enskild») eldreomsorg. Sosialstyrelsens rapport kan dermed ses som en metaanalyse av foreliggende (eldre) studier om dette temaet.

Sosialstyrelsens rapport forelå våren 2012 (Sosialstyrelsen 2012). Rapporten gjennomgikk mange tidligere studier, men også nye tall fra Äldreguiden (for 2011), og der nå 99 prosent av alle offentlige og private sykehjem og hjemmetjenester inngår (Sosialstyrelsen 2012:17 ff.). Rapporten understøtter i hovedsak de tidligere nevnte funnene fra Äldreguiden. De private virksomhetene har bedre resultater når det gjelder prosessmål som andelen eldre som er vurdert med hensyn til fare for fall, trykksår eller underernæring, i tillegg også andelen eldre som har fått en gjennomgang av medisineringen, og andelen eldre som har deltatt i utforming av en omsorgsplan. De private virksomhetene har også kortere nattfaste (maksimalt 11 timer). De kommunale virksomhetene kommer bedre ut på strukturmålene ved at de har en mindre andel ansatte som er timeansatt, og en høyere personaltetthet (0,9 versus 0,8) samt en større andel eldre med eget rom og kokemuligheter. For hjemmetjenester vises et tilsvarende bilde.¹⁶

Den overordnede konklusjonen i Sosialstyrelsens rapport var imidlertid at man, etter analyse av mange ulike informasjonskilder, blant annet tidligere forskning, ikke kunne finne noen systematiske kvalitetsforskjeller som kunne forklares med regiform/driftsform, det vil si om tjenesten drives i offentlig eller privat regi. Det samme gjaldt når man så på det som i Sverige kalles vinstdrivande (kommersielle, profittsøkende) versus icke vinstdrivande (ideelle, ikke profittsøkende) aktører. Det påpekes imidlertid at metodeproblemer ved den forskningen som er gjennomført, som at det ofte dreier seg om studier av et lite antall enheter (kommuner eller virksomheter), og at det så godt som aldri gjennomføres før-og-etter-studier, vanskeliggjør generelle konklusjoner om kvalitetsutviklingen.

For brukervalgets (kundval) del påpeker rapporten at eldre ofte er positive til å kunne velge utfører, men at mange ikke selv har gjort et valg, dels fordi de befinner seg i en akutt situasjon (at de trenger hjelp) når de står overfor dette valget, dels fordi mange kan ha kognitiv svikt som vanskeliggjør valget. De eldre kan også mangle nok informasjon om den enkelte utfører til å kunne gjøre et informert valg. Det påpekes imidlertid at kommunenes kvalitetsbevissthet har økt ved konkurranseutsetting (entreprenad) fordi de, når de skriver anbudsunderlaget, må gå igjennom sine egne virksomheter og ta stilling til hvilke tjenester leveransen skal omfatte (pleie, aktivering osv.), og med hvilket kvalitetsnivå. Denne økte kvalitetsbevisstheten kan også innebære at det stilles større krav til kommunens egne virksomheter, som igjen kan gi forhøyet kvalitet. Det påpekes videre at andre forhold enn driftsform kan være vel så viktige for kvaliteten, for eksempel at små enheter kan gi bedre kvalitet enn store (sykehjem drevet av private, kommersielle virksomheter er ofte større enn kommunale i Sverige; det er opp til

¹⁶ Høsten 2012 forelå også tallene for 2012 (Sirona 2012). De viser i hovedsak det samme bildet som for foregående år.

kommunene hvilke sykehjem de konkurranseutsetter), blant annet fordi ledere kan ha større muligheter til å utøve et aktivt lederskap. Også de ansattes formalkompetanse, at en tilstrekkelig andel av de ansatte har den nødvendige grunnutdanningen, synes å ha betydning for kvaliteten. Generelt peker rapporten på at det trengs mer forskning/dokumentasjon for å få sikrere konklusjoner, og at forskningen bør ha større omfang, i betydningen flere case, flere enheter, flere respondenter osv. enn det tidligere forskning har hatt, slik at generalisering er mulig. Slik sett vil den nevnte Äldreguiden fylle et viktig forskningsbehov i framtiden.

Danske erfaringer

På bakgrunn av den danske regjeringens strategi for økt offentlig-privat samarbeid fra 2011 ble det etterlyst mer kunnskap om effektene av konkurranseutsetting på ulike tjenesteområder (Petersen et al. 2011). Danske forskere fikk i 2011 i oppdrag å kartlegge danske og svenske erfaringer med konkurranseutsetting av offentlige oppgaver ved å gjennomgå foreliggende studier på bakgrunn av at det har vært svært lite kunnskap om effektene av konkurranseutsetting i Danmark (Petersen et al. 2012).¹⁷ Av den grunn skulle også svensk forskning trekkes inn fordi det er gjennomført langt mer forskning om dette i Sverige enn i Danmark. Generelt oppsummeres det i rapporten med at effekter av konkurranseutsetting både med hensyn til kvalitet, effektivitet og konsekvenser for ansatte (medarbeiderforhold) er «meget sparsomt dokumentert». Det påpekes videre at antallet enheter (kommuner, virksomheter) som inngår i studiene, ofte er lavt og derfor lite egnet til å kunne generalisere ut fra. Studiene viser heller ingen entydige resultater. De undersøkelsene som har kartlagt situasjonen på hjemmehjelpsområdet (som omfatter praktisk hjelp og personlig pleie, men ikke sykepleie), finner indikasjoner på at kvalitetsbevisstheten har økt gjennom konkurranseutsettingen, blant annet fordi kommunene må gå igjennom sine tjenester på en grundigere måte enn tidligere. Det er likevel i mindre grad påvist at kvaliteten faktisk har blitt bedre eller dårligere i de konkurranseutsatte virksomhetene. Også når det gjelder brukertilfredsheten, viser undersøkelsene sprikende resultater. Det er en tendens til litt større tilfredshet med private leverandører ved praktisk hjelp, mens det er litt større tilfredshet med kommunal leverandør ved personlig pleie. På institusjonsområdet sies det at det ikke foreligger entydig dokumentasjon på effekter for kvaliteten, heller ikke med hensyn til brukertilfredshet.

I likhet med den svenske undersøkelsen fra Socialstyrelsen nevnt over er det altså vanskelig å si noe entydig om kvalitetsutviklingen som konsekvens av konkurranseutsetting.

¹⁷ De finnes to studier, en som tar for seg flere tjenesteområder (Petersen et al. 2011), og en som tar for seg eldreomsorg og daginstitusjoner (barnehager) spesielt (Petersen & Hjelmar 2012). Oppdragsgiver for den første var ulike fagorganisasjoner, for den andre det offentlige Udbudsrådet.

Det kommer både av at funnene kan variere, men også av at undersøkelsene som oftest er metodisk sett for begrensede til at generaliseringer kan gjøres på basis av undersøkelsene. Avhengig av hvilken studie man «støtter seg på», kan man komme fram til ulike resultater.

Norge

Også for Norges del foreligger et begrenset antall nyere studier om konsekvenser av konkurranseutsetting innen pleie- og omsorgstjenestene.¹⁸

Det har nylig blitt gjennomført en studie av hvilke effekter konkurranse har på sykehjemdrift i Oslo (OsloEconomics 2013). Studien tar for seg utviklingen i kostnader og kvalitet for henholdsvis konkurranseutsatte og ikke-konkurranseutsatte sykehjem i årene 2000 til 2010. Studien ser kostnader og kvalitet i sammenheng ut fra det argument at det er lettere å heve kvaliteten dersom kostnadene øker, og motsatt at det er lettere å se for seg at kvaliteten taper seg dersom kostnadene reduseres. Det dreier seg i den forstand om en kostnadseffektivitetsstudie: Hvilken kvalitet til hvilke kostnad har de ulike Oslo-sykehjemmene levert? Man ønsket med andre ord å undersøke om konkurranseutsetting gir mer kvalitet for pengene. Studien tar utgangspunkt i fem objektive kvalitetsindikatorer som legges til grunn når Oslo kommune vurderer kvaliteten ved alle byens sykehjem. Kvalitetsindikatorene som inngikk, var: andel beboere med trykksår, andel med nye eller forverrede kontrakturer, andel med alvorlig vekttap, andel med fall og andel med urininkontinens.¹⁹

Studien finner at sykehjem som var konkurranseutsatt per 2010, hadde vesentlig lavere kostnader enn sykehjem drevet i kommunal regi eller av ideelle. I perioden 2000 til 2010 reduserte de konkurranseutsatte sykehjemmene sine kostnader vesentlig mer enn kommunalt og ideelt drevne sykehjem. Studien finner også at sykehjem som var konkurranseutsatt per 2010, hadde noe høyere snittkvalitet enn ikke-konkurranseutsatte sykehjem. De ideelle sykehjem lå med hensyn til kvalitet best an i 2007. Alle typer av sykehjem forbedret imidlertid sin kvalitet i perioden 2007–2010, men de konkurranseutsatte sykehjemmene økte markant mest. De konkurranseutsatte sykehjemmene hadde altså klart både å øke kvaliteten og redusere kostnadene og hadde dermed høyest kostnadseffektivitet, ifølge studien. Studien har også beregnet at kommunen har spart penger ved å konkurranseutsette sykehjemmene.

Etter hva vi ser, har ikke studien regnet inn merkostnader ved å konkurranseutsette sykehjemmene, det vil si transaksjonskostnader som kommer i tillegg til de transaksjonskostnader som påløper ved at ikke bare konkurranseutsatte sykehjem, men

¹⁸ Det ble foretatt et litteratursøk i 2011 som viste at det forelå svært få slike studier (Bogen 2011).

¹⁹ Sykehjemsetaten i Oslo foretar såkalte kvalitetsrevisjoner i alle sykehjem tre ganger i året og kartlegger bl.a. de nevnte forholdene.

også kommunale og ideelle skal følges opp med hensyn til ulike aspekter som kvalitet, kostnadsutvikling og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Det vil særlig si kostnader som relaterer seg til anbudsprosessen. Slike merkostnader vil i så fall komme til fratrekk fra de kostnadsbesparelser studien avdekker. Rapporten drøfter heller ikke hvilken rolle pensjonsutgifter kan spille i denne sammenheng, men vi vet at de kommersielle virksomhetene ofte har andre (og dårligere) pensjonsordninger for sine ansatte (bortsett fra for sykepleiere²⁰) enn kommunale og ideelt drevne sykehjem og dermed lavere kostnader. De ideelt drevne virksomhetene har tilsvarende pensjonsordning som de kommunalt ansatte og har dermed høyere utgifter til pensjon.

Studien baserer seg som nevnt på objektive indikatorer for kvalitet. For Oslos del gjennomføres også undersøkelser som forsøker å dokumentere subjektivt opplevd kvalitet, dette i form av brukerundersøkelser og pårørendeundersøkelser. Brukerundersøkelsen for 2011 viser små forskjeller etter driftsform og generelt høy tilfredshet når beboerne blir spurt om deres helhetlige vurdering av sykehjemmet.²¹ I undersøkelsen for 2011 svarte 87 prosent av dem som bodde i institusjoner drevet av ideelle aktører, at de alt i alt i svært stor grad eller i stor grad er fornøyde med det sykehjemmet de bor på, mens kommersielle og kommunale aktører fikk en skår på henholdsvis 85 og 83 prosent. Samme rangering og forskjeller gjaldt for samlet vurdering i pårørendeundersøkelsen i 2011.²² Brukerundersøkelsen for 2012 viste imidlertid at det ikke var noen forskjell mellom hvordan beboere på sykehjem med ulik driftsform helhetlig vurderte sykehjemmet de bodde på, men graden av tilfredshet fornøydhet hadde økt; i 2011 var den i gjennomsnitt på 84 prosent, i 2012 på 91 prosent.²³ I pårørendeundersøkelsen for 2012 kom de ideelle sykehjemmene best ut i pårørendes vurdering av generell tilfredshet, mens kommunale og kommersielle sykehjem kom noe dårligere, men likt ut.²⁴

Brukervalg

Agenda Kaupang gjennomførte i 2011 en undersøkelse om effekter ved innføring av brukervalg innenfor praktisk bistand i Oslo kommune (Agenda Kaupang 2011). Av

²⁰ Som har en lovfestet rett til samme pensjonsordning uavhengig av om de jobber i privat eller offentlig virksomhet.

²¹ Oslo kommune. Helseetaten (2011). *Brukertilfredshet blant beboere på sykehjem i Oslo kommune 2011*, s. 19. Undersøkelsen inneholder mange kategorier/spørsmål. Svarprosent var i gjennomsnitt 75, men varierer mellom sykehjemmene.

²² Oslo kommune. Helseetaten. *Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo kommune 2011*. Undersøkelsen hadde en svarprosent på 47.

²³ Oslo kommune. Helseetaten (2012). *Beboerundersøkelse på sykehjem 2012*, s. 10.

²⁴ Oslo kommune. Helseetaten (2012). *Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo kommune 2012*, s. 12.

denne undersøkelsen framgår det at de private leverandørene²⁵ gjennomsnittlig skårer litt høyere på kvalitet i årene 2007–2009, med en forskjell på 9 prosentpoeng i 2007 fallende til 4 prosentpoeng i 2009. Selv om de private lå over for hvert av disse årene, hadde de kommunale leverandørene imidlertid en stigende fornøydhets i perioden, noe forfatterne tolker som tegn på at de kommunale utførerene har tatt utfordringen brukervalg har medført, på alvor og forbedret kvaliteten på egne tjenester (s. 24). I 2010 ble undersøkelsen noe endret slik at det er vanskelig å sammenligne med de foregående årene. Også for dette året var kvaliteten stigende alle leverandører sett under ett, men private ligger også dette året over, med 90 prosent svært eller i noen grad fornøyde, mens de kommunale har en andel på 84 prosent. Tallene tolkes som at de private har hevet seg mer med hensyn til kvalitet enn de kommunale. En ny undersøkelse ble foretatt i 2011. Denne var også noe annerledes utformet enn de foregående. Undersøkelsen baserte seg på telefonintervjuer med 400 brukere av hjemmetjenester i Oslo. Her er andelen svært eller nokså fornøyde henholdsvis 98 prosent for private og 93 prosent for kommunale. Også her tolker forfatterne det slik at de kommunale er i ferd med å nærme seg de private. Det knytter seg imidlertid noen uklarheter til hvordan resultatene i denne siste undersøkelsen skal tolkes fordi utvalget av respondenter ikke er representativt for den samlede brukermassen i Oslo. Forfatterne mener likevel at undersøkelsen gir et tilnærmet dekkende bilde.

Agenda Kaupang-undersøkelsen har også sett nærmere på hvordan ulike subjektive kvalitetsaspekter slår ut når man sammenligner brukernes vurderinger av private og offentlige hjemmetjenesteleverandører over tid. Ved å se på resultatene brukerundersøkelsene fra 2007 og fram til 2011 for de ulike kvalitetsaspekter som brukerne skal ta stilling til, forsøker forskerne å få fram forskjeller og likheter som har vedvart over tid. Det dreier seg imidlertid ikke om en statistisk analyse, men en mer kvalitativ sammenstilling av svarene. Samlet sett tyder tallene på at private leverandører gjennom hele perioden har vært flinkere til å tilpasse seg brukernes ønsker, trolig på grunn av konkurransesituasjonen der de må tiltrekke seg brukere. Forhold der de private kommer bedre ut enn de kommunale, er ifølge forfatterne:

- I hvilken grad bruker har mulighet til å bestemme når hjelpen skal mottas
- I hvilken grad bruker har hatt mulighet til å påvirke innholdet i hjelpen
- Antall forskjellige personer som utfører hjelpen (private har færre)
- I hvilken grad bruker mener at kvaliteten har blitt bedre etter at brukervalg ble innført

På følgende områder kommer private og offentlige relativt likt ut:

²⁵ Det finnes ikke ideelle aktører innenfor hjemmetjenestene.

- Om bruker blir behandlet med høflighet og respekt
- Om bruker opplever at de ansatte har omsorg for en
- Informasjon til bruker om hva tjenesten kan tilby (de kommunal har blitt bedre, mer like de private)
- Om hjelpen kommer til avtalt tid (de kommunal har blitt bedre, mer like de private)

Alle utførerne ble i denne undersøkelsen også spurt om de mener at brukervalg har ført til en kvalitetsforbedring. Blant de private leverandørene mente samtlige at dette var tilfellet, mens det blant de kommunale var et flertall som mente det samme.

Rapporten fra Agenda Kaupang har også noen kommentarer til den ulike organiseringen av private og offentlige leverandører og mener at private virksomheter ofte lettere enn de offentlige kan «snu seg rundt», blant annet fordi de private virksomhetene som leverer hjemmetjenester, gjerne er mindre enn de kommunale og har en enklere driftssituasjon enn de kommunale hjemmetjenestene i bydelene. De kan også lettere styre omfanget av sine leveranser avhengig av egen kapasitet ved at de kan si nei til brukere på grunn av manglende kapasitet. Det kan ikke kommunen på samme måte. Med andre ord kan det være vanskelig å sammenligne privat-og-offentlig-dimensjonen fordi de er organisert forskjellig og har ulike typer ansvar. Offentlige virksomheter må i større grad ta de brukerne de får, mens private lettere kan dimensjonere volumet av brukere.

3.8 Forskning om kostnader ved konkurranseutsetting

Kommuner konkurranseutsetter ofte tjenester ut fra en forventning om at tjenestene kan frambringes til en lavere kostnad enn ved kommunal drift, men uten at kvaliteten reduseres. Private, kommersielle tilbydere vinner gjerne anbud fordi de tilbyr og ofte også leverer tjenester med en tilsvarende eller bedre kvalitet enn kommunen til en billigere pris. Slik sett kan kommuner spare penger ved konkurranseutsetting. Om de alltid gjør det, er en annen sak. Én årsak til at tjenester kan frambringes til en lavere pris, kan være at lønns- og arbeidsvilkårene er dårligere i de private virksomhetene som leverer tjenester til kommunene. I neste avsnitt kommer vi nærmere inn på dette. En annen årsak kan være at leverandørene faktisk klarer å organisere tjenestene på en mer kostnadseffektiv måte uten at kvalitet eller lønns- og arbeidsvilkår forverres, at virksomheten med andre ord er mer kostnadseffektiv enn kommunal drift. Men her spiller mange faktorer inn og vanskeliggjør et reelt regnestykke, selv om forskning peker på at en slik kostnadseffektivisering kan være reell (Petersen & Hjelmar 2012).

Konkurranseutsetting har imidlertid også en kostnadsside i form av såkalte transaksjonskostnader, som er kostnader ved å utarbeide tilbud, gjennomføre anbuds-

konkurranser og følge opp utførerne i ettertid. En del av disse kostnadene er kostnader som, ideelt sett, påløper også ved ren kommunal drift av tjenestene, for eksempel utarbeiding av kvalitetsindikatorer og oppfølging av virksomhetene med hensyn til kvalitet og andre forhold, for eksempel ansattes arbeidssituasjon.

Kommuner vil også måtte bære risikoen for kostnader ved at en privat leverandør går konkurs slik at kommunen må overta driften og dekke eventuelle kostnader i tilknytning til dette.

3.9 Ansattes lønns- og arbeidsvilkår

Både for Sveriges og for Danmarks del er det gjennomført relativt få studier som belyser konsekvenser for ansatte av konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester (Socialstyrelsen 2012; Petersen 2012). De fleste av studiene baserer seg på ansattes subjektive oppfatning av arbeidsforholdene innhentet ved hjelp av spørreundersøkelser og er i mindre grad basert på analyser av mer objektive forhold som lønn, sykefravær, arbeidstid, arbeidstillknytning osv., dette til forskjell fra undersøkelser utenfor Norden, som i større grad vektlegger mer objektive forhold. Noe av grunnen til denne forskjellen kan ifølge danske forskere være at regulerings- og avtalemessige forhold i Danmark og Sverige kan ha bidratt til bedre arbeidsvilkår ved konkurranseutsetting enn i mange andre land (Petersen 2011).²⁶ I Sverige beholder for eksempel ansatte fagforeningsmedlemskap og lønn dersom ansettelsen flyttes fra kommunal til privat sektor (Stokke 1999). I Norge synes det å ha vært mer strid om lønns- og pensjonsspørsmål ved overgang til privat virksomhet enn i Danmark og Sverige. Ansatte som overføres til privat virksomhet, kan risikere en lavere lønn enn kommunalt ansatte, noe som blant annet skyldes at hva som regnes inn i lønna, vil kunne variere, og fordi ansiennitetsstignene er ulike. Også pensjonen kan bli redusert i og med at de private leverandørene vanligvis tilbyr en dårligere pensjonsordning for sine ansatte enn kommunen – bortsett fra for sykepleierne, som har en lovfestet rett til pensjon i KLP uavhengig av arbeidssted (se kap. 1).²⁷ Det har da også nylig vært flere streiker i Norge som omhandlet henholdsvis lønns- og pensjonsforholdene for de ansatte i private, kommersielle pleie- og omsorgs- virksomheter. Ansatte i de ideelt drevne virksomhetene i Norge har for øvrig tilsvarende lønns- og pensjonsforhold som ansatte i kommunale virksomheter.

²⁶ Forfatterne etterlyser imidlertid mer forskning om dette.

²⁷ Med unntak av sykepleiere som er ansatt i bemanningsbyråer.

Arbeidsvilkår og arbeidsmiljø

I det følgende går vi igjennom en del nyere forskningslitteratur fra Norge, Sverige og Danmark som omhandler de konsekvensene konkurranseutsetting innen pleie- og omsorgssektoren kan få for ansatte. Konsekvenser for ansatte er et bredt felt og kan som nevnt innbefatte både såkalte objektive arbeidsforhold (med indikatorer som lønn, pensjon, ansettelsestilknytning, sykefravær, turnover osv.) og subjektive forhold (med indikatorer som trivsel, innflytelse osv.). Det vil variere hva forskningen vektlegger. Noe forskning trekker inn både subjektive og objektive faktorer, annen forskning støtter seg mest på den ene typen faktorer. Som det framgår over, har dansk og svensk forskning for det meste vektlagt subjektive faktorer. Ideelt sett burde man vektlegge begge faktorer for å gi et bredest mulig bilde. Det er imidlertid viktig å påpeke at en del indikatorer kan være vanskelige å tolke og gjerne må ses i en større sammenheng.

Sverige

Socialstyrelsen i Sverige har i den tidligere nevnte rapporten fra 2012 også tatt for seg studier av arbeidsforhold for ansatte i henholdsvis private og offentlige omsorgsvirksomheter (Socialstyrelsen 2012). Det hevdes her at det finnes få studier om dette i Sverige; to av de tre studiene de tar for seg, er også relativt gamle, fra henholdsvis 1999 og 2000, begge gjennomført av det svenske Kommunalarbetareförbundet (Kommunal). Begge studiene, og særlig den siste (som omfattet mange ansatte i både offentlige og private virksomheter), viste overraskende nok at ansatte i de private virksomhetene trivdes noe bedre enn de kommunalt ansatte; de privat ansatte hadde alle tidligere jobbet i kommunale virksomheter. Den tredje studien Socialstyrelsens rapport tok for seg, var en studie av Gustavsson & Szebehely fra 2007 med tall fra 2003.

Studien baserte seg på en postenquête til alle ansatte i eldreomsorgen (både institusjon og hjemmetjeneste) i åtte kommuner og tok blant annet opp forhold som relasjonen til ledelsen, ansattes innflytelse over arbeidet, arbeidsbelastningen og relasjonen til hjelpemottakerne (Gustavsson & Szebehely 2007).

Studien viste at for mange av dimensjonene som ble undersøkt, fant man ingen nevneverdige forskjeller mellom offentlig og privat ansattes vurderinger, men det fantes likevel forskjeller på noen områder: Blant de ansatte i *eldreboliger* (sykehjem, omsorgsbolig osv.) var det flere av de privatansatte som oppfattet kontakten med arbeidsledelsen som god, og det var færre som følte seg utilstrekkelige på grunn av at hjelpetakerne ikke fikk nok hjelp. Blant de ansatte i *hjemmetjenesten* pekte resultatene i motsatt retning. Det var flere blant de offentlig ansatte enn blant de privat ansatte som mente at de hadde god kontakt med arbeidsledelsen, og det var færre som følte seg psykisk slitne. Forfatterernes oppsummering var at sett i sammenheng tyder dette på *relativt små forskjeller* i offentlig og privat ansattes arbeidsmiljø, men arbeidsmiljøet oppleves i noen henseender som noe bedre i de private drevne eldreboligene og i andre

hensender som noe bedre i de offentlige hjemmetjenestene. Derimot finner de at arbeidsmiljøvurderingene er større *mellom ulike kommuner* enn mellom typer av drift. Det gjelder for alle de valgte arbeidsmiljøindikatorne. Forfatterne oppsummerer derfor med å si at det er viktigere for den omsorgsarbeider som vil forbedre sitt arbeidsmiljø, å *velge rett kommune/arbeidsgiver* enn å spekulere på om det er best med en privat eller en offentlig arbeidsgiver (s. 54). Det samme funnet gjorde de i en tidligere og lignende undersøkelse.

I desember 2012 utga for øvrig Kommunal en ny studie som kartlegger hvordan medlemmer som jobber i eldreomsorg i henholdsvis private og offentlige omsorgsvirksomheter, opplever sin arbeidssituasjon (Kommunal 2012).²⁸ For institusjonstjenestene skilles det mellom kommersielle og ideelle virksomheter/arbeidsgivere, selv om de siste er relativt få. For institusjonstjenestene synes ikke driftsform å ha noen betydning for hvordan personalet opplever mangelen på personell. Her svarer alle tre kategorier ansatte relativt likt på spørsmålet om de opplever at det er personellmangel: Om lag en tredjedel svarer at de opplever det, ideelt ansatte i noe mindre grad enn de andre to gruppene. For hjemmetjenestepersonellets del oppgir kommunalt ansatte i noe større grad enn privat ansatte (her finnes få ideelle) at de opplever personalmangel.

Ansatte ble også spurt om de mente at det forekom at bemanningen var så lav at det gikk utover de eldre. Her fant man ikke signifikante forskjeller mellom offentlig og privat sektor, henholdsvis 24 og 21 prosent svarte dette for hjemmetjenesters del. For institusjonstjenester svarte kommunalt og kommersielt ansatte likt, mens ideelt ansatte i noe mindre grad svarte at det forekom at bemanningen var så lav at det gikk utover de eldre. Det ble heller ikke funnet forskjeller mellom dem som arbeider i hjemmetjenestene, med hensyn til om de rakk å ta pauser. For institusjonstjenesters del ikke er noen forskjell i svartilbøyeligheten mellom kommunalt og kommersielt ansatte, mens ideelt ansatte i større grad enn de to andre gruppene svarte at de ikke rakk å ta pauser. Studien fant ingen forskjell på deltidsandelen innen kommunale og private hjemmetjenester. Det samme gjaldt for institusjonstjenester, mens ideelt ansatte i noe mindre grad arbeider deltid.

Undersøkelsen fant ingen forskjeller mellom kommunal og privat hjemmetjeneste-ansatte når det gjaldt om de ansatte hadde mulighet til å ivareta de Eldres personlige behov. Det samme fant man for institusjonstjenester.

Undersøkelsen fant at kommunalt ansatte i hjemmetjenesten i større grad har relevant utdanning enn privatansatte. Den samme forskjellen kunne imidlertid ikke registreres blant ansatte innenfor kommunal og privat institusjonstjeneste (men i begge grupper er det høyere utdanning enn i hjemmetjenestene). I de ideelle institusjonstjenestene hadde arbeidstakerne noe høyere utdanning enn i de andre to gruppene. Ansatte ble også spurt om de ville foretrekke en kommunal eller privat arbeidsgiver

²⁸ Totalt har vel 4600 personer blitt intervjuet. Svarprosent 75.

dersom de fikk velge fritt. 39 prosent av de privat ansatte svarte at de foretrakk kommunen, 15 prosent at de foretrakk privat arbeidsgiver. For kommunalt ansatte var tilsvarende tall henholdsvis 58 og 9 prosent.

Endelig ble ansatte som både hadde erfaring fra kommunal og private kommersielle omsorgsvirksomhet siste tre år, spurt om hvilke arbeidsgiver de mente tilbød best arbeidsvilkår. Her svarte 43 prosent av de nå privat ansatte at kommunen tilbød best vilkår, mens 47 prosent av de nå kommunalt ansatte svarte kommunen. 23 prosent av de nå privatansatte foretrakk den private arbeidsgiveren, mens 22 prosent av de nå kommunalt ansatte foretrakk den private arbeidsgiveren.

I tillegg til de tre nevnte studiene som Socialstyrelsen trekker fram, har vi funnet en studie utarbeidet av Karolinska Institutet fra 2009 som sammenlignet selvrapporterte arbeidsforhold, levevaner og helse blant alle ansatte innenfor pleie og omsorg i landsting (fylke), kommune og privat sektor i Stockholms län (Parnsund et al. 2009).²⁹ Denne har altså et stort omfang og er kanskje derfor mer egnet til å generalisere funn fra enn en del tidligere undersøkelser. Med hensyn til forskjeller i arbeidsforhold spesielt viser undersøkelsen at de ansatte opplever arbeidsforholdene forskjellig avhengig av hvor de jobber. En større andel kommuneansatte enn fylkes- og privatansatte rapporterer om dårlige arbeidsforhold. Ser vi særlig på forholdet mellom kommune- og privatansatte, rapporterer kommunalt ansatte kvinner innen pleie og omsorg oftere om at de har et svært stressende arbeid, lav støtte fra ledere, lav lønn, at de har vært gjenstand for omfattende omorganiseringer, at de oftere går på jobben når de er syke, og oftere at de har tungt kroppsarbeid. De kommunalt ansatte kvinnene rapporterte ikke om en bedre situasjon på noen av de åtte indikatorene, men på to kom de likt ut med de privatansatte (når det gjelder om de har liten støtte fra sine arbeidskamerater, og om de opplever en ubalanse mellom hjem/familie og jobb). De fylkeskommunalt ansatte kvinnene kom i stor grad ut i en mellomposisjon. Når det gjaldt mennene, skilte de privatansatte seg negativt ut ved at de i større grad oppga svært stressende arbeid, tungt fysisk arbeid og ubalanse mellom hjem/familie og arbeidsliv enn de kommunalt ansatte mennene. De privatansatte mennene synes også oftere å gå på jobb selv om de oppfattet seg som syke. Med hensyn til de andre faktorene kom de kommunalt ansatte stort sett dårligere ut, ut fra egen rapportering, men når det gjaldt om de syntes de hadde lav lønn, kom de likt ut med de privatansatte.

Danmark

En dansk rapport tar for seg konsekvenser for ansatte (medarbeidertilfredshet) av konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester (både institusjonstjenester og

²⁹ Undersøkelsen, med tall fra 2006, gikk til vel 57 000 personer i Stockholms län og ble besvart av ca. 61 prosent av disse.

hjemmetjenester) og sammenstiller en rekke danske og svenske studier (Petersen et al. 2012). Som et overordnet resultat finner ikke rapporten systematiske forskjeller med hensyn til medarbeidertilfredshet ved brukervalgordninger/konkurransutsetting i hjemmetjenestene eller ved konkurranseutsetting av institusjoner, men det påpekes også at studiene som er sammenstilt, ofte ikke belyser dette på en tilfredsstillende nok måte fordi de ikke er omfattende nok. Dermed blir det vanskelig å vite om manglende forskjeller skyldes reelle forhold eller mangler ved undersøkelsesoppleggene.

Norge

En mastergrad fra 2010 kartlegger hvordan ansatte i et sykehjem (i Oslo) som har gjennomført flere anbudsrunder, opplever situasjonen.³⁰ De ansatte hevder at forandringene som følger med å skifte leverandør, er svært slitsomme (Müller-Nilssen 2010). Skiftene framkaller både en frykt for å miste arbeidet og for å få dårligere arbeidsvilkår. De ansatte gir et generelt uttrykk for forandringstrøtthet og av å være usikre på framtiden. Dette bekymrer dem mer enn muligheten for endrede lønns- og pensjonsforhold.

I løpet av de siste årene har det vært tilfeller der arbeidstakere i private kommersielle sykehjem har hatt lønns- og arbeidsvilkår som strider mot sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven og gjeldende tariffavtaler. Eksempler er brudd på arbeidstidsbestemmelser og bestemmelser for godtgjørelse ved overtid. Et firma i Oslo ble politianmeldt for alvorlige brudd på arbeidsmiljøloven (Oslo kommune: Kommunerevisjonen 2011). Det ble avdekket brudd på arbeidsmiljøloven på en rekke punkter, blant annet knyttet til arbeidstid og arbeidsgodtgjørelse. Avsløringene førte til at firmaet har trukket seg ut av sykehjemsdrift (Alsos et al. 2012). Ikke lenge etter ble imidlertid også en kommune politianmeldt for brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser innenfor den kommunale pleie- og omsorgsvirksomheten (Trondheim kommune: Kommunerevisjonen 2012). Det påpekes i kommunerevisjonens omtale at det har «eksistert en kultur og holdning i enhetene som gjør at denne type lovbrudd har vært akseptert» (s. 6) og at enhetene ved innleie av arbeidskraft «ikke har hatt en kultur der denne delen av arbeidsmiljøloven er blitt tatt på alvor» (samme sted). Sykefravær som har oppstått på kort varsel, og bytting av vakter antas å være noen av årsakene til bruddene. Også i Moss kommune skjedde omtrent samtidig tilsvarende brudd innenfor kommunal virksomhet (Bogen 2011). Det er derfor viktig ikke å ha en overilet oppfatning om at slike brudd på arbeidsmiljøloven bare har sammenheng med om virksomheter er offentlige eller private.

En undersøkelse fra Fafo (Berge et al. 2011) viser at konkurranseutsetting av pleie- omsorgstjenester har varierende konsekvenser for de ansatte. På bakgrunn av

³⁰ Ifølge forfatteren har hun ikke funnet andre studier som tar for seg konsekvenser over tid og følger ansatte over flere anbudsrunder.

tre caser sies det at kommunene etter hvert har blitt bevisste på å kreve at de private virksomhetene betaler tariff lønn for de ansatte i tråd med bestemmelser regulert i forskrift om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter for kjøp av tjenester som overstiger terskelverdiene, og på å kreve at de etterlever arbeidsmiljøloven, ikke minst på bakgrunn av tidligere omtalte brudd på arbeidsmiljøloven fra private virksomheters side. Men undersøkelsen påpeker også manglende oppfølging fra kommunenes side, ikke minst med hensyn til å kontrollere bemanning og kompetanse i de private kommersielle virksomhetene. I én av kommunene var det ifølge rapporten omfattende kontraktsbrudd med hensyn til lønns- og arbeidsvilkår.

3.9 Påvirkens ideelles tjenestetilbud av konkurranseutsettingen og nye private kommersielle tilbydere?

Som vi skrev i innledningen, ønsket vi også å kartlegge situasjonen er for de ideelt drevne pleie- og omsorgsvirksomhetene som konsekvens av konkurranseutsetting. Ifølge Virke, som organiserer de ideelt drevne omsorgsvirksomhetene, fantes det i 2011 70 sykehjem drevet av ideelle og frivillige organisasjoner.³¹ Antallet er ifølge organisasjonen sterkt synkende. 30 ideelt drevne sykehjem er ifølge organisasjonen lagt ned siden 2000. Selv om ideelt drevne sykehjem finnes spredt over hele landet, er de i hovedsak konsentrert om store kommuner som Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Når pleie- og omsorgsvirksomheter konkurranseutsettes, kan også de ideelt drevne virksomhetene komme til å bli påvirket av denne konkurransen. Det varierer mellom kommunene hvordan denne konkurransen er organisert, om de ideelle virksomhetene utsettes for konkurranse, og i så fall på hvilken måte de blir berørt. Det er generelt vanskelig å finne gode beskrivelser av hvordan de ideelt drevne sykehjemmene påvirkes av konkurranseutsetting. Presentasjonen i det følgende baserer seg dels på egen innhentet informasjon gjennom intervjuer med organisasjonen som organiserer de frivillige aktørene (kapittel 4), og dels på casestudier i et utvalg kommuner (kapittel 5).

Når kommuner konkurranseutsetter sykehjem, er det de *kommunale* sykehjemmene som konkurranseutsettes, det vil si de sykehjemmene kommunen selv eier. Det er viktig å skille mellom ideelt *eide* og ideelt *drevne* sykehjem. Sykehjem som både eies og driftes av ideelle aktører, der driften som oftest skjer på oppdrag av kommuner (dvs. at kommuner kjøper sykehjemsplassene i disse sykehjemmene), kan ikke konkurranseutsettes, nettopp fordi den ideelle organisasjonen eier sykehjemmet, selv om kommunen kjøper

³¹ Opplyst på HSHs (nå Virke) hjemmeside 31. 8.11. På Virkes hjemmeside angis ikke noen nyere tall for ideelt drevne sykehjem.

sykehjemsplassene. Sykehjem kan også driftes av ideelle organisasjoner (f.eks. Kirkens Bymisjon, Norske Kvinners Sanitetsforening), mens selve bygningen er eid av kommunen. I slike tilfeller har de ideelle aktørene gjerne vunnet over andre kommunale, ideelle eller kommersielle aktører i konkurransen om driften av et kommunalt sykehjem. Erfaringen er at ideelle aktører taper i konkurransen om de konkurranseutsatte kommunale sykehjemmene fordi de har høyere lønns- og særlig pensjonskostnader enn de kommersielle aktørene. De har med andre ord vanskelig for å komme inn på det nye markedet som konkurranseutsatte kommunale sykehjem representerer.

I en del tilfeller har ideelle organisasjoner deltatt i anbudprosesser om kommunale sykehjem. Av de 47 anbudsprosessene For velferdsstaten har registrert i sin undersøkelse, ble bare én konkurranse vunnet av en ideell aktør (Herning 2012). Denne aktøren tapte imidlertid kontrakten ved neste anbudsrunde, visstnok på grunn av for høy pris, som igjen har sammenheng med at de ideelle virksomhetene har en pensjonsordning som tilsvarer de kommunale virksomhetenes, og som dermed er mer kostbar enn den de kommersielle virksomhetene innenfor dette tjenesteområdet vanligvis har.

Kommuner har imidlertid også anledning til å inngå langsiktige driftsavtaler med ikke-kommersielle aktører, noe også mange av de kommunene som har ideelt drevne sykehjem, gjør. Det gjelder for eksempel Oslo, Bergen og Stavanger. Ifølge For velferdsstaten har omfanget av ideelle eiere og driftere av sykehjem vært stabilt i de kommunene som har hatt langsiktige driftsavtaler med ideelle aktører, for eksempel menighetseide sykehjem (Herning 2012).

Når kommuner kjøper plasser i ideelt eide sykehjem (avtaler gjennom direktekjøp), har det altså vært vanlig at kommunen kompenserer lønn og pensjon som tilsvarer lønn og pensjon i virksomheter kommunen selv driver. Vanligvis betales også drift av de bygningsmessige forholdene (vedlikehold osv.), altså betaler kommunen så godt som alle kostnader ved denne driften.³² Men hvor langt kommunen vil strekke seg for å kompensere slike forhold, avhenger av forhandlinger mellom de to partene. Det vil blant annet avhenge av hvor viktig det er for kommunen å beholde disse plassene – eller om den finner det mer hensiktsmessig å bygge et nytt, kommunalt sykehjem. Eller kommunen kan foreslå å overta/kjøre sykehjemmet, slik det ofte har skjedd.

I Oslo har for øvrig en organisasjon som Kirkens Bymisjon overtatt flere menighets-sykehjem. Organisasjonen driver derfor flere sykehjem i Oslo i dag enn de gjorde for noen år siden, men altså da de tidligere menighetssykehjemmene. Driften er finansiert av kommunen.

I det siste har det skjedd noen endringer i de ideelle omsorgsvirksomhetenes rammebetingelser. EUs overvåkingsorgan ESA har fastslått at det ikke er i strid med EØS-avtalen å prioritere ideelle organisasjoner når norske myndigheter kjøper inn

³² Kommunen betaler også for vedlikeholdet av de konkurranseutsatte sykehjemmene i og med at disse eies av kommunen.

helse- og omsorgstjenester fra det private markedet.³³ Oppdragsgiver kan velge å invitere utelukkende ideelle til å komme med tilbud på helse- og omsorgskontrakter og dermed stenge ute kommersielle konkurrenter. Oslo kommune har nylig (i 2013) vedtatt at konkurransen om et kommunalt sykehjem skal forbeholdes ideelle organisasjoner.³⁴ Det dreier seg her om en kvalitetskonkurranse der prisen er fastlagt, og der det bare konkurreres på kvalitet. Det inngås nå også lange kontrakter på 6 + 2 år for å øke forutsigbarheten for de ideelle virksomhetene.

Vi har i begrenset grad funnet forskning som belyser de ideelles situasjon innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Vi har imidlertid funnet en rapport som belyser utviklingen innenfor denne typen virksomhet.

Diakonhjemmet Høgskole har på oppdrag av Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) gjennomført en undersøkelse om den utviklingen de religiøst forankrede (såkalt diakonale³⁵) virksomhetene innen helse- og sosialsektoren har gjennomgått i løpet av 25-årsperioden 1984–2008 (Angell 2011). Her framgår det at antallet institusjoner innen pleie- og omsorgsvirksomhet er redusert fra 99 til 44, og at antallet heldøgns plasser er redusert fra 4500 til 2200. Dette innebærer om lag en halvering av antall institusjoner og plasser.³⁶ I 2008 utgjorde det kirkelig forankrede i institusjonstilbudet målte i antall plasser 5 prosent av det samlede institusjonstilbudet (2200 plasser versus totalt 41 334), mens de utgjorde 10 prosent i 1984.

Årsaken til nedgangen er ifølge Angell, som har fulgt utviklingen over lengre tid, sammensatt. Den har til dels sammenheng med at driftsansvaret for institusjoner har blitt overført til kommuner, ofte etter ønske fra eieren eller fra kommunen. Det sies i rapporten at eier kan ha tenkt at det ble for komplisert å sitte med ansvar for driften, men også at eier kan ha erkjent at institusjonen ikke skiller seg vesentlig fra andre offentlige institusjoner og derfor ikke ser det som sin oppgave å fortsette driften eller ikke hatt ideer om å utvikle institusjonen på en måte som rettfærdiggjør privat drift (finansiert av det offentlige). Ideelle institusjoner kan også ha blitt nedlagt av bygningsmessige grunner der det ville ha blitt for dyrt å fornye. Forfatteren peker også på at det totalt sett har skjedd en nedgang i institusjonsplasser i perioden, det vil si også i de kommunale plassene, dels på grunn av omlegging fra dobbeltrom til enerom, dels på grunn av sosialpolitiske målsettinger om at flere skal kunne bo hjemme, samtidig med at det har skjedd en utbygging av hjemmetjenestene. Videre peker Angell på at det har skjedd en intern forskyvning av institusjonsplasser innen gruppen av diakonale

³³ Pressemelding fra Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet av 24.06.10.

³⁴ Pressemelding fra Oslo kommune/Byrådet av 11.03.13.

³⁵ Kirkens Bymisjon er en diakonal organisasjon, mens Røde Kors ikke er det. Men begge er såkalt frivillige/ideelle organisasjoner, og begge driver sykehjem.

³⁶ Tallene er imidlertid beheftet med en del usikkerhet, ifølge forfatteren.

pleie- og omsorgsinstitusjoner i retning av (store) organisasjoner, stiftelser og annet innenfor Den norske kirke (som f.eks. Kirkens Bymisjon) «på bekostning av» (små) menighetsdrevne institusjoner fordi de første er mer profesjonelle og har bedre økonomiske og organisatoriske ressurser enn menighetene. De store har også muligheter for å oppnå stordriftsfordeler ved at de kan drive mange ulike typer aktiviteter, inklusive (flere) sykehjem, mens menigheter normalt bare driver ett sykehjem. Alt i alt kan både økonomiske, ideologiske, mer pragmatiske grunner og ytre press ligge til grunn for den observerte utviklingen med nedgang i ideelle, diakonale eiere og driftere av pleie- og omsorgsinstitusjoner, ifølge forfatteren (s. 14). Konkurransetsetting nevnes imidlertid ikke som en viktig årsak til reduksjonen av de ideelt eide sykehjemmenes rolle.

Ny samarbeidsavtale mellom Regjeringen og organisasjonene

Det har i lengre tid rådd usikkerhet om de ideelle pleie- og omsorgsvirksomhetenes «skjebne» når pleie- og omsorgstjenester konkurransetsettes. Høsten 2012 (3.10.12) inngikk imidlertid foreningen Virke, som organiserer de frivillige og ideelle virksomhetene, og flere andre organisasjoner samarbeidsavtale med³⁷ Regjeringen ved Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet som skal regulere rammevilkårene til de frivillige og ideelle leverandørene av helse- og sosialtjenester (Samarbeidsavtale om leveranser av helse- og sosialtjenester 2012).³⁸ I avtalen står det at:

«Samarbeidsavtalen anerkjenner, styrker og synliggjør den viktige rollen som ideelle aktører spiller i den norske velferdsstaten. Samarbeidet skal være basert på forutsigbare rammebetingelser og arbeidsforhold og klare krav til kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår.»

Og videre at:

«Regjeringen og ideell sektor vil videreutvikle og forbedre samhandlingen for å synliggjøre hvordan ideell sektors særtrekk og kvaliteter som velferdsleverandører kan mobiliseres for å sikre mest mulig tjenester for pasienter og brukere innenfor gjeldende budsjettmessige og rettslige rammer.»

Foreløpig er denne avtalen så ny at det er vanskelig å si hva den vil resultere i for de ideelle virksomhetenes del.

³⁷ Det gjelder Frivillighet Norge, Ideelt Nettverk og KS Bedrift.

³⁸ Link til avtalen her: <http://www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Konkurransopolitikk/Anskaffelser/Samarbeidsavtale.pdf>

3.10 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen har tatt for seg nyere forskning fra Norge, Sverige og Danmark om konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester og har særlig lagt vekt på konsekvenser for kvaliteten på tjenestene og ansattes arbeidsforhold. I tillegg har vi kartlagt omfanget av konkurranseutsetting av disse tjenestene og også befolkningens syn på konkurranseutsetting av slike tjenester. Vi har også sett nærmere på konsekvenser for omsorgsvirksomhet drevet av ideelle når omsorgstjenester konkurranseutsettes.

I en befolkningsundersøkelse som ble gjennomført høsten 2012, svarte 40 prosent at pleie og omsorg for eldre på sykehjem egner seg godt for konkurranseutsetting. En like stor andel var uenig. Tre år tidligere svarte 57 prosent at eldretjenester bør drives av det offentlige. En tredjedel av de spurte svarte at tjenestene i større grad bør drives av private kommersielle aktører.

Konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester i Norge har et begrenset omfang i norske kommuner. En undersøkelse fra NIBR viser at omfanget av konkurranseutsatte institusjonstjenester steg fra 15 kommuner i 2004 til 23 kommuner i 2012. For hjemmetjenesters del – her dreier det seg først og fremst om brukervalgordninger – steg fra sju kommuner i 2004 til 24 kommuner i 2012. Det er noen metodiske svakheter ved spørsmålene som er stilt, som gir grunn til å spørre om det er en overrapportering. Det er i spørsmålene ikke skilt mellom driftsoppgaver, for eksempel vaktmestertjeneste og kjøkkendrift, og helse- og omsorgstjenestene som ytes beboerne i sykehjem. Det er heller ikke hentet inn ytterligere informasjon som kan vise om kommunene kan ha tolket kjøkkendrift som en del av pleie- og omsorgstjenesten. Organisasjonen For velferdsstaten opererer med en god del lavere tall enn NIBR-undersøkelsen. I en undersøkelse fra 2012 angir organisasjonen 15 kommuner, mens altså NIBR-undersøkelsen angir 23 kommuner for dette året (Herning 2012). De kommunene som har innført former for konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester, er oftest store bykommuner.

I litteraturgjennomgangen har vi særlig lagt vekt på forskning fra Sverige fordi landet både har flere års erfaring med konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester enn Norge og Danmark og har også gjennomført flere studier av konsekvenser av konkurranseutsetting på de områdene vi spesielt tar for oss: konsekvenser for kvalitet og ansattes arbeidsvilkår.

Det er generelt vanskelig å skaffe gode tall for omfanget av konkurranseutsatte pleie- og omsorgstjenester i Sverige. Nyere vurderinger angir at i 2010 ble om lag 20 prosent av omsorgstjenestene – institusjonstjenester og hjemmetjenester sett i sammenheng – utført av private kommersielle virksomheter. Konkurranseutsettingen i Danmark har i hovedsak dreid seg om innføring av brukervalgordninger. Det er anslått at om lag 30 prosent av brukerne mottok hjemmetjenester fra en privat leverandør i 2009, mot 10 prosent i 2004.

Til tross for at konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester i Sverige og Danmark etter hvert har fått et visst omfang, og til tross for at begge landene, men særlig Sverige, har gjennomført en rekke studier av effekter av konkurranseutsetting, har det i begge landene vært etterlyst mer forskning som kunne belyse effekter på kvalitet og ansatte arbeidsvilkår. I begge landene har det nylig blitt gjennomført større samlestudier som har oppsummert landenes tidligere forskning på området. Begge samlestudiene konkluderer med at det ut fra foreliggende forskning er vanskelig å trekke klare slutninger om hvilke konsekvenser konkurranseutsetting vil ha for pleie- og omsorgstjenestene. Dels har dette sammenheng med at de studiene som finnes, ofte er avgrensede (få kommuner, få enheter) og dermed gjør det vanskelig å generalisere ut fra funn, dels viser disse (avgrensede) studiene ofte varierende resultater slik at avhengig av hvilke studier man støtter seg på, kan man få bekreftet sine antakelser. Begge studiene konkluderer med at det trengs mer – og bedre, i betydningen mer omfattende – forskning for at man med større tyngde skal kunne konkludere noe om de effektene konkurranseutsetting har for pleie- og omsorgstjenester. I Sverige er det i regi av myndighetene nå utviklet et system for kartlegging av hvordan alle kommuner og omsorgsvirksomheter, offentlige som private, ivaretar kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Med bakgrunn i denne typen systematisk og omfattende kartlegginger kan det i framtiden bli lettere å følge utviklingen på kvalitetsområdet.

Ideelt drevne sykehjem har egne driftsavtaler med kommunene og påvirkes ikke direkte av konkurranseutsetting. For de ideelt drevne omsorgsvirksomhetenes del synes konkurranseutsetting å ha konsekvenser på den måten at ideelle som ønsker å komme inn på «omsorgsmarkedet» ved å konkurrere om driften av kommunale sykehjem, har problemer med å komme inn på dette markedet fordi lønn og særlig pensjon ofte er høyere enn dem de kommersielle virksomhetene tilbyr sine ansatte. På bakgrunn av de få forskningsresultatene som foreligger om ideelles sykehjem, framkommer det likevel i stor grad andre grunner enn konkurranseutsetting som forklarer at disse har fått et mindre omfang. De ideelle sykehjemmene har gjerne blitt overtatt av andre aktører, som kommuner eller frivillige organisasjoner.

4 Organisasjonenes perspektiver

I november 2012 ble det gjennomført intervjuer med sentrale informanter fra Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, NHO Service, Virke Ideell og KS. Intervjuene ble gjennomført for å belyse ulike verdimeslige perspektiver på konkurranseutsetting samt organisasjonenes vurderinger av hvilken betydning konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester har for kvalitet, effektivitet og arbeidstakernes lønns- og arbeidsvilkår. Det har ikke vært mulig å gjennomgå dokumentasjon fra organisasjonene innenfor rammene for dette prosjektet; organisasjonenes skriftlige uttalelser om hvordan de ser på konkurranseutsetting og private kommersielle tjenester, er altså ikke undersøkt. Organisasjonenes kartlegginger og tallmateriale er heller ikke gjennomgått. I enkelte av intervjuene påpeker informantene at noen av uttalelsene er egne vurderinger, ikke organisasjonens perspektiver. Vi har valgt ikke å presentere uttalelser informantene har sagt er egne vurderinger.

4.1 En kort beskrivelse av organisasjonene

KS er kommunenes organisasjon. Alle landets 428 kommuner og 19 fylkeskommuner (Oslo er begge deler) er medlem i KS, i tillegg til mer enn 500 bedrifter. KS er landets største offentlige arbeidsgiverorganisasjon. Alle landets kommuner (unntatt Oslo), fylkeskommuner og bedriftsmedlemmer har gitt KS fullmakt til å forhandle og inngå avtaler med arbeidstakerorganisasjonene. KS er forhandlingspart for 440 000 ansatte fordelt på over 100 forskjellige faggrupper. På nettsidene til KS står det at organisasjonen har som hovedmålsetting å arbeide for å sikre kommunesektoren best mulige rammebetingelser for å kunne virkeliggjøre organisasjonens visjon: en selvstendig og nyskapende kommunesektor.³⁹ Kommunalt selvstyre er en grunnleggende verdi i organisasjonen.

Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) er den største interesseorganisasjonen for bedrifter i Norge. NHO Service er den tredje største landsforeningen i NHO og organiserer 2000 virksomheter med over 58 000 årsverk innen renholdsbransjen, bemanningsbransjen, helse og velferd, attføringsbedrifter, sikkerhetsbransjen og drift.

³⁹ <http://www.ks.no/tema/Om-KS1/KS-oppgaver/Kort-om-KS/>

På nettsiden til NHO står det at visjonen til NHO Service er: «Service i ordnede former. Det betyr at NHO Service vil bidra til økt profesjonalitet, styrke bedrifters samfunnsnytte, økt verdiskapning og sikre arbeidsplasser».⁴⁰ Helse og velferd er et område av NHO Service som organiserer private sykehjem og pasienthoteller, hjemmetjenester, barn og ungdom, barnehager, bedriftshelsetjenester og ambulanser.

Hovedorganisasjonen Virke representerer 16 500 virksomheter med 210 000 ansatte fra mange ulike bransjer. En av de åtte bransjene i organisasjonen er ideell sektor, som organiserer ideelle og frivillige tjenesteleverandører i helsetjenesten, apotek og bedrifter som utvikler og leverer utstyr og teknologiske løsninger til helse- og omsorgssektoren. Virke Ideell framhever på nettsidene at et mangfold av tilbydere innen helse- og omsorgssektoren er den beste forutsetningen for innovasjon og mangfold. Innsats fra frivillig sektor og ideelle virksomheter gjennom sin nærhet til brukerne og særegne måte å organisere tjenestene på sies å ville kunne bidra til den innovasjon Helse- og omsorgs- Norge trenger når det blir flere eldre og pleietrengende.⁴¹

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er Norges fjerde største fagforbund med over 99 000 medlemmer fordelt over hele landet. NSF har 27 politisk valgte på heltid, fordelt på 19 fylkeskontor og hovedkontoret i Oslo. Forbundet har over 650 hovedtillitsvalgte og omtrent 2500 tillitsvalgte. NSF's visjon, mål og samspillsverdier er ifølge Strategiplanen for 2009–2012 at: «Norsk Sykepleierforbund skal fremstå som en profilert, sterk og veldrevet profesjonsorganisasjon for sykepleiere og jordmødre i Norge. Målet – som det kontinuerlig arbeides mot – er et sterkt og tydelig NSF som både innad så vel som utad oppfattes og fremstår som en; Tydelig, Modig og Stolt aktør. Visjonært kan det sammenfattes slik: Et førstevalg for sykepleierne – Til beste for pasienten».

Fagforbundet er LOs største forbund, med sine omtrent 340 000 medlemmer. Forbundet er landets største arbeidstakerorganisasjon og organiserer arbeidstakere i kommunale, fylkeskommunale, private og offentlige virksomheter og i sykehusene med alle støttefunksjoner. Et stort flertall av medlemmene er kvinner (80 prosent). En spørreundersøkelse blant medlemmene i 2008 viste at et flertall av medlemmene er lavt utdannet (på videregående- og grunnskolenivå). Et fåtall, 13 prosent, er høyskole- eller universitetsutdannet (Gautun 2008). Omtrent halvparten av medlemmene jobber innen helse- og sosialsektoren. De fleste av disse er kvinner over 40 år. Fagforbundets hovedoppgave er å sikre medlemmene gode og trygge lønns- og arbeidsvilkår. Forbundet arbeider for likestilling, likelønn og lik status mellom kvinnedominerte og mansdominerte yrker. Fagforbundet har også som ambisjon å styrke og videreutvikle

⁴⁰ www.nhoservice.no/omoss/

⁴¹ http://virke.no/eway/default.aspx?pid=302&trg=Main_8836&Main_8836=9069:461886::0:9068:9:::0:0&noobjurl=1

velferdsstaten og framhever omtanke, solidaritet og samhold. Forbundet arbeider mot konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere i helse- og omsorgssektoren ⁴²

4.2 Organisasjonenes syn på konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere

KS

Kommunalt selvstyre er en grunnleggende verdi i KS, noe som også framkommer i informantens svar på spørsmålet om hvilken holdning KS har til konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle helse- og omsorgstjenester: at dette er et ideologisk og politisk spørsmål som kommunene selv tar stilling til. Organisasjonen sies imidlertid å ha meninger som går ut på at det er viktig å ta gode krefter i bruk, tenke nytt og utfordre. Om det skal være konkurranseutsetting eller annet, har ikke organisasjonen noen mening om. Noen av oppgavene til KS går ut på å drive utrednings- og dokumentasjonsarbeid og rådgivning til kommunene. Informanten forteller at administrasjonen i kommuner der politikere har vedtatt at tjenester skal konkurranseutsettes, henvender seg til KS og ber om råd for hvordan de skal gå fram og unngå fallgruver. Når det har kommet et politisk vedtak i en kommune, skal KS bidra til at prosessen kan gjennomføres på en kunnskapsbasert måte. Informanten forteller at KS ser at det er behov for mer oppmerksomhet om oppfølging av kontrakter. Kommunene har ikke apparat for å følge opp leverandører, heller ikke sine egne, som har vunnet anbud, godt nok.

Informanten påpeker at KS heller ikke har noen holdning til brukervalgordninger. Organisasjonens holdninger oppfattes, akkurat som for konkurranseutsetting og bruk av private, å være et ideologisk og politisk spørsmål som kommunene selv skal ta stilling til. Informanten sier at de ser at noen kommuner prøver ut interessante modeller, og at organisasjonen nå får utarbeidet en utredning om friere brukervalg i hjemmetjenesten, og hvordan dette gjennomføres i praksis.. Informanten er positiv til at det prøves ut nye modeller og sier at disse vil kunne fremme utvikling og kvalitet. Informanten påpeker at KS har en holdning til brukermedvirkning. Brukermedvirkning sees på som en viktig verdi, og er også som er lovpålagt. Brukervalg kan være en måte å sikre brukermedvirkning på, uten å ta ansvaret fra kommunen.

⁴² www.fagforbundet.no/om-fagforbundet/

NHO Service

To informanter fra NHO Service har blitt intervjuet samtidig. Begge argumenterer for konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester. Tjenestene sies å tilføre helse- og omsorgssektoren ekstra ressurser, nye og bedre måter å organisere og utføre arbeidet på, bidra til nytenkning og en større fleksibilitet. Informantene gir uttrykk for, akkurat som informanten fra KS, at markedet for private kommersielle helse- og omsorgsvirksomheter ser ut til å være i en forsiktig vekst. Informantene sier de ser en klart økende interesse fra norske kommuner, som henvender seg til private leverandører og NHO. Veksten sies at hadde vært betydelig større dersom det ikke hadde vært for urettmessig negative fordommer overfor private kommersielle tilbydere. Informantene sier at fagbevegelsen motarbeider private kommersielle tjenester ut fra en ideologisk tankegang som ikke er basert på erfaringer. Den forsiktige veksten sies ikke å skyldes at kommunene ikke har behov for private, eller at kommunene som har igangsatt konkurranseutsetting og kjøpt tjenester, er misfornøyd med tjenestene. Informantene gir uttrykk for at de savner en mer åpen og fordomsfri diskusjon om konkurranseutsetting og bruk av private. En sier: «Det er bare 4 prosent av sykehjems plassene som er konkurranseutsatt til våre medlemmer, men medieoppslagene gir inntrykk av at dette nærmest er verdens undergang» [...] «De største utfordringene for private virksomheter som vil inn i markedet eller bli værende i markedet, er tilsynelatende ideologiske barrierer, men i virkeligheten like mye interessekamp fra fagbevegelser med stive og utdaterte tarifforhold. Vi opplever kraftig motstand og dels hetsing og trakassering av private virksomheter og ansatte fra deler av fagbevegelsen. Ansatte er godt fornøyd og engasjert i sitt arbeid, men føler seg og presset og mobbet av fagforeningene.»

Ifølge en av informantene ser det ut som at det er mindre politisk konflikt rundt private leverandører av hjemmetjenesten (praktisk hjelp), og at kommunene i større grad åpner for å ta i bruk private hjemmetjenester enn de gjør for sykehjem. Selv om det finner sted en sterkere vekst av private i hjemmehjelptjenesten, mener de at vekstpotensialet er like så stort for sykehjem.

Videre sier informantene at private hjemmetjenester er et verdifullt tilskudd til helse- og omsorgssektoren fordi dette dreier seg om kvinnelige gründere som har gått lei av å jobbe i et tungdrevet offentlig byråkrati. Bruk av private sies også å tilføre tjenesteapparatet noe nytt, i form av utvikling av ulike typer av nisjer, for eksempel demensomsorg. Personer med nye ideer etablerer virksomheter og utfører oppgaver på andre måter enn i det offentlige. Innenfor det offentlige hjelpeapparatet sier informantene at det er vanskelig å komme med nye ideer. Virksomheter som tilbyr private hjemmetjenester, er små virksomheter. Leverandørene har ikke alltid de beste betingelser i avtalene med kommunene. De får eksempelvis kun betalt når jobben er gjort. Dersom en bruker ikke er hjemme en dag og besøket blir en bomtur, risikerer leverandøren å tape penger. Selv om det er bakt inn en liten andel bomturer i kontrakten, tas det ikke

høyde for alt som kan skje. Informantene tror likevel at de private hjemmetjenestene kommer til å vokse med samhandlingsreformen og på grunn av målsettingen om at folk skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Noen av de private hjemmetjenestene tar kun oppdrag fra kommunen, noen har både kommunen og private personer som oppdragsgivere, mens andre kun har oppdrag fra private. NHO ser en vekst i hjemmetjenester som slutter å legge inn bud hos kommunen, og som kun selger tjenester til privatpersoner. NHO er skeptisk til utviklingen fordi den kan skape en utvikling med et todelt helse- og omsorgsmarked. Noen vil ha råd til å kjøpe ekstra hjelp, mens de med dårlig råd må klare seg med mindre. Det blir sagt at utviklingen er vanskelig å begrense, men NHO foretrekker at de private heller går inn i det kommunale markedet.

Når det gjelder private kommersielle sykehjem, sies disse alltid å ha vært eid av store virksomheter, noe som informantene ser på som naturlig fordi å drifte sykehjem er en stor oppgave som krever en stor organisasjon, stor økonomisk evne og sikkerhet. På spørsmålet om de ser noen problematiske sider ved at store internasjonale selskaper har overtatt markedet, svarer informantene at det er uinteressant om eierne er norske eller utenlandske, fordi driften foregår i Norge på norske premisser. Eierne sies å tjene lite på sykehjemsdrift. Det er fortrinnsvis kommunene som tjener mest på konkurranseutsetting. En av informantene sier «det er umoralsk at man ikke jakter på hvordan man kan gjøre ting best mulig, til en best mulig pris», og at «NHO ønsker at konkurranseutsetting etter hvert går over til å bli en konkurranse på fastpris, slik at det kun dreier seg om at man konkurrerer om kvalitet».

På spørsmålet om de ser noen problemer med at konkurranseutsetting fører til at virksomheter stadig skifter eier, svarer informantene at de ikke ser på dette som et stort problem. Forklaringen som gis, er at utførerleddet består, og at det derfor er stor stabilitet i virksomheten. Rettigheter for de ansatte er sikret gjennom virksomhetsoverdragelsesdirektivet.

Virke

Informanten fra Virke er kritisk til konkurranseutsetting og de private kommersielle tilbydernes inntreden i helse- og omsorgssektoren. Lov om offentlig anskaffelse sies å fungere bra i et marked, men ikke i helse- og omsorgssektoren. Informanten forteller at anbudsprosesser og nye private kommersielle tilbydere har ført til at flere ideelle sykehjem har måttet legge ned de siste 15 årene. Det gjelder både sykehjem som eies av store organisasjoner, og enkeltstående menigheters sykehjem. Informanten sier: «Anbudsprosessen har tatt knekken på de ideelle sykehjemmene. Både de offentlige og private vinner anbud framfor oss». Hovedtyngden av sykehjemmene som har måttet legge ned sies at ikke kan forklares med dårlig kvalitet. Konkurranseutsettingen sies kun å være konkurranse om pris, og at det legges til grunn minimumskvalitet når

tilbud vurderes. Kommunene sies heller ikke å følge opp og etterprøve kvalitet som er lovet i tilbudene.

Ifølge informanten er det ulike konkurransevilkår: «Hadde vi visst at konkurransen ble gjort på like vilkår, hadde vi ikke vært redde. De private og offentlige kan legge inn helt andre tilbud enn oss.» (Informant fra Virke) Informanten forteller at de ideelle institusjonene må ta med seg gamle pensjonskostnader som er uforutsigbare. Det gjør det vanskelig å planlegge drift og øker risiko for å gå med underskudd. Konkurransen med offentlige tilbud sies å være vanskelig fordi det er en del utgifter som ideelle institusjoner har, som ikke er bakt inn i de offentlige tilbudene. Disse kan være fellestjenester i kommunen, for eksempel IKT og regnskap. Konkurransen med private kommersielle tilbydere betraktes som utfordrende fordi dette er nordiske eller internasjonale selskap av betydelig størrelse med «store økonomiske muskler». Private kommersielle tilbydere overlever selv om de taper anbudsrunder. Informanten forteller at ideelle sykehjem er mer sårbare og må legge ned dersom de taper en anbudsprosess. De private kommersielle tilbyderne sies også å være mindre belastet med store og uforutsigbare pensjonskostnader. Informanten sier: «Pensjonsordningene kommer til å velte de ideelle.»

NFS

I NSF sitt prinsippprogram 2012–2015 står det at konkurranseutsetting/profitbasert privatisering ikke er forenlig med prinsippet om god ressursutnytting, lik tilgjengelighet til helsetjenester, forsvarlig arbeidsmiljø og tariffestede rettigheter for de ansatte. I intervjuet påpeker informanten at konkurranseutsetting av erfaring er en dårlig idé av særlig to grunner. Den ene er at konkurranseutsetting ikke gir god ressursutnytting. Konkurransen krever mye oppfølging fra kommunen. Den andre er at man risikerer dårlige arbeidsforhold for de ansatte. Informanten gir også uttrykk for at det er problematisk at fellesskapets penger skal gå til fortjeneste for de private. Informanten forteller at i den grad de private kommersielle institusjonene har inntjening, tyder mye på at det er ansattes arbeidsforhold det spares på. Lønn og pensjon utgjør 85 prosent av driftskostnadene. Det er ikke så mange andre steder det er mulig å spare. Når det gjelder kvalitet på tjenestene, behøver ikke den nødvendigvis bli dårligere, men i enkelte private kommersielle institusjoner er det oppdaget dårlig kvalitet. Informanten påpeker også at det er avdekket brudd på arbeidsmiljøloven i noen private kommersielle sykehjem, som kan tenkes at også går utover kvaliteten på tjenesten. Likeledes kan usikkerheten privatansatte opplever i forbindelse med sin egen arbeidssituasjon fordi virksomheten kan bli nedlagt eller skifte eier ved neste tilbud, ha en negativ påvirkning på kvaliteten.

Informanten gir uttrykk for å ha lite kjennskap til brukervalg, men påpeker problematiske forhold som at valget ofte ikke reelt fordi mange har en for dårlig helse til å klare å velge, og fordi det er lite å velge mellom: Brukerne kan velge mellom ulike

firmaer som skal yte tjenesten, men ikke hva som skal være innholdet i tjenesten. På den annen side hevder informanten at brukervalg er positivt dersom det innebærer at brukeren får færre hjelpere å forholde seg til.

Fagforbundet

På Fagforbundets nettsider står det at det er en viktig oppgave for organisasjonen å kjempe mot konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle aktører innenfor helse- og omsorgssektoren.⁴³ Ifølge informanten som er intervjuet, egner ikke helse- og omsorgssektoren seg for konkurranseutsetting. Forbundet er mot at denne typen tjenester settes ut på anbud, fordi det blant annet fører til at tjenester som har opparbeidet tillit, fagkunnskap, kvalitet og kontinuitet, blir utsatt for brudd. Nye eiere som drifter tjenestene, sies å føre til skifter som går utover både brukere og ansatte. Store selskaper endrer seg gjennom å selge og bli kjøpt opp. Tjenesteapparatet blir veldig komplekst og uoversiktlig. Kommunen sies ikke å ha rett til innsyn i tjenestenes regnskap, noe som vanskeliggjør kommunens kontroll av om tjenestene leverer det de har lovt i anbud, og som inngår i kontraktene. Videre sier informanten at det å konkurranseutsette denne typen tjenester er å drive risikosport. Hvis private går konkurs, står kommunen ansvarlig for tilbudet til brukerne. Informanten påpeker at et moralsk problem, som også går utover tjenestetilbudet til brukere, er målsettingen for private kommersielle selskaper. Informanten sier: «Målet er inntjening til eiere, utenlandske selskaper og skatte paradiser – ikke at overskudd skal komme virksomheten til gode».

Et annet problem som påpekes, er at kommunene gir fra seg muligheten til en langsiktig planlegging, noe som gjør det vanskelig å utvikle gode tjenester. Å bygge kompetanse i egne virksomheter i stedet for å gå veien om andre sies å være raskere og mer effektivt. Det gjør det lettere å samarbeide med andre etater. Konkurranseutsetting og å binde seg til kontrakter med private for en tidsperiode for noen år bidrar til lite fleksibilitet i tjenesteapparatet. Med samhandlingsreformen kan dette bli et enda større problem fordi en forutsetning for at kommunene skal møte kravene i denne, er en fleksibilitet i tjenesteapparatet. Videre påpeker informanten at kommunene over tid får en dårligere bestillerkompetanse fordi tjenestene ikke er en del av det kommunale apparatet. Kommunene mister kjennskap til tjenestene. Konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sies også å fragmentere hjelpeapparatet, føre til mer byråkrati og administrasjon for å sikre tjenestene.

Informanten var også opptatt av at hjemmehjelptjenesten er et lavterskeltilbud i kommunene. Det påpekes at det er viktig at hjemmehjelperne inngår i kommunens team, fordi de jobber alene ut i brukernes hjem. Disse sies også at kan gi verdifull informasjon om situasjonen til brukerne og formidle eventuelle endringer i behov.

⁴³ www.fagforbundet.no/om-fagforbundet/

Informanten sier at hjemmehjelptjenesten flere steder ikke er konkurranseutsatt. Brukere som henvender seg til servicekontor i noen kommuner, blir fortalt at de kan velge private eller kommunale, og får liste over private de kan ta kontakt med. Brukerne får den hjelpen som kommunen har gjort vedtak om (kommunen betaler, og bruker betaler egenandel), men kan så kjøpe tilleggstjenester som det ikke er gjort vedtak om. Ifølge informanten er disse kommunene døråpnere for et kommersielt marked.

Informanten er skeptisk til en utvikling der det offentlige ikke finansierer og til-deler brukere tjenester og bistand etter behov. En vekst i markedet med helt private sykehjem vil kunne bryte med den norske velferdsmodellen, som har likhet som en viktig verdi. Andre land ser opp til den norske modellen, også fordi den har vist seg å klare seg best i nedgangstider.

Når det gjelder spørsmålet om brukervalg, er informanten opptatt av flere problematiske sider. Reelle valgmuligheter for alle forutsetter at det er et overskudd av tjenester. Informanten stiller også spørsmål ved om det er god samfunnsøkonomi å ha et overskudd. Informanten kritiserer først og fremst brukervalg som går ut på at brukere kan velge mellom tjenester, ikke valgfrihet som går ut på at brukere kan være med på å bestemme innhold i en tjeneste. Informanten problematiserer at det ikke er alle som kan velge, og at det er en ulikhet mellom dem som er friske nok til å velge, eller som har pårørende som kan velge for dem, og dem som er syke og ikke har pårørende som velger for dem. Informanten viser til Sverige og sier: «der trekkes det lodd for eldre som er for syke til å velge mellom tjenester».

4.3 Organisasjonenes syn på ideelle

KS

Informanten fra KS forteller at organisasjonen er positiv til å ta i bruk frivillige for å få til en god eldreomsorg. Organisasjonen har en politikk for å fremme samarbeid mellom kommuner og ideelle og frivillige innen helse- og omsorgssektoren. Informanten sier at ideelle sykehjem har noen særegne kvaliteter. De har for eksempel egne ubetalte frivillige ressurser å spille på, som kan bidra til å gjøre hverdagen hyggeligere for eldre. Kirkens Bymisjon nevnes som et eksempel på at de har frivillige ildsjeler i nærmiljø som jobber i organisasjonen. Informanten sier: «Ideelle har en del gratishjelpere, et bakkemannskap som kommer inn ut ifra sitt gode hjerte. Det er positivt.»

Flere sykehjem driftet av ideelle har over tid blitt overtatt av kommunen fordi de opplever det vanskelig økonomisk. Det er flere grunner til at det har vært en nedgang i antall sykehjem driftet av ideelle, men informanten gir uttrykk for at det også kan ha hatt en sammenheng med at de har blitt presset av anbud og lov om offentlige

anskaffelser⁴⁴. Ideelle kan skjermes mot konkurranse dersom kommunene ønsker det. Enkelte kommuner har gjort begge deler helt siden 1990-tallet, inngått driftsavtaler med noen, mens andre sykehjem driftet av ideelle har deltatt i konkurranse. Ideelle sykehjem med driftsavtaler sies også å ha blitt utsatt for et økende økonomisk press etter at det har kommet til private kommersielle tilbydere, selv om de ideelle ikke må ta del i anbudsprosesser.

NHO Service

På spørsmålet om ideelle virksomheter har noen egenskaper som positivt skiller dem fra kommunale og privat kommersielle, svarer informantene at NHO er misfornøyd med at det skilles så sterkt mellom kommersielle og ideelle virksomheter. Grensen mellom ideelle og private kommersielle virksomheter sies ofte å være uklar. Videre sier informantene at de ideelle virksomhetene er dyrere enn kommunale og private kommersielle virksomheter, uten at det er noen kvalitetsforskjell mellom dem. NHO er for at det finnes et mangfold av driftstyper, men mener at de ulike typene burde likestilles. Informantene viser til samarbeidsavtalen som ble inngått mellom Regjeringen og Virke 3.10.2012, som skal regulere rammevilkårene til frivillige og ideelle leverandører av helse- og sosialtjenester, som legger opp til at ideelle skal ivaretas bedre enn de kommersielle.

I tillegg til at NHO har medlemmer som er private kommersielle virksomheter, har organisasjonen også enkelte ideelle private sykehjem som har eksistert lenge, som medlemmer. Eksempler som nevnes, er Søster Ninas Sykehjem på Jevnaker og Villa Skår Sylling. NHO har også erfart at enkelte av Virkes medlemmer har gått over til deres organisasjon. I tillegg til at kommunen kjøper noen plasser i disse institusjonene, er det noen privatpersoner som kjøper opphold, og som selv betaler for disse. En av informantene sier at det for velstående personer ikke behøver å bli så mye dyrere å velge et helt privat tilbud, i og med at egenandelen for dem som bor på sykehjem, er 75 prosent av pensjonen og 85 prosent av kapitalinntekter.

Norsk Sykepleierforbund

Ifølge informanten fra NSF er de ideelle sykehjemmene viktige fordi de har en lang tradisjon med å drive helse- og omsorgsvirksomhet. De ideelle sykehjemmene har ofte tett samarbeid med frivillige organisasjoner slik at de lettere kan mobilisere innsats fra frivillige organisasjoner og personer. De ideelle sykehjemmene sies også å ha et positivt

⁴⁴ Innkjøp av alle slags varer og tjenester til det offentlige styres av lov om offentlige anskaffelser (Lov 1999 nr. 69). Det er imidlertid gjort unntak for innkjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle aktører. I forskrift om offentlige anskaffelser (For 2006 nr. 402).

verdigrunnlag. Informanten hevder at kommunene kan lære mye av hvordan de ideelle driver virksomheter, spesielt når det kommer til frivillig innsats, noe som kommunene ikke er like flinke til å mobilisere.

Fagforbundet

I intervjuet kom vi ikke inn på hvilket syn Fagforbundet har til ideelle. Vi tok i etterkant av intervjuet kontakt med en rådgiver som svarte at Forbundets generelle holdning er at offentlige midler skal gå til offentlige formål. Forbundet er imidlertid positive til ideelle, hvis de ønsker å bidra, men det må være for å tilby tjenester, ikke for å tjene penger. Forbundet har støttet alle ikke-kommersielle foretak så lenge de følger arbeidslivets regler for øvrig og har opprettet tariffavtaler. Fagforbundet har ikke noe uttalt syn på at de ideelle driver på en mer «moralsk» måte enn kommunale.

Virke

Informanten fra Virke er opptatt av å få fram at de ideelle sykehjemmene er særegne og et verdifullt tilskudd til helse- og omsorgssektoren, både med tanke på kvalitet og innovasjon. Ifølge informanten skiller de ideelle sykehjemmene seg fra de offentlige og privat kommersielle ved at de får høyest skår på tilfredshet blant brukere, pårørende og ansatte. Informanten sier at dette skyldes en X- faktor, som kanskje kan være vanskelig å forklare. Ansatte har et nærmere forhold til eier og er ikke profittfokusert. De ansatte sies å ha en felles motivasjon, som ikke er i kommersielle og offentlige sykehjem. Ansatte har større mulighet for å påvirke hverdagen og situasjonen for pasientene. Systemene er ikke så store, og informanten forteller at det er en større nærhet til ledere, enn i offentlige og private kommersielle sykehjem. Ansatte i ideelle sykehjem sies å oppleve jobben som mer meningsfylt. «Vi har langt mer lojale medarbeidere. Det er mindre turnover. Ansatte er der over lang tid. Det betyr og at de blir dyrere, fordi de har jobbet der lenger. En viktig faktor for å trives på jobben er opplevelsen av å kunne prege hverdagen. Det er faktor X.» [...] «Mitt hovedbudskap er at når vi snakker om de ideelle organisasjonene, så må vi få fram at disse har mye å bidra med når det gjelder innovasjon. Alle politikerne sier at de ideelle har noe å bidra med. Vi kan få til nye ting. Vi er opptatt av innovasjon. I omsorgsteknologi-NOU-en til Hagen, som omtales som samhandlingsreformen 2, har frivillige og ideelle fått en stor rolle».⁴⁵

⁴⁵ Informanten referer til NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg

4.4 Om kvalitet, effektivitet og ansattes lønns- og arbeidsvilkår

På spørsmålene om hvilke erfaringer organisasjonene har med konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester når det gjelder kvalitet, effektivitet og lønn, pensjon og ansatteforhold, varierer det hva informantene legger mest vekt på. KS-informanten er forsiktig med å uttale seg på grunn av organisasjonens sterke vektlegging av kommunalt selvstyre.

Informantene fra NHO er opptatt av å få fram fordeler i form av innovasjon og nytenkning og en mer effektiv ressursutnytting i institusjonene blant annet fordi disse drives på en mindre byråkratisk måte enn offentlige institusjoner. Fravær av byråkrati sies også å gi ansatte i institusjonene og hjemmetjenestene større frihet enn om de hadde jobbet i offentlig sektor. Det fortelles at sykefraværet er lavere i private sykehjem sammenlignet med i de offentlig drevne sykehjemmene. Informantene fra NHO viser også til brukerundersøkelser som har påvist bedre kvalitet i private kommersielle sykehjem sammenlignet med offentlig drevne sykehjem. Private sies å være mer opptatt av kvalitet og å ha færre avvik i forbindelse med tilsyn.

Informanten fra Virke retter også oppmerksomheten mot kvalitet og sier denne skiller seg positivt ut fra både private kommersielle institusjoner og offentlig drevne sykehjem. Viktige forhold som ubetalt frivillig innsats i sykehjemmene som både bidrar kulturelt og sosialt for beboerne, sies at ikke er mulig å registrere i anbudsdokumenter, og teller dermed ikke med i konkurransen. Den spesielle motivasjonen blant ansatte i ideelle organisasjoner sies heller ikke å være mulig å registrere i tilbud. Videre sier informanten også at kvaliteten vektlegges lite i konkurransen. Det er først og fremst hvem som kan drive billigst sykehjem, som vinner anbud. Når det gjelder ansatteforhold, sier informanten at konkurranseutsetting skaper usikkerhet hos ansatte. Utryggheten fører til at sykehjem mister flinke ansatte fordi de vil ha trygge jobber.

Informantene fra Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet retter et sterkt søkelys på ansattes lønns- og arbeidsvilkår og hva anbudsprosesser og oppfølging koster kommunene. Private kommersielle sykehjem sies å kunne drifte billigere enn kommunale og ideelle sykehjem på grunn av lavere pensjonskostnader til andre yrkesgrupper enn sykepleiere. Medlemmene til Fagforbundet er den største arbeidstakergruppen i sykehjem. Alle sykepleiere, uavhengig av om de jobber i kommunale, ideelle eller private kommersielle sykehjem, har en avtalefestet rett til pensjon i KLP. Dette er ikke tilfelle for andre personellgrupper som hjelpepleiere, ufaglærte, renholdsarbeidere og vaktmestere. I kommunale og ideelle sykehjem er andre ansattegrupper enn sykepleiere omfattet av KLP eller pensjonsordninger som gir samme ytelser. Informantene forteller at disse arbeidstakerne har dårligere pensjonsvilkår i de private kommersielle sykehjemmene. Informanten fra Fagforbundet sier: «Det er dypt urettferdig at noen i et sykehjem er dekket av uførepensjon dersom hun skader seg, og andre ikke». Høsten 2012 var

Fagforbundets medlemmer i private kommersielle sykehjem ute i streik i tre uker på grunn av dårligere grunnlønn, avlønning for overtid, kveld, natt enn de som jobber i kommunale og ideelle sykehjem. Informantene viser videre til avsløringer i media og til at Arbeidstilsynet har avdekket flere brudd på arbeidsmiljøloven når det gjelder arbeidstid, arbeidsmiljøforhold og rettigheter, i de private kommersielle institusjonene.

Når det gjelder spørsmålet om kvalitet, forteller informanten fra Fagforbundet at deres medlemmer ikke formidler at det er en bedre kvalitet i de private kommersielle sykehjemmene. Kvaliteten sies heller ikke å være dårligere enn i de kommunale sykehjemmene: «Medlemmene som jobber i disse institusjonene gjør ikke en dårligere jobb enn i andre sykehjem, men de private kommersielle institusjonene er dårligere bemannet.»

Informantene påpeker at selv om det enkelte sykehjem drives billigere av private kommersielle firmaer, så er det dyrt for kommunen å drive anbudsprosesser og oppfølging av private kommersielle sykehjem som ikke er en del av den kommunale organisasjonen.

4.5 Oppsummering

Synet på konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester er naturlig nok sterkt preget av hvem organisasjonene representerer. KS er arbeidsgiverorganisasjon for alle landets kommuner og har en sterk interesse i lokalt selvstyre. KS vil derfor ikke ta stilling til hvorvidt de er negative eller positive innstilt til konkurranseutsetting innen helse og omsorg. Det er opp til politikerne som er valgt i kommunene, å ta stilling til og eventuelt fatte vedtak om å gjennomføre anbudsprosesser. KS gir råd til kommuner som skal konkurranseutsette, om gode framgangsmåter og verktøy.

NHO Service har private kommersielle tilbydere av tjenester som medlemmer og skal arbeide for best mulige kår for disse. Organisasjonen løfter fram positive sider ved konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester som innovasjon, nytenkning, billigere tjenester, de av brukerundersøkelsene som har påvist større fornøydhet blant brukere av private tjenester, og undersøkelser som har vist at det er et lavere sykefravær blant de ansatte i tjenester driftet av private kommersielle. Informantene viser også til lovgivningen som slår fast at sykepleierne skal ha like gode pensjonsordninger i private institusjoner.

Medlemmene til Virke Ideell er institusjoner som er eid av ideelle organisasjoner eller stiftelser. Organisasjonen har et negativt syn på konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester i helse- og omsorgssektoren. Anbudsprosesser og de nye private kommersielle aktørenes inntreden oppleves som en belastning for de ideelle virksomhetene. Informanten sier at ideelle sykehjem som har inngått driftsavtaler med

kommunen og er unntatt anbudsprosesser, rammes av disse anbudsprosessene og de nye tjenesteleverandørenes inntreden fordi det har ført til mer vekt på økonomi, økte krav og mer kontroll. Kriterier og målinger som kommunene legger til grunn, sies å ikke fange opp positive sider ved de ideelle tjenestene. Ett eksempel som trekkes fram, er ubetalt innsats fra frivillige og nærmiljø. Et annet er at flere av de ansatte i ideelle institusjoner har en spesiell motivasjon for å jobbe i sykehjemmene, som informanten forteller har betydning for kvalitet.

Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund framhever at konkurranseutsetting erfaringsmessig er problematisk av to hovedgrunner. Den ene er at konkurranseutsetting ikke gir god ressursutnytting. Selv om det enkelte private sykehjemmet driftes billigere enn kommunens, er forbundene opptatt av at anbudsprosesser og oppfølging fra kommunen er kostnadskrevenende. De to forbundene er for det andre opptatt av og bekymret for om arbeidsforholdene for de ansatte blir dårligere. NSF-informanten påpeker at selv om lønn og pensjon kan være lik for sykepleiere i sykehjem med ulike eiere, bidrar eierskapsbytte til å skape utrygghet blant de ansatte. Informanten fra NSF, og fra Fagforbundet, uttrykker også at de oppfatter det som problematisk at store utenlandske selskaper går inn på omsorgsmarkedet i den hensikt å tjene penger.

Fagforbundet skal ivareta interessene for sine medlemmer som jobber i helse- og omsorgssektoren. Dette er arbeidstakere som faller inn under KLP når de jobber i kommunale eller ideelle sykehjem, men som må over på andre pensjonsordninger som informanten sier blir dårligere når de får private kommersielle eiere. Fagforbundet er opptatt av at medlemmene som jobber i private kommersielle sykehjem, har dårligere lønns- og arbeidsforhold sammenlignet med medlemmer som jobber i kommunale eller ideelle sykehjem. Årsaken til at private kommersielle sykehjem kan drifte billigere enn kommunale og ideelle sykehjem, sies fortrinnsvis å være lavere utgifter til pensjon og også noe lavere lønn.

5 Casestudien i fem kommuner

Vinteren 2012–2013 gjennomførte vi en casestudie i fem kommuner som har erfaring med å konkurranseutsette tjenester innen helse- og omsorgssektoren. Alle de fem kommunene har konkurranseutsatt sykehjem. De fem kommunene bruker og private leverandører i hjemmetjenesten. To kommuner har i tillegg konkurranseutsatt deler av hjemmesykepleien. I hver kommune har vi intervjuet ansatte på administrativt nivå, som har fagansvar for omsorgstjenestene, og styрere for et kommersielt og et ideelt drevet sykehjem. I tillegg har vi intervjuet hovedtillitsvalgte i tre kommuner og to fylkesledere i NSF. Vi har ønsket å belyse omfanget av og på hvilke måter kommunene har konkurranseutsatt omsorgstjenester. Det er stilt spørsmål om hvordan kommunene utformer anbudsdokumenter, og hvordan de jobber med oppfølging. Videre er det stilt spørsmål om hvilke erfaringer informantene, fra hver sine ståsteder, har med konsekvensene av konkurranseutsetting når det gjelder kvalitet i tjenestene og arbeidstakernes lønns- og arbeidsvilkår. Informantene har også blitt spurt om transaksjonskostnader, hva slags type utgifter kommunen har i tilknytning til konkurranseutsetting, og hvordan de vurderer det totale kostnadsbildet. Videre har informantene blitt bedt om reflektere rundt spørsmålet om konkurranseutsetting i lys av samhandlingsreformen. Informantene ga uttrykk for at dette var et spørsmål de syntes var vanskelig å uttale seg om. Dette spørsmålet inngår derfor ikke i analysene av casestudien. I casestudien belyses spørsmål gjennom intervjuer uten at disse er blitt supplert med annen informasjon. Ideelt sett skulle vi i tillegg ha gjennomgått skriftlig materiale og dokumentasjon fra kommunene. Det har imidlertid ikke vært mulig innenfor dette prosjektets rammer.

5.1 Utbredelse av konkurranseutsetting, bruk av private og kommersielle brukervalgordninger

I og med at vi avtalte med informantene at både de og de fem kommunene skal være anonyme, kan vi ikke oppgi eksakte tall på hvor mange sykehjem og hjemmetjenester som driftes av private kommersielle leverandører i de fem kommunene. Vi kan imidlertid si noe om hvilke tjenester de fem kommunene har konkurranseutsatt, og et cirka anslag på hvor mange sykehjem og hjemmetjenester som driftes av private kommersielle selskaper.

Kun en av de fem kommunene har konkurranseutsatt hjemmehjelptjenester. I denne kommunen er det ikke innført brukervalg. Fire kommuner har gitt private tilbydere tjenestekonsesjon. En av informantene sammenlignet dette med de konsesjonene som gis til taxiselskaper: Selskapet får lov til å levere en tjeneste, men de er ikke garantert brukere. Kommunene praktiserer fritt brukervalg, og leverandørene med konsesjon konkurrerer med hverandre. Det er altså ikke sånn at private leverandører konkurrerer med de kommunale hjemmetjenestene og andre private leverandører, og at vinneren blir den eneste som tilbyr hjemmetjenester i kommunen eller i ulike geografiske områder i kommunen. Det er opp til brukerne, som har fått kommunalt vedtak om tildeling av tjenester, hvilken leverandør de vil velge å motta hjemmetjenesten fra.

Når det gjelder omfanget av sykehjem som er driftet av private kommersielle selskaper, varierer dette mellom kommunene. I de tre største kommunene varierer andelen konkurranseutsatte sykehjem mellom 5 og 15 prosent. I de mindre kommunene gjelder det ett av i alt tre sykehjem som kommunen tilbyr sine innbyggere.

Det er altså et fåtall i alle de fem kommunene som har sykehjem som er konkurranseutsatt, og som driftes av private kommersielle aktører. Alle de fem kommunene har innført fritt brukervalg av sykehjem. I fire kommuner sier informantene i toppadministrasjonen at dette ikke fungerer i praksis fordi tilbudet av sykehjemsplasser er for lite. En leder sier:

Det er fritt brukervalg på langtidsplasser i sykehjem. I første omgang velger de, men i praksis velger få fordi de først må ta en plass som er ledig i hvilket som helst sykehjem, og blir satt på bytteliste til det sykehjemmet de har søkt plass om. Det er lang ventetid. Når de får tilbud om plass, velger de fleste å bli på det sykehjemmet de bor på.

I den femte kommunen holder kommunen til enhver tid ledig et visst antall plasser fordelt utover alle sykehjemmene i kommunen for å sikre at valgfriheten blir mest mulig reell. Terskelen for å få tilbudt sykehjemsplasser er imidlertid høy, også i denne kommunen.

I de fire kommunene som har innført fritt brukervalg, velger et stort flertall av brukerne kommunal hjemmehjelp. I tre av de fire kommunene har over 80 prosent av brukerne valgt en slik løsning. I den fjerde kommunen er andelen litt lavere, men også her har majoriteten valgt kommunal hjemmehjelp. Det at de fleste brukerne velger kommunal hjemmehjelp, kan ikke forklares med at det er for få tilbydere av privat hjemmehjelp på markedet. I alle de fem kommunene gir informantene i sentraladministrasjonen uttrykk for at det er nok private kommersielle tilbydere av hjemmehjelptjenester til at brukerne har et reelt valg. En toppleder sier: «De private hadde kunnet tilby flere hjemmehjelpers dersom flere brukere hadde valgt de». En toppleder i en annen kommune sier at «en privat leverandør med avtale har trukket seg ut fordi markedet er så lite».

Det er kun tre kommuner som har private leverandører av hjemmesykepleie. Informantene fra administrasjonen forteller at det er få tilbydere av hjemmesykepleie på markedet. Andelen brukere som mottar hjemmesykepleie fra private kommersielle leverandører, er betydelig lavere enn for hjemmehjelp. De tre kommunene har innført fritt brukervalg også for hjemmesykepleien, men i praksis sies dette å være vanskelig å gjennomføre fordi omfanget av hjemmesykepleie som ytes av private, er lite.

5.2 Hvordan utformer kommunene anbudsdokumenter og egne tilbud?

Når kommuner konkurranseutsetter pleie- og omsorgstjenester, er de bundet av lov om offentlige anskaffelser i innkjøpsprosessen (se kapittel 1). Loven gir relativt detaljerte føringer for hvordan prosessen skal foregå. Det skal blant annet klargjøres på forhånd hvilke kriterier som skal tillegges vekt i valget mellom ulike tilbydere. Anbudsdokumentene er offentlige dokumenter.

Kommunene organiserer innkjøpsprosessen på ulike måter. Fordi regelverket om offentlige anskaffelser er relativt komplisert, har en del kommuner egne innkjøpsavdelinger som håndterer disse sakene. I andre kommuner håndteres anskaffelsene av de ulike fagetatene, for eksempel bestillerkontor. Informantene i denne studien har hatt ulike forutsetninger for å svare på spørsmål om selve anbudsprosessen. Lederne av ideelle og private kommersielle institusjoner har dårligere forutsetninger for å beskrive disse prosessene sammenlignet med det informantene som jobber i kommunens administrasjon, har. Anskaffelsesprosessene ble gjennomført på litt ulike måter i kommunene. En større kommune snakket om detaljerte sjekklister, der tilbyderne måtte vise at de møtte minimumsstandarder på en rekke områder. Disse sjekklisene inkluderte arbeidsmiljøfaktorer. Tilbudene ble vurdert ut fra både «objektive» faktorer, som antall ansatte med kompetanse på ulike områder/nivåer, og «subjektive» faktorer, som oppdragsforståelse. Konkret beskrev en informant vurderingsprosessen slik:

Det lages en kvalitetsmatrise, og leverandørene konkurrerer om å levere kvalitet på de forskjellige områdene. Områdene er basert på hva kommunen mener er viktig med hensyn til kvalitet, og de er utformet slik at de er egnet til å skille mellom leverandørene. Hva kommunene legger vekt på når det gjelder kvalitet, baseres på hva kommunen opplever under kontraktsoppfølginger av leverandørene, erfaringer fra tidligere konkurranser, fokus- og problemområder og andre ting. I denne matrisen får de poeng ut fra hva de tilbyr, sett opp mot hverandre, og også referanser og erfaringer fra tidligere leveranser. Så tilbyr de en pris for oppdraget. (Kommunal leder)

Kvalitetsindikatorene i denne kommunen inkluderer områder som organisasjon og planer, internkontroll, ivaretagelse av pasientens fysiske behov, ivaretagelse av pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov. En annen kommune presenterte kravene mer generelt og viste i anbudsdocumentene til kvalitetsforskriften og loven om kommunale helsetjenester. Det later altså til å variere kommunene imellom hvor presise og komplekse kvalitetskriterier de opererer med. En del minstekrav må oppfylles, og tilbyderne må love å levere i tråd med gjeldende lovverk. Utover dette står kommunene fritt til å innføre tilleggskriterier. Det går igjen at kommunene inkluderer krav til videreopplæring for ansatte, mulighet til faglig oppdatering og gode arbeidsvilkår. En av kommunene sier at de hadde kompetansekrav i kontrakten, men at disse er blitt tonet ned etter hvert.

Informantene i administrasjonen forteller at kvalitet veier tyngre enn pris når det velges mellom ulike leverandører. En typisk vektning er at kvalitet teller 60 prosent, mens pris teller 40 prosent. Enkelte av informantene sier at en leverandør som ligger høyere enn konkurrentene i pris, kan vinne anbudsrunden hvis de presenterer et svært godt tilbud kvalitetsmessig. «Det er ikke rå priskonkurranse her», presiserer en kommunal leder. Hvis tilbyderne ligger noenlunde likt kvalitetsmessig, vinner tilbyderen som kan levere til laveste pris. I en av kommunene forteller informantene i administrasjonen at vektningen av pris versus kvalitet varierer, og at man bruker forholdstallet til å signalisere til markedet hva som er viktig.

Kvalitet måles langs mange dimensjoner. Informantene har ulike oppfatninger om hva som utgjør et kvalitativt godt tilbud. For eksempel sier lederne for de ideelle sykehjemmene at fortrinn, som at ubetalte frivillige bidrar med sosial kontakt og kulturelle tiltak i deres institusjoner, ikke er inkluderte kriterier. Informanter fra administrasjonen i to kommuner forteller at det å vurdere kvalitet har vært en læringsprosess for kommunen, og at det i utgangspunktet kan være vanskelig å vurdere ulike tilbud mot hverandre. En av informantene sa det slik:

Vi har vært igjennom en læringsprosess, både når det gjelder intern drift av sykehjem, og hva som kommer ut av anbudene. For eksempel når det gjelder pleiefaktor, hvordan man beregner pleiefaktor og sykepleiedekning [...]. Vi kan bli lurt av at pleiefaktor ser ut som det er den samme. Fagstillinger blir bakt inn, presentasjonen er ikke så nøyaktig. Noen ganger er det egentlig færre sykepleiere. (Informant fra administrasjonen i en kommune)

En av informantene beskrev utlysingsprosessen som «morsom», særlig andre gang, da kommunene hadde vært igjennom prosessen tidligere og hadde klarere ideer om hva de burde legge vekt på. Andre informanter fra administrasjonen i tre kommuner ga uttrykk for at de opplevde prosessene som arbeidskrevende, og var ikke positivt innstilt til merarbeidet som det påførte kommunene.

Kommunen utarbeider også egne tilbud som inngår i konkurransen med private. Private kommersielle tilbydere vant i konkurransen fordi tilbudene lovt billigst drift av et likeså godt kvalitativt tilbud. En informant sa både at kommunen hadde lagt opp til en noe høyere bemanning av helsefagarbeidere og derfor ble dyrere, og at de ikke hadde stordriftsfordeler slik den store kommersielle konkurrenten hadde, for eksempel når det gjaldt å lage internkontrollsystemer og lønnsutbetalingssystemer. Informanten påpekte også at de kommersielle selskapene er profesjonelle på søknadsskriving, at de har «sine jurister og sitt apparat». Kommunen hadde brukt egne ansatte til søknadsskriving, som til daglig var ansatt i tjenestene. Dette hadde krevd stor innsats fra tre ansatte over tid og var kostbart for kommunen. Informanten mente at politikerne undervurderte hvor kostnadskrevende det var for kommunen å utarbeide egne tilbud.

Regelverket for hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene skal tilby, er relativt omfattende. Siden 2012 har dette vært regulert av lov om helse- og omsorgstjenester, med tilhørende forskrifter. Kommunen er bundet av dette regelverket enten de konkurranseutsetter driften av tjenester eller ikke. I tillegg reguleres feltet av arbeidsmiljøloven og av lover og avtaler som regulerer lønns- og arbeidsvilkår, herunder at sykepleiere skal være tilknyttet KLP uavhengig av om de jobber i offentlige eller private virksomheter. Minstekravene som framgår av lover, forskrifter og avtaler, skal sikre at innkjøpere ikke inngår avtaler med leverandører som legger opp til å «kutte hjørner» på noen av disse områdene. Det er imidlertid ingen ting som forhindrer kommunene i å lyse ut anbud der lista er lagt høyere enn det lover, forskrifter og avtaler krever. Enkelte kommuner gjør dette, for eksempel gjennom å kreve muligheter for faglig oppdatering, kursdeltakelse osv. for ansatte. Noen kommuner spesifiserer også kvalitetskriteriene langt mer detaljert enn det loven krever, noe som kommuniserer til leverandørene at god kvalitet vil bli belønnet.

5.3 Hvordan følger kommunene opp sykehjem og hjemmetjenestene?

Oppfølgingen av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester i de fem kommunene foregår på ulike måter. En av de store kommunene har utarbeidet en veileder for kontraktsoppfølging, som angir hvordan alle private anskaffelser skal følges opp. Ingen av de andre kommunene gir uttrykk for å ha formalisert arbeidet i like stor grad, men alle har noen rutiner for oppfølging.

Den mest utbredte formen for kvalitetsoppfølging er kontraktsoppfølgingsmøter. Slike møter gjennomføres, i en eller annen form, i alle kommunene i undersøkelsen, typisk to til fire ganger i året. På møtene gjennomgås kravspesifikasjonene, og eventuelle problemer og utfordringer diskuteres. Hovedspørsmålet som ligger til grunn for

alle disse møtene, er: «Er kontrakten oppfylt?» Noen av kommunene understreket at hvis så ikke er tilfelle, kan de si opp kontrakten og eventuelt kreve penger tilbake. Slike sanksjonsmyndigheter fantes i alle kommunene – kontraktbrudd kan sanksjoneres. Noen av informantene fra administrasjonen og tillitsvalgte ga uttrykk for at de hadde for dårlige systemer til at de kunne være sikre på at tjenestene leverte det som var lovet i kontrakter.

Kommunen som hadde laget en veileder for oppfølgingen, benyttet i størst grad formaliserte kontrollformer som kvalitetsrevisjon og måling av objektive indikatorer. En leder for et kommersielt sykehjem i denne kommunen beskrev kommunen som «veldig streng», «veldig 'på' hele tiden», «på tå hev dersom de hører noen rykter». Denne informanten fortalte at kommunen hadde skjerpet oppfølgingen betydelig etter en dårlig erfaring med et kommersielt drevet sykehjem og nå var svært påpasselig både ved kontraktstildeling og ved oppfølging.

Denne kommunen la sterk vekt på oppfølging, som inkluderte kvalitetsrevisjoner/ ettersyn, regelmessig rapportering ut på objektive indikatorer (som liggesår, fall) og uanmeldte besøk på institusjonene. En informant i administrasjonen i en annen kommune beskrev tilnæringsmåten i denne kommunen som «litt inkvisitorisk» og understreket at oppfølgingen i egen kommune i større grad var basert på tillit. Der skulle virksomhetene fortløpende rapportere om alvorlige hendelser, og slike ble diskutert i kontaktmøter. Ledelsen i denne kommunen ble sagt å legge vekt på behovet for gjensidig åpenhet og gjensidig læring og for å samarbeide om å løse problemer som oppsto. «Det er vanskelig å beskrive denne typen tjenester nøyaktig og så komme utenfra og kontrollere dem, så vi er avhengig av at den man skal kontrollere, er åpen», sa denne informanten. En leder for et kommersielt sykehjem i samme kommune bekreftet dette inntrykket, blant annet på direkte spørsmål om det var vanskelig å formidle til kommunen at noen ikke fungerer så godt. Informanten svarte at det hadde vært vanskelig i starten, men at det nå var lett å være ærlig, og at kommunen innbød til en god dialog. I andre kommuner lot dette til å være noe mer anstrengt. En kommune hadde hatt en dårlig erfaring med en privat leverandør og på et tidspunkt sagt opp en avtale. En informant i kommuneadministrasjonen i denne kommunen hadde opplevd tilsynet som vanskelig:

Vi har tilsynsmyndighet på våre sykehjem, så der er vi nærmere. Når vi har et privat sykehjem, er vi en tilsynsmyndighet som kommer utenfra. Det er en ulempe. Hva er det du ser og hører? Blir du vist alt? Får du den samme kontrollen?

Kommunene la vekt på at de private leverandørene skulle ha sine egne kvalitetssikrings-systemer og kontrollrutiner på plass. Dette kunne være et krav når kontraktene ble inngått. Noen informanter i kommuneadministrasjonen opplevde det som problematisk at leverandørenes kvalitetsrutiner opererte på siden av kommunens kvalitetskontroll, og at det kunne være vanskelig å få innsyn.

En tredje kommune hadde hatt betydelige problemer med en privat leverandør og opplevd at de nærmest var blitt ført bak lyset av leverandøren. I den grad denne kommunen hadde vist leverandøren tillit, var den blitt misbrukt:

Det jeg mislikte mest, var at de trikset med turnus, at de sendte oss en godkjent turnus, men når vi så på timelistene de satte opp, kjente vi ikke turnusen igjen. De opererte med to planlagte bemanninger. [...] Vi så det ikke, hvor ille det var. Vi følte oss dumme når det rakna. Vi hadde mye annet å gjøre [...] Men vi burde sett det. (Kommunal leder)

Alle kommunene gjennomførte brukerundersøkelser og pårørendeundersøkelser. Disse er nærmere omtalt under diskusjonen av kvalitet i tjenestene nedenfor. Det er likevel verdt å merke seg her at mange informanter, både fra administrasjonen og institusjonslederne og tillitsvalgte, ga uttrykk for at denne typen undersøkelser hadde noen problematiske sider – både fordi brukerne ofte var for syke til å kunne svare – dette gjaldt særlig brukere som hadde fått plass på sykehjem – og fordi svarene ble antatt å kunne gjenspeile mye annet enn tilfredshet med tjenesten. Informanter fra administrasjonen i de fem kommunene uttalte gjennomgående at både brukerundersøkelsene og pårørendeundersøkelsene viste små eller ingen forskjeller mellom tjenester med ulike eieformer (se nedenfor).

5.4 Kostnadseffektivitet i tjenestene og transaksjonskostnader og oppfølgingskostnader i kommunene

Kostnadseffektivitet ved konkurranseutsetting har flere sider: for det første om private aktører kan drive billigere eller mer effektivt enn kommunale aktører, for det andre om kostnadene ved innkjøp og oppfølging er såpass lave at ikke eventuelle innsparte kostnader går rett ut i administrasjon, og for det tredje om kommunen må bruke ressurser når det oppstår uforutsette hendelser, for eksempel dersom det skjer eierskifte, eller dersom private kommersielle må legge ned drift i kontraktperioden. Som vist i kapittel 4 er det at «vinninga går opp i spinninga» et argument som blant annet brukes av fagforeningene som argumenterer mot konkurranseutsetting. Tillitsvalgte i casestudien ga uttrykk for det samme. Det var også kommunalt ansatte i undersøkelsen som påpekte at det går med mye ressurser til å utforme egne kommunale tilbud som skal konkurrere med de private. Vi har ikke data fra de fem kommunene som gjør det mulig å si hva som er de totale kostnadene knyttet til akkvisisjon, kontroll og uforutsette hendelser i kontraktperioden. Vi har kun undersøkt hvilke oppfatninger informantene som inngår i studien, har om kostnader.

I intervjuene framkommer det at kun én av kommunene har tallfestet ressurser som går med til oppfølging. Denne kommunen har beregnet at det brukes om lag ett årsverk til dette, og at mye av ressursene går til brukerundersøkelsene og tilsyn hos leverandørene. En informant i administrasjonen i denne kommunen ønsker at det blir brukt mer ressurser på oppfølging. Blant annet ble det etterlyst flere uanmeldte tilsyn med gjennomgang av dokumentasjon. Informanten forteller at det gikk mer ressurser til oppfølging av private aktører i oppstartsfasen, altså før kommunen fikk «systemet på plass». En informant i en annen kommune hevder at kostnadene har blitt mindre etter hvert. Ifølge en informant i administrasjonen i en tredje kommune er kommunale sykehjem raske med å si fra hvis for eksempel ansatte opplever et økt press fordi de får tyngre brukere, ettersom det utløser flere ressurser fra kommunen. De private sies ikke å ha samme motivasjon som de kommunale til å rapportere «press» på de ansatte, noe som også gjelder avviksmeldinger, fordi det ikke vil utløse flere ressurser fra kommunen til institusjonen. Dette medfører ifølge informanten at kommunen må være spesielt opptatt av å kontrollere private sykehjem. Informanten i administrasjonen fra kommunen som i størst grad følger opp, sier: «Det slutter aldri – uansett hvor lenge sykehjemmet har blitt driftet av et privat selskap.»

Fire av kommunene har ikke gjort forsøk på å tallfeste ressursene som går til akkvisisjon og oppfølging, men flere antyder at disse er betydelige. Følgende sitater kommer fra ansatte i ledende stillinger i kommuneadministrasjonen i tre kommuner:

I kommunen vår snakkes det lite om tid og penger som brukes på anbud og oppfølging. [...] Det er behov for mer ressurser hvis det skal følges opp ordentlig. Både på politisk nivå og i kommunen underkommuniseres det at oppfølging er ressurskrevende.

Vi brukte mye ressurser på å utforme tilbudene og på å følge dem opp. Nå må det følges opp mer på grunn av den avtalen vi har med dem. Det hele har vært veldig ressurskrevende, vi har brukt mye ressurser på konkurranseutsettingen.

Det koster kommunen mye å konkurranseutsette et sykehjem. Det inngår ikke i regnskapet.

Disse sitatene illustrerer at prosessene rundt konkurranseutsetting og oppfølging er ressurskrevende. To av informantene gir klart uttrykk for at disse kostnadene ikke er tatt høyde for i budsjettet, men kommer «på toppen». Dette innebærer mest sannsynlig at kommunene også mangler kostnadsanslag for hvor mye ressurser de faktisk bruker på anbud og oppfølging.

Kommunene har også ansvar for å følge opp sine egne, kommunale tjenester. Informantene i administrasjonen synes det er vanskelig å svare eksakt på spørsmålet om det er dyrere å følge opp private sykehjem enn kommunale. En informant sier: «Det ble ikke billigere. Jeg vet ikke om det samlet ble dyrere å følge opp det private sykehjemmet,

men det ble ikke billigere.» En informant i administrasjonen i en annen kommune sier: «Det er vanskelig å isolere kostnadene ved oppfølging av enkeltavtaler». Informanten kan imidlertid ikke se at det har betydning for kommunens utgifter om de følger opp en kommunal eller en konkurranseutsatt tjeneste. En informant i administrasjonen fra en tredje kommune gir uttrykk for at det kreves mer ekstraressurser fra kommunen for å følge opp de private fordi det er en større nærhet mellom kommuneadministrasjonen og kommunale tilbud. Det sies også at administrasjonen i kommunen har innsyn i lønnsutbetalinger til ansatte i kommunen. Videre gir informanten uttrykk for at ansatte i kommunale sykehjem kan være mer motiverte for å rapportere avvik fordi det utløser flere ressurser til sykehjemmet fra kommunen. Dette er ikke tilfelle for de private. Private får det som er avtalt i kontrakten. Det hevdes også at private tvert imot kan ha interesse av å skjule avvik fordi det kan gi et negativt bilde av institusjonen. Dette medfører ifølge informanten at kommunen i større grad må gå inn og kontrollere private sykehjem.

En av de tillitsvalgte forteller at kommunen følger opp både kommersielle og kommunale tjenesteytere med de samme systemene, men uten å evaluere hva som kommer fram. Det blir sagt at kommunen ikke regner på hva driften faktisk koster, hvor mye midler den faktisk bruker, og den evaluerer heller ikke om kontrollsystemene fungerer. Kommunen sies heller ikke å kartlegge turnover i kommersielle bedrifter. Den tillitsvalgte etterlyser en samlet evaluering av kostnader og gevinster ved konkurranseutsetting.

Hvordan står det så til med den andre siden i dette regnskapet – driver de private kommersielle billigere enn kommunen? Informantene fra administrasjonen i kommunene gir et relativt samstemt bilde; de kommersielle sies å drifte tjenester billigere enn kommunen, og de ideelle tilbydere sies å være dyrere. Oppfatningene om hvorfor de kommersielle er billigere, er mindre samstemt. Fire forklaringer kommer fram: De private har 1) stordriftsfordeler, 2) mer effektiv og smidig drift, 3) lavere lønns- og pensjonsutgifter 4) og en større andel ufaglærte i sine institusjoner.

Ikke bare lederne av private kommersielle sykehjem, men også enkelte ansatte i administrasjonen og tillitsvalgte peker på at de store selskapene har stordriftsfordeler, for eksempel en sentralisert administrasjon, felles interne kvalitetssikringssystemer og lønnsutbetalingssystemer. Lederne av de kommersielle sykehjemmene påpeker også at deres sykehjem er organisert på en mer hensiktsmessig måte enn de kommunale. Det trekkes fram at konsern kan ha underleverandører som for eksempel leverer mat, og er flinke til å forhandle fram fordelaktige avtaler. «De skjønner business», sier en informant. Tillitsvalgte og lederne av ideelle sykehjem trekker imidlertid i størst grad fram at de kommersielle har lavere pensjonskostnader og til en viss grad at arbeidstakere i kommersielle sykehjem har lavere lønn. Private kommersielle sykehjem sies også å ha et større innslag av ufaglærte og kan derfor drifte billigere. Også to av lederne av

kommersielt driftede sykehjem sier at ansatte har en litt lavere lønn sammenlignet med det kommunen tilbyr.

5.5 Hvordan påvirkes tjenestenes kvalitet?

Som vist ovenfor stiller kommunene klare krav til kvalitet når de kjøper inn tjenester. Minstekravene som settes i lover og forskrifter, forutsettes oppfylt av alle leverandørene, uavhengig av eieform. De kommersielle tjenestene sies å drive noe billigere enn kommunen, men yter de også kvalitativt bedre tjenester?

Brukerundersøkelser og andre kvalitetsmål

Det er utfordrende å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenester. Som tidligere omtalt er det vanlig å gjennomføre brukerundersøkelser og pårørendeundersøkelser. Informanter fra alle kommunene i denne studien viser til at deres kommune gjennomfører brukerundersøkelser. Basert på casestudien er det ikke grunnlag for å si at det er forskjeller mellom tjenester som ytes av private kommersielle selskaper, ideelle eller kommunene. I en kommune sier en informant at det er «liten forskjell», mens en annen sier at brukerne på det private sykehjemmet er «litt mer» fornøyde. En tredje kommune fant at ideelle sykehjem kom best ut i slike undersøkelser, mens det ikke var forskjeller mellom kommunale og kommersielle. I en fjerde kommune viste en undersøkelse at de private kommersielle kom litt dårligere ut ett år, men at undersøkelsen som ble gjennomført året etter ikke viste noen forskjell. I den siste kommunen skåret private kommersielle så vidt lavere på brukertilfredshet enn det de kommunale gjorde. Gjennomgående beskrives forskjellene som marginale. Tilfredsheten later dessuten jevnt over til å være høy, slik den framkommer i brukerundersøkelser.

Det er imidlertid flere måter å måle kvalitet på, som vi var inne på i diskusjonen av kommunens oppfølging. Kommunen som hadde lagt størst vekt på dette og hadde utviklet flere verktøy for kvalitetsmåling, påpekte at de ulike kvalitetsmålene kan trekke i forskjellig retning. De kommersielle ble sagt å komme best ut av kvalitetsrevisjoner, mens det ikke var forskjeller etter objektive indikatorer som fall, trykksår, infeksjoner eller tannhelse.

Flere av informantene ga uttrykk for problematiske sider ved brukerundersøkelser. Hovedkritikken gikk ut på at det er svært få brukere i sykehjem som er friske nok til å svare på dem. Det ble påpekt at et stort flertall av beboerne er demente. En kommune har større svarprosent enn andre, men brukerundersøkelsene ble av enkelte av informantene kritisert for å være tvilsomme. En leder i et ideelt sykehjem sier:

Nå skal «alle» spørres, også de demente. [...] Firmaet som gjennomførte dette, gjorde det altfor fort, med tanke på at en del beboere er demente og ville trenge mye tid for å kunne svare på spørsmål. Eller de kom ikke, fordi de ikke fant sykehjemmet.

En annen informant nevnte at brukerne var mest fornøyde med private kommersielle hjemmehjelpstjenester, men mente at det til en viss grad hadde sammenheng med at brukerne forsvarte valget de hadde gjort – de ville vise at de hadde tatt en god beslutning. Dette var en informant som var positiv til konkurranseutsetting, men likevel skeptisk til nytteverdien av brukerundersøkelser.

Kvalitetsmåling i pleie- og omsorgssektoren er vanskelig av flere grunner. En del grunnleggende ting som skader, liggesår og generell helsetilstand kan måles med objektive kriterier. Noen av disse kriteriene kan imidlertid også problematiseres. For eksempel brukes fall som en indikator på kvalitet. En institusjon med et lavt antall fall kan gi en kvalitativt bedre tjeneste, men det behøver ikke være sånn. Dersom et lavt antall fall for eksempel skyldes at eldre blir bundet til rullestol eller oftere lagt i seng, og da med sengehester, kan det lave antallet også være uttrykk for dårlig kvalitet. «Mykere» indikatorer som trivsel, trygghet og tilfredshet kan spesielt være vanskelig å få grep om. Dette gjelder i de fleste offentlige tjenester, men i omsorgen for de skrøpeligste eldre kommer tilleggsproblemet at disse i liten grad kan være i stand til å gi uttrykk for egne behov og hvordan disse ivaretas.

Mangfold og fleksibilitet i tjenestene

Noen av informantene, både fra administrasjonen og de kommersielle institusjonene, gir uttrykk for at de kommersielle tilbyderne er «flinkere» enn de kommunale tjenestene på noen områder. Særlig roses de private tjenestene for kreativitet og evne til å tenke i nye baner:

Jeg opplever at de private er veldig løsningsorienterte. De har for eksempel fått til turer til Syden, til byen og har fått i stand feiringer. [...] De er flinke til å knytte kontakter til ungdomsskole og barnehage. Sånn at de for eksempel kom på luciadagen. Og elever kan ha som valgfag å lese for de eldre eller gå tur med de eldre. Det potensialet har de brukt elegant. Vi har noe å lære. (Administrativt ansatt, kommune)

Fordelen med privat drift er friheten, eierforhold, dugnadsånd, jobbglede. Hvis det er medarbeidere som ikke fungerer, er det lett å ta tak i det. (Leder, kommersielt sykehjem)

Vi har større handlingsrom, man er sin egen herre. Det er også lettere å disponere over ressurser og materiell, som sykehuslege og vaktmester. [...] Organisasjonen har større styringsfart. (Leder, kommersielt sykehjem)

At det er kort vei fra idé til handling i private tjenester, blir også framhevet av lederne i de private kommersielle sykehjemmene. De ansatte sies å ha større innflytelse over arbeidet. Dersom noe kan gjøres annerledes, er det ofte kort vei til gjennomføring av ideen. En av informantene hevder også at de som starter private bedrifter, ofte er ildsjeler som har erfaring fra tjenestene, men som brenner for å finne andre og bedre måter å jobbe på. I den grad informantene mener at private tilbydere har iboende fordeler framfor kommunale, går det altså på kreativitet, evne til omstilling og nytenkning og korte kommandolinjer. Lederne av de kommersielle sykehjemmene ga også uttrykk for at de kommunale tjenestene lærer av dem eller i alle fall henter inspirasjon.

Selv om det «indre livet» i private kommersielle sykehjem ble omtalt som å være mer fleksibelt enn i kommunens sykehjem, påpeker et par av informantene at kommersielle aktører ofte er store konserner, med egne rutiner for rapportering og oppfølging, slik at byråkratiet ikke nødvendigvis blir mindre enn i en kommune. En av disse informantene var leder for et kommersielt sykehjem. Konsernet som eier og driver sykehjemmet, ble sagt å ha standardiserte systemer som skal bidra til kvalitets-sikring, kvalitetsutvikling og dokumentasjon av kvalitet. Dette kom i tillegg til den kvalitetssikringen kommunen driver, som i denne kommunen også er omfattende. Informanten ga uttrykk for at det ble mye å dokumentere når de faktisk var pålagt å følge opp to ulike systemer.

Noen av informantene i kommuneadministrasjonen og tillitsvalgte ga uttrykk for at konkurranseutsetting og kontrakter som ble inngått med private kommersielle tilbydere, kunne føre til at disse tjenestene ble mindre fleksible overfor kommunens behov. Kontrakter inngås for flere år av gangen og ble sagt å «låse» fast tjenesten, noe som ble vanskelig for kommunen når behov endret seg i kontraktperioden. Enkelte av informantene ga uttrykk for at dette minsker kommunenes muligheter til rask omstilling.

En tillitsvalgt sier:

Det var ikke mulig å få inn endringer i avtaler med de private uten at det ble veldig dyrt. Når det i perioder har kommet en stor pågang i eldre pasienter, har ikke kommunen hatt råd til å bruke de private fordi det blir for dyrt.

En kommunal leder gir uttrykk for det samme:

Vi låser tjenestene. For eksempel med en femårskontrakt. Det er ulempen – at vi ikke kan omdefinere langtidsplasser til korttidsplasser [...]. For eksempel når helsevesenet endrer seg raskt og vi står med fastlåste kontrakter. Vi må gjøre et stort arbeid for å forhandle, for ikke å måtte betale omfattende kostnader.

Noen av informantene framhevet også at det er lettere for kommunen å organisere tverrfaglig arbeid, for eksempel kople på ulike instanser i oppfølgingen av brukere. Private kommersielle tjenester ble sagt å i mindre grad å få til flerfaglig oppfølging av brukere.

Tar de private imot de «letteste» brukerne?

På bakgrunn av intervjuene som er gjennomført, er det ikke grunnlag for å si at de private yter tjenester til de «letteste» brukerne, mens kommunen blir sittende igjen med de tyngste brukerne. I to av kommunene understrekes det at dette ikke er tilfelle, kanskje snarere tvert imot. En informant fra hver av de to kommunene sier:

[Den kommersielle tilbyderen i kommunen] er imøtekommende med hensyn til å ta imot litt utfordrende brukere, de er flinke til å ta imot de brukerne de får. De har en positiv innstilling i utgangspunktet – de tenker langsiktig og forsøker å være attraktive. De ideelle sykehjemmene er mer sære sånn, de sier at brukerne er for krevende og passer ikke inn. (Administrativt ansatt, kommune)

[Det private selskapet] har 6 prosent av brukerne i sine soner og 7 prosent av timene. Det betyr altså at de har en litt høyere pleietyngde blant sine brukere. Dette kan være uttrykk for at disse brukerne ønsker mer kontinuitet i tjenesten, mens de som har tildelt få timer, er mer indifferente fordi det uansett ikke kommer så mange til dem. Så jeg har ikke inntrykk av at det har skjedd «skimming», at de private tar de letteste brukerne – det er heller motsatt. De tar imot de vanskeligste og er flinke med dem. (Administrativt ansatt, kommune)

De to lederne gir altså uttrykk for at de private er «på tilbudssida» i møte med krevende brukere, at de tar imot de brukerne de får, og gjør en god jobb med dem. En av informantene setter opp de ideelle stiftelsene som motsatsen og hevder at disse har en mer «sær» innstilling. Om noen «skummer fløten», slik denne informanten ser det, er det snarere de ideelle enn de kommersielle aktørene. For øvrig kommer ikke sammensetningen av brukergruppen opp i intervjuene som noe sentralt skille mellom tjenestetilbud med ulike eierformer.

Har kommunale tjenester noe å lære av de private kommersielle?

Noen av informantene i administrasjonen og de kommersielle institusjonene var opp-tatt av at de tradisjonelle kommunale tjenestene har noe å lære av de private når det gjelder kostnadskontroll, effektivitet og det å holde budsjettene. En leder av et ideelt sykehjem er imidlertid skeptisk til «stoppeklokkeomsorgen» (informantens begrep), altså det at tjenestene allokere de tidsrammene som har blitt innført i vedkommendes kommune. En annen informant (fra administrasjonen) fra samme kommune mener at dette systemet, sammen med konkurranseutsettingen, har ført til at leverandørene er blitt flinkere til å bruke tiden effektivt. Dette gjelder også de kommunale leverandørene. Informanten sier:

Vi ser i noen sammenhenger at de kommunale tjenestene blir utkonkurrert av de private. De går med underskudd fordi de mister brukere, og har måttet nedbemanne.

De har erfart konkurransen og tatt den til etterretning, at de kanskje ikke alltid er førstevalget. Og så må de lære av hva de private eventuelt gjør annerledes. (Informant fra kommuneadministrasjon)

Informanter i administrasjonen i en annen kommune påpeker at innføring av brukervalg har ført til et større brukerfokus i de kommunale tjenestene. De kommunale tjenestene hadde «skjerpet seg», fortalte informanten, både med hensyn til tilgjengelighet og kontinuitet i personalet. Før, mente denne informanten at det nesten ikke var mulig for brukerne å få tak i noen når de ringte for å spørre om noe. Dette hadde de kommunale tjenestene tatt tak i og laget veiledningslister med telefonnumre slik at brukere og pårørende nå visste hvor de skal henvende seg. Videre hadde tjenestene tatt grep for å bedre kontinuiteten, slik at brukerne slapp å forholde seg til så mange ansatte i tjenestene. En annen informant, en leder for et kommersielt sykehjem, viste til at kommunens sykehjem var i gang med å forbedre rutinene for måltider fordi de så og lærte av det private kommersielle sykehjemmet at disse kunne gjøres på bedre måter for beboerne.

Enkelte av informantene gir uttrykk for at det å utforme anbudsdokumenter, velge mellom ulike leverandører som alle mener å levere god kvalitet, tildele og følge opp kontrakter samt å gjennomføre kvalitetsmålinger later til å ha skjerpet kommuneadministrasjonens tenkning om tjenestekvalitet generelt. Det ble sagt av informanter fra administrasjonen i enkelte av kommunene at konkurranseutsetting fører til at det utvikles en kultur for oppfølging og kvalitetssikring som kommer til å berøre alle virksomhetene. En informant, en leder i en større kommune, mente at denne kulturen for kontraktsoppfølging og måling av kvalitet har gjort alle leverandører bedre. Andre informanter var inne på det samme:

Det har skjedd en kvalitetsforbedring i de kommunale virksomhetene, det blir stilt mye strengere krav til dem nå enn tidligere. Sånn sett puster de oss i nakken. (Leder kommersielt sykehjem)

Det er ikke mulig på bakgrunn av casestudien å konkludere at det er konkurranseutsetting i seg selv som har ført til en økt vekt på kvalitet og kvalitetsmålinger i tjenestene. Enkelte av informantene var også inne på at mer oppmerksomhet på kvalitet og kvalitetssikringssystemer har en sammenheng med at det har skjedd en kulturendring i hele helse- og omsorgssektoren som ikke er forårsaket av at kommunene har begynt å konkurransesette og bruke private kommersielle tilbydere. For eksempel stiller kvalitetsforskriften, som går ut på at beboere i sykehjem har rett til å få ivaretatt konkrete grunnleggende behov, krav til tjenestene om å opprette interne kvalitetssikringsrutiner, krav som har vært rettet mot hele det kommunale pleie- og omsorgsapparatet. Dette representerer en utvikling og et kulturskifte uavhengig av at noen kommuner har valgt å konkurransesette tjenester. Det har også funnet sted en utvikling med

generell rettighetsfesting innen helse- og omsorgssektoren både i Norge og andre land. Denne utviklingen er en tung trend, som også er knyttet til holdningsendringer i befolkningen om hva og hvordan velferdsstaten skal ivareta hjelpetregendes behov.

5.6 Ansattes lønns- og arbeidsvilkår

Et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen er om og hvordan arbeidstakeres lønns- og arbeidsvilkår påvirkes av at helse- og omsorgstjenester konkurranseutsettes. Som omtalt i kapittel 1 er utgangspunktet at lønns- og arbeidsvilkår reguleres i tråd med gjeldende tariffavtaler og etter anbudsreglene. Samlet skal avtaler og lov sikre at lønns- og arbeidsvilkårene er i tråd med landsomfattende tariffavtaler. Tre ulike tariffavtaler regulerer lønns- og arbeidsvilkår for ansatte i pleie og omsorg: Ansatte i kommunale virksomheter omfattes av hovedtariffavtalen mellom KS / Oslo kommune og organisasjonene, ansatte i ideelle virksomheter vil som regel være bundet av avtaler inngått med Virke, mens ansatte i private kommersielle vil i hovedsak komme inn under avtalene inngått med NHO Service.

Lønn og pensjon

Lønns- og pensjonsforhold omtales i nesten alle intervjuene i casekommunene. Både kommuneadministrasjonen, tjenesteledere og tillitsvalgte uttaler seg om dette. Mange av informantene ga uttrykk for at de store kostnadene i pleie- og omsorgssektoren er lønns- og pensjonsutgifter.

Lønnsforholdene var regulert i alle virksomhetene. Det varierte imidlertid hvilken tariffavtale som ble brukt. To av informantene oppgir at de private i deres kommuner bruker NHO-tariff, som gir lavere lønn enn det man kan oppnå på kommunale sykehjem. En leder for et kommersielt sykehjem oppgir at denne arbeidsplassen har avtale med NHO, noe informantene tror gir de ansatte lavere lønn enn det arbeidstakere i tilsvarende posisjon har i kommunen. Dette gjaldt både sykepleiere og andre ansattegrupper. Informanten opplever likevel at dette er vanskelig å få oversikt over fordi NHO og Fagforbundet opererer med sprikende tall. Fagforbundet sier at hjelpepleierne tjener 60 000 kroner mindre med denne avtalen, mens NHO sier at det er likt. Selv om lønna er lavere enn i kommunen, avviser denne informantene at dette har gjort det vanskeligere å rekruttere eller beholde medarbeidere. En kommunal leder i en annen kommune formidler samme erfaring: De ansatte (unntatt sykepleiere) i private bedrifter har lavere minstelønn og en annen ansiennitetsstige. Dette ser likevel ikke ut til å være et problem for rekrutteringen.

En kommune krever samme betingelser for lønn og arbeidsforhold av sine private leverandører som av kommunale. Informanten i denne kommunen oppgir at den private leverandøren har slitt med å oppfylle dette fordi sykepleierlønningene i denne kommunen ligger noe over det som er tilfelle i resten av landet. Hvordan dette var løst, kom ikke fram i intervjuet.

I en av kommunene hadde lønn vært et vesentlig større tema enn andre steder. Dette gjaldt kommunen som hadde hatt særlig store konflikter med en leverandør og blant annet hadde oppdaget at leverandøren opererte med «doble» turnuslister. Forholdet mellom denne leverandøren og Norsk Sykepleierforbund framstår som dårlig, slik det beskrives av informanten fra fagforeningen. Denne informanten forteller at det var vanskelig å få ut lønns slipper fra dette sykehjemmet, og at da de først fikk tilgang til noen, fant de store lønnsforskjeller mellom sykepleierne. Informanten går ikke nærmere inn på hva bakgrunnen kunne være for disse forskjellene, men sa at de etnisk norske gjennomgående var bedre betalt enn andre.

Årsaken til at ulike aktører konkluderer ulikt når lønna sammenlignes, kan være at lønn kan variere langs ulike dimensjoner. En er ulikheter i grunnlønn og tillegg for ansiennitet, som altså beskrives som forskjellig i de ulike tariffavtalene. En annen er personlige tillegg, og en tredje som nevnes, er tidspunktet for oppjustering av lønn etter forhandlinger. I kommunen oppjusteres lønn om våren, mens en av informantene forteller at de ansatte i private sykehjem i denne kommunen måtte vente til 1. januar året etter før de fikk lønnsøkningen. En fjerde variant er spørsmålet om betalt lunsj eller ikke. En leder i et kommersielt sykehjem sier at fjerning av betalt spisepause – for alle ansattegrupper unntatt sykepleiere – var en av flere ting som hadde utløst frustrasjoner blant de ansatte. I tillegg varierer lønn noe mellom kommuner, og den varierer – naturligvis – etter den enkeltes utdanning og arbeidstid. Lønnsforskjeller i de fem kommunene er ikke kartlagt. De av informantene som uttrykte seg om lønnsnivå, ga uttrykk for at forskjellene går i de private tjenestenes disfavør: Lønningene sies å være noe lavere for dem som jobber i private tjenester. Dette sies særlig å gjelde ansattegruppene som ikke er sykepleiere.

Flere av informantene pekte på forskjeller i pensjonsforpliktelser mellom kommunale og private kommersielle sykehjem. Alle arbeidsgivere er pålagt å ha en pensjonsordning (obligatorisk tjenstepensjon), men den offentlige ordningen ble oppfattet som å være bedre. Ansatte som ikke er sykepleiere, har ikke rett til offentlig tjenstepensjon når tjenestene driftes av private kommersielle eiere.

En kommune stilte krav om at de private leverandørene skulle tilby samme lønnsforhold som det kommunen hadde. En annen kommune hadde stilt tilsvarende krav om pensjonsordninger første gang de la ut et anbud. Senere hadde det ifølge informanten kommet en endring i EØS-regelverket som hindret kommunen i å stille et slikt krav. Informanten oppfattet at kommunens mulighet til å stille krav til ansattes pensjoner dermed var klart redusert.

Arbeidsvilkår og trivsel

Det framkom ikke i intervjuene at ansatte i private kommersielle institusjoner gir uttrykk for dårligere trivsel enn de ansatte i kommunale og ideelle institusjoner.

Lederne i de kommersielle institusjonene framhevet at trivselen kan være høyere i private enn kommunale sykehjem. Ulike sider som ble trukket fram, var et bedre sosialt miljø blant de ansatte. En informant fra administrasjonen i kommunen støttet opp om dette og sa: «De var flinke til å ha sosiale ting for de ansatte. Det ble en egen kultur for de ansatte, og de trivdes med å jobbe der.» En leder i et kommersielt sykehjem sa at fordi de ansatte på sykehjemmet tjener mindre enn i kommunen, er det viktig med det hun kalte «begeistringsledelse». Med begeistringsledelse mentes å få folk til å trives, gjennom å organisere felles aktiviteter og at ledelsen jobber for å skape tilhørighet i institusjonen. I begge de to ovennevnte sykehjemmene vises det til at det var lite turnover, og at medarbeiderne rapporterte om stor tilfredshet i undersøkelser. En av fylkesleder i NSF ga uttrykk for at det hadde vært utfordrende å få til en driftsavtale med dette sykehjemmet, og at det tok tid å få på plass grunnstrukturene slik at fagforeningen kom inn som en etablert motpart. Etter at avtalen kom på plass, ble imidlertid samarbeidet med institusjonen beskrevet som godt. Samarbeidet ble sagt å være bedre enn det fagforeningen hadde med andre kommersielle sykehjem. Forklaringen som ble gitt, er at lederen for sykehjemmet hadde fagforeningsbakgrunn og et sterkt personlig engasjement i at alt skulle være i orden. På dette sykehjemmet var det motstand i staben mot å gå tilbake til å bli kommunale fordi de ansatte fryktet at dette ville redusere mulighetene de hadde til å påvirke institusjonen de jobbet i. Ifølge fylkeslederen ga de ansatte i det kommersielle sykehjemmet uttrykk for at det var kort vei til ledelsen, noe de satte pris på, og at de opplevde det som spennende å jobbe i institusjonen.

Til tross for at flere ga uttrykk for en god trivsel i de kommersielle sykehjemmene, påpekte enkelte i kommuneadministrasjonen også problematiske sider. En ansatt i en kommune der det hadde vært store konflikter, fortalte at sykepleiere hadde gått mange turnuser etter hverandre. Dette, ble det sagt, ville ikke ha skjedd i et av kommunens sykehjem. Informanten fortalte også at kommunen hadde avdekket at noen av sykepleierne, som kom fra Sverige, overnattet på arbeidsstedet. Informanten beskrev arbeidsforholdene på det kommersielle sykehjemmet som «elendige». Informanten mente imidlertid at dette ikke hadde gått utover brukerne. «Hos oss var det mer ansatte som hadde det dårlig.» En hovedtillitsvalgt sa at ansatte i privat sektor ikke fikk de samme utviklingsmulighetene som de som var ansatt i kommunen. Kommunen hadde mange med spesialkompetanse som ble brukt til opplæring, og stilte krav til høy kompetanse i staben generelt. De kommersielle tjenestene manglet ifølge denne informanten ansatte med kompetanse på viktige områder, som psykiatri og palliativ behandling.

Bortsett fra den kraftige kritikken av det ene sykehjemmet og noen betraktninger om kompetanse, opplæringsmuligheter og organisering av turnuser hadde informantene få konkrete eksempler på dårligere arbeidsforhold for ansatte i de private tjenestene.

En informant i administrasjonen i en kommune uttrykte bekymring for betingelsene ansatte i hjemmehjelpstjenesten jobbet under. Tilbyderne leverte anbud med prisoverslag til kommunen. I dette prisoverslaget ble det tatt høyde for at det kunne bli noen bomturer for hjemmehjelpene fordi brukeren ikke er hjemme. Informanten mente imidlertid at anslagene for «dødtid» var for optimistiske, og at ansatte som brukte mer tid enn forutsatt på å komme seg rundt til brukerne, måtte ta dette på egen kappe, noe som hjemmehjelpene ble sagt å oppleve som belastende.

Sykefravær og vikarbruk

Noen av lederne for de kommersielle sykehjemmene, og også enkelte i kommuneadministrasjonen, ga uttrykk for at sykefraværet er lavere i de kommersielle institusjonene enn i de kommunale institusjonene. Ulike forklaringer gis. Den ene er at ansatte i private kommersielle sykehjem er yngre enn de som jobber i kommunale tjenester. Mer fleksibilitet i arbeidstiden sies også at kan spille en rolle. En informant mente muligheten til å jobbe mye i perioder og ta en fridag ved behov førte til et lavere sykefravær.

En av informantene ga uttrykk for at turnoveren er høyere i det private kommersielle sykehjemmet sammenlignet med i kommunens sykehjem. En informant i en annen kommune ga uttrykk for at den er lavere i det private sykehjemmet.

Få informanter snakket om sammensetning av staben i de private kommersielle sykehjemmene. En informant fra kommuneadministrasjonen forteller om en dårlig erfaring fra et sykehjem der det ble rekruttert mange sykepleiere med fremmedspråklig bakgrunn som snakket dårlig norsk. Disse ble satt på sykepleiefaglig vakt, noe som blant annet skapte problemer i kommunikasjonen med legevakten. Informanten mente at kommunen ikke ville tillatt å ha en person med så svake norskkunnskaper på vakt. Det kommersielle sykehjemmet har senere blitt tilbakeført til kommunen, som har krevd bestått norsktest på et relativt høyt nivå av sine ansatte. En hovedtillitsvalgt i en annen kommune ga uttrykk for bekymring over økningen i antallet sykepleiere fra land utenfor EØS.

5.7 Påvirkes de ideelle sykehjemmene av konkurranseutsetting?

I casestudien er det gjennomført intervjuer med ledere av fire ideelt driftede sykehjem i fire av de fem kommunene som inngår i studien. De fire sykehjemmene er opprettet av menigheter og driftes av stiftelser. Menighetene oppnevner styrer. Informantene forteller at de startet opp drift for cirka 100 år siden og fikk noen tiår etter tilskudd fra det offentlige. Fra 1960-tallet har sykehjemmene vært offentlig fullfinansiert. De fire

sykehjemmene har lange driftsavtaler med kommunene. En informant sier at deres sykehjem alltid har vært der, og at de har en diffus avtale med kommunen. Sykehjemmene framstår som å ha blitt behandlet som en del av det kommunale eldreomsorgstilbudet. En informant sier at avtalen som er inngått for noen år siden, ikke har blitt forlenget, at den «bare ligger der» mens sykehjemmet fortsetter sin drift.

Ingen av de fire sykehjemmene har deltatt i anbudsprosesser. De har alle inngått lange driftsavtaler med kommunene. En av institusjonslederne forteller at kommunen på et tidspunkt prøvde å konkurranseutsette sykehjemmet, men måtte stoppe prosessen fordi menigheten eier bygningsmassen. Alle de fire sykehjemmene driver i egne bygninger. Kommunen dekker utgifter til drift, pensjon og vedlikehold av bygningene. Informantene gir uttrykk for at de mottar for lite midler til vedlikehold. Sykehjemmene får ikke støtte til å bygge nytt. En informant gir uttrykk for at sykehjemmet ikke vil kunne overleve om noen år uten at de får nye bygninger. Sykehjemmene kan benytte seg av kommunale ordninger som er økonomisk fordelaktige. En informant forteller: «I kontrakten inngås også innkjøpsavtale. Vi kan dermed knytte oss til kommunens innkjøp av for eksempel medisiner, bleier, uniformer, mat osv. og dermed få gode rabatter.»

Lønn, pensjon og ansatteforhold

Lønnsnivået i de fire ideelle sykehjemmene sies å være likt som i de kommunale sykehjemmene. Ansatte i sykehjemmene, uavhengig av om de er sykepleiere, andre helsefagarbeidere eller ufaglærte, sies også å ha samme pensjonsordninger som i de kommunale sykehjemmene. Trivselen hos de ansatte blir sagt å være noe bedre enn i de kommunale sykehjemmene. Årsaken er at de ansatte opplever å ha et større eierskap til institusjonen, at det er en tettere kontakt mellom ledelse og ansatte, og at ansatte i større grad har en fellesskapsfølelse og «tar i et tak» for hverandre når det er behov. En av informantene sier: «Vi har lite turnover, og det er lett å rekruttere. Vi har et godt omdømme.» Det påpekes imidlertid i ett av sykehjemmene at flere av de ansatte er over 60 år og slitne, noe som fører til langtidsfravær. Det blir fortalt at disse følges godt opp. Korttidsfraværet er lavt.

Kommunenes oppfølging av sykehjemmets kvalitet

Ifølge informantene følges sykehjemmene opp på samme måte som de kommunale når det gjelder kvalitet. Juridisk stilles samme krav som til de kommunale sykehjemmene. De rapporterer til kommunen, som har innsyn i institusjonene. Fylkeslegen gjør også tilsyn i deres institusjoner. Videre forteller informantene at kommunen gjennomfører brukerundersøkelser i de ideelle sykehjemmene samtidig som i de kommunale sykehjemmene.

En av informantene gir uttrykk for at kommunens oppfølging av kvalitet er svært bra, en annen er mer skeptisk.

Oppfølgingen fungerer veldig bra. Vi får samme oppfølging som andre sykehjem, Kommunen har hele tiden fokus på forbedring, studere pleiedokumenter, bruker-medvirkning osv. Det gjør at vi hele tiden må være bevisst rutinene våre. Jeg synes det er godt at kommunen kontrollerer oss, fordi vi da kan erfare at vi leverer god kvalitet.

Vi må dokumentere at vi leverer det de ønsker. Vi er underlagt alle lover og regler som andre sykehjem og underlegges de samme tilsyn. Vi dokumenterer avvik. Er under lupen hele tiden. Alle på sengepostene har dokumentasjonsplikt. Vi har et elektronisk system felles med kommunen. Det gjøres òg brukerundersøkelser, med vekslende hell fordi det er begrenset hvor mange som kan svare for seg. Hos oss er det kun 5 av 96 som svarer. Det gjøres òg pårørendeundersøkelser. Jeg er i tvil om hvor mye disse skal vektlegges. Det kan være mange grunner til at pårørende svarer slik de gjør.

Krav fra kommune til pleiefaktor, pasientansvar, opplæring, kompetanseutvikling og fagutvikling

Krav til pleiefaktor, pasientansvar, opplæring, kompetanseutvikling og fagutvikling sies å være de samme som for kommunens sykehjem. En informant sier: «Det er ingen krav. Kommunen kommer med anmodning. Med hensyn til sykepleiedekning for helg og natt når de ser dekningen er for lav. Det blir påpekt om noe er galt, men de kan ikke stille krav. Sykehjemmet har selv interesse av kompetanseheving. Det er en kostnad som vi tar. Vi kan benytte oss av kommunens kurs gratis, men vi får ikke dekket fravær. Det varierer hva vi har råd til, fra år til år». En annen informant påpeker også at de må drive kompetanseutvikling innenfor stramme økonomiske rammer: «Når vi får en ramme beregnet etter døgnpris og det er sykefravær, har vi mindre penger enn kommunen til kurs. Men vi prøver å få det til, og jeg tror vi gjør det like godt som kommunen.»

En tredje informant sier at det er satt krav om pleiefaktor, en norm for bemanning både i kommunale, ideelle og private kommersielle sykehjem. Det ideelle sykehjemmet sies å ligge over. Normen er nylig redusert fordi kommunen må spare penger. Når det gjelder kurs, finansieres også dette av denne kommunen. I tillegg søker institusjonen om prosjektmidler. Informanten sier: «Vi prøver å være kreative. Det er en utfordring å skaffe midler til opplæring og fagutvikling, men vi klarer det. Det har mye med vilje å gjøre. Hvordan man stiller opp for hverandre dersom noen må være borte. Men det er ikke satt av en egen pott i kontrakten med midler fra kommunen til kompetanse osv. Dette må tas høyde for i budsjett.»

Har sykehjem driftet av ideelle noen fortrinn framfor andre sykehjem?

På spørsmålet om sykehjem driftet av ideelle har noen fortrinn framfor kommunale og private kommersielle sykehjem, svarer lederne i de fire ideelle sykehjemmene at ideelle sykehjem er mindre byråkratiske enn kommunale sykehjem. Avstanden mellom ledere og ansatte blir beskrevet som kortere, det går raskt å iverksette vedtak, og forslag fra ansatte blir fort grepet tak i. I kommunen sies det at vedtak tar lengre tid, en sak skal gjennom mange instanser, og det skal holdes mange møter. En informant sier: «Vi kan for eksempel raskere tilsette noen. Det er kort vei mellom intervju og ansettelse, og tillitsvalgte kommer på kort varsel. I kommunen er det en lang vei gjennom tillitsvalgapparat, men vi må òg sikre oss at vi ansetter de beste.» En annen informant sier: «Vi er en liten institusjon. Vi har et tettere og enklere samarbeid, også med tillitsvalgte.» En informant hevder også at ideelle sykehjem har bedre ledelse enn mange kommunale. De ansatte blir godt tatt vare på, og de er gode til å arrangere aktiviteter for beboere.

Institusjonene bruker ikke vikarbyråer, men bygger opp egne vikarpooler. En sier: «Vi har selv opparbeidet en vikarpool. Det er best for ansatte og beboere at det er kjente folk som kommer. Ansatte rekrutterer òg vikarer gjennom bekjentskap og anbefalinger. Virksomhetene må gjøre en innsats for selv å skaffe faste lojale vikarer. Tror ikke kommunen er så flink til det. Vi har tett dialog med vikarene, ser dem, hører på dem slik at de føler seg som en del av teamet. De føler omsorg for at driften går bra.»

Når informantene reflekterer over om de ideelle sykehjemmene har noen spesielle særtrekk, sier en av informantene at forskjellene har blitt stadig mindre. Sykehjemmene sies å ha utviklet seg til å bli mer som de offentlige, bortsett fra som hun sier: «Vi er små og snille, og ideelle er opptatt av å utvikle nytt.» De andre informantene framhever i større grad at de ideelle institusjonene er spesielle. En sier: «Jeg er litt opptatt av at vi skal være et alternativ til det offentlige. Det blir veldig totalitært, og store systemer, om det kun blir kommunale sykehjem. Jeg tenker vi skal være et korreks og tilskudd.» [...] «Kommunene har godt av å også ha sykehjem som ikke er kommunale. Kommunen har også godt av å tenke at de kan bruke non-profit tilbud.» «Mange av de ideelle har vært spydspisser. Vi har vært forskningsrettet og prøvd nye ting.» «Vi har et fortrinn i forhold til kommunen, vi snur oss fortere.»

Utfordringer for de ideelle sykehjemmene etter at kommunen begynte å konkurransesette?

Ingen av de fire ideelle sykehjemmene har vært konkurransesatt. Kommunenes innføring av anbudsprosesser og bruk av private kommersielle sykehjem har likevel hatt en betydning for sykehjemsdriften. For det første uttrykker informantene bekymring for framtiden, at de ikke helt vet hva de har foran seg. Videre oppleves kommunene som mer detaljorientert i oppfølgingen enn tidligere og at de er blitt mer opptatt av både kvalitet og økonomi. Den store oppmerksomheten knyttet til økonomi oppleves som

problematisk, spesielt fordi det har betydning for kvalitet. To av informantene spør seg, og synes det er vanskelig å svare på, om denne utviklingen skyldes at kommunene har begynt å konkurranseutsette tjenester, eller om det skyldes andre forhold som en strammere økonomi og nye måter å jobbe på i offentlig sektor.

En informant sier: «Endringene kom samtidig som det ble innført et nytt finansieringssystem i kommunen, både for kommunale, ideelle og private kommersielle. Det er innført et stoppeklokkeomsorgssystem i sykehjem. Det beregnes hvor mange minutter som skal brukes på matlaging, stell osv. Vi må dokumentere hvor lang tid det tar å pusse tennene. Så får sykehjemmene betalt for oppgavene som utføres per pasient. Vi bruker for mye tid på dokumentasjon, rapportering, det går utover tid vi kan bruke på pasientene. Det er betenkelig at detaljnivået er bundet sammen med finansiering når vi tenker etikk. Vi dokumenterer for dårlig, dermed får vi mindre penger. Stykkprisfinansieringssystemet, som ble innført samtidig som kommunen begynte å konkurranseutsette, premierer å sitte ved pc-en i stedet for ved pasienten.»

5.10 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert funn fra casestudien som er gjennomført i fem kommuner. Ansatte i kommuneadministrasjonen, ledere for kommersielle sykehjem og ideelle sykehjem, hovedtillitsvalgte og fylkesledere i NSF ble intervjuet vinteren 2012–2013. Alle de fem kommunene har erfaring med konkurranseutsetting av sykehjem og innført brukervalg for hjemmehjelp. To av kommunene hadde også innført brukervalgordninger for hjemmesykepleie. I intervjuene ble det stilt spørsmål om prosessen rundt innkjøp og oppfølging av tjenester, besparelser og kostnader for kommunene og erfaringer med tjenester driftet av private kommersielle når det gjelder kvalitet og lønns- og ansatteforhold.

Hovedfunnene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Konkurranseutsetting av sykehjem og befolkningens bruk av private hjemmetjenester har et relativt lite omfang i casekommunene. Hoveddelen av tjenestene som ytes i de fem kommunene, er kommunale.
- Offentlige tjenester generelt og konkurranseutsetting spesielt er omgitt av et omfattende regelverk. Kommunene må forholde seg til lov om offentlige anskaffelser, loven om helse- og omsorgstjenester, arbeidsmiljøloven og de relevante overenskomstene mellom partene i arbeidslivet.
- Kommunene vektlegger både pris og kvalitet når de velger leverandører. Etter at en kontrakt er inngått, er det variasjoner mellom kommunene i hvor mye de følger

opp tjenestene, både for å kontrollere kvalitet og ansatteforhold. Informanter fra administrasjonen i fire av kommuner gir spesielt uttrykk for at det i for liten grad skjer en oppfølging og kontroll av det som er avtalt i kontrakter.

- Ingen av kommunene har en fullstendig oversikt over om det økonomiske nettoreultatet av beslutningen om å konkurranseutsette er positivt eller negativt.
- Informantene gir uttrykk for at det er vanskelig å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. På bakgrunn av de kartleggingene kommunene gjør, er helhetsinntrykket at det i liten grad er kvalitative forskjeller mellom tjenester driftet av private kommersielle selskaper, ideelle og kommunen.
- Flere av informantene roser både private kommersielle og ideelle for at de bringer inn nye ideer og arbeidsmåter, og framhever også at det er kort vei fra idé til handling, og at beslutninger kan tas raskt.
- Det er imidlertid andre sider ved fleksibilitet som informantene påpeker at de kommunale tjenestene skårer høyere på. De kommunale tjenester kan trekke veksler på alle ressursene kommunen disponerer, og har dermed bedre muligheter til flerfaglig oppfølging. Videre påpekes at det å inngå tidsbestemte kontrakter med private minsker kommunens mulighet til å omdisponere ressurser på kort varsel.
- Noen av informantene i kommuneadministrasjonen og ledere av private kommersielle sykehjem gir uttrykk for at kommunens arbeid med anbud og kontraktsoppfølging kan ha skjerpet oppmerksomheten om kvalitet i tjenestene generelt, noe som også har ført til mer oppfølging av kommunale og ideelle tjenester. Enkelte av informantene formidler at de er usikre på om det er konkurranseutsetting og nye private kommersielle tilbydere som har hatt størst betydning for dette «kulturskiftet» innen pleie- og omsorgssektoren. De viser til at det er andre utviklingstrekk i velferdsstaten og befolkningen som har hatt størst betydning.
- Informantene kan ikke med sikkerhet uttale seg om eventuelle forskjeller i lønn mellom sykehjem som driftes av private kommersielle og kommunen. Dette er ikke systematisk kartlagt i kommunene. De fleste, også lederne i de kommersielle sykehjemmene, gir imidlertid uttrykk for at ansatte i de private kommersielle sykehjemmene tjener noe mindre. Pensjonsforholdene for ansatte, med unntak av sykepleiere, sies å være dårligere i tjenester som driftes av private kommersielle selskaper, sammenlignet med tjenestene til kommunene og ideelle virksomheter.
- Hovedinntrykket fra intervjuene som er gjennomført, er at det ikke er store forskjeller i arbeidsforholdene til ansatte i de kommunale og private kommersielle sykehjemmene i de fem kommunene.

- Informantene hadde lite å si om betydningen av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen og konkurranseutsetting later til å være to forskjellige diskusjoner i kommunene som i liten grad koples sammen.

6 Befolkningens holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private tjenester

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvilke holdninger befolkningen har til konkurranseutsetting og bruk av private innen helse- og omsorgstjenestene. Et sentralt spørsmål som undersøkes, er hvorvidt befolkningen har ulike syn på praktisk hjelp og helsehjelp. Vi har også undersøkt hvorvidt de som er for konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle, gir uttrykk for en annen oppslutning om velferdsstaten sammenlignet med dem som er mot konkurranseutsetting og bruk av private. For å belyse disse spørsmålene fikk vi inkludert seks spørsmål i en Omnibus-undersøkelse som Respons Analyse gjennomførte i et landsrepresentativt utvalg på 1000 personer over 18 år i november 2012.⁴⁶

6.1 Holdninger til konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester

I undersøkelsen ble det stilt to spørsmål om hvem informantene ville foretrekke å få langvarig helsehjelp fra. Det ene spørsmålet gjaldt hjemmesykepleie. Det andre gjaldt sykehjem. Valgalternativene er kommunalt driftet sykehjem, frivillig/ideelt driftet sykehjem og kommersielt privat driftet sykehjem. Det ble oppgitt at alle de tre valgalternativene forutsatte at de var offentlig finansiert, altså ingen kom til å være finansiert av den enkelte bruker.

Når det gjelder spørsmålet om hjemmesykepleie, svarer noe over halvparten (56 prosent) at de foretrekker å få denne hjelpen fra kommunen (jf. tabell 6.1). Nesten to av ti (17 prosent) svarer private kommersielle, 13 prosent svarer frivillige/veldedige, 8 prosent svarer at det ikke spiller noen rolle, og 6 prosent svarer at de ikke er sikre.

⁴⁶ Disse spørsmålene er i datafilen som Fafo har fått overlevert, koplet til en rekke bakgrunnsvariabler som gjør det mulig å se nærmere på forskjeller i svar mellom ulike grupper.

Tabell 6.1 Dersom du skulle få behov for langvarig hjelp av hjemmesykepleie, hvem ville du foretrekke å få slik hjelp fra? (N = 1000)

Offentlige, kommunale tjenester	56 %
Frivillige/veldedige, finansiert av det offentlige	13 %
Kommersielle, finansiert av det offentlige	17 %
Det spiller ingen rolle	8 %
Ikke sikker	6 %

Informantene svarer omtrent likt på spørsmålene om hjemmesykepleie og sykehjem. En like stor andel som for hjemmesykepleie (55 prosent) svarer at de vil foretrekke en sykehjemsplass i et kommunalt sykehjem (jf. tabell 6.2). To av ti svarer privat kommersielt, mens drøye en av ti foretrekker frivillige/ideelle sykehjem. 7 prosent sier det ikke spiller noen rolle hvem som drifter sykehjemmet, og 6 prosent er ikke sikre på hva de vil svare.

Tabell 6.2 Dersom du skulle få behov for en sykehjemsplass, hvem ville du foretrekke å få slik hjelp fra? (N = 1000)

Offentlige kommunale tjenester	55 %
Frivillige/veldedige, finansiert av det offentlige	12 %
Kommersielle, finansiert av det offentlige	20 %
Det spiller ingen rolle	7 %
Ikke sikker	6 %

Det ser ut som at befolkningen skiller mellom helsehjelp og praktisk hjelp når de blir spurt om hvem de foretrekker å få hjelp fra når de får svekket helse. Et flertall (73 prosent) svarer at de vil være villige til å betale for tjenester fra private utover den praktiske hjelpen fra kommunen dersom de ikke er i stand til å utføre oppgavene selv (jf. tabell 6.3). To av ti svarer nei på spørsmålet, og 7 prosent er ikke sikre på hva de vil svare.

Tabell 6.3 Vil du være villig til å betale for tjenester fra private utover den praktiske hjelpen fra kommunen dersom du ikke er i stand til å utføre oppgavene selv?

Ja	73 %
Nei	20 %
Ikke sikker	7 %

Variasjoner etter kjønn, alder, år med utdanning, yrkesaktivitet, bosted, kommunestørrelse og partitilhørighet

Når vi sammenligner svar fra ulike grupper i befolkningen, ser vi følgende (jf. tabell 6.4): Det er ingen forskjeller mellom menn og kvinner i svaret på hvem de vil foretrekke å få hjemmesykepleie fra. Vi ser imidlertid store forskjeller mellom informanter i ulik

alder. Jo eldre informantene er, jo flere ønsker å motta hjemmesykepleie fra kommunen. I alt 68 prosent av dem over 60 år ønsker å motta hjemmesykepleie fra kommunen, mens kun 46 prosent av dem under 30 år foretrekker det samme. Ikke overraskende er det flere under 30 år som ikke vet hvem de vil motta tjenesten fra, eller som sier det ikke spiller noen rolle, men de er ikke så mange at de utvisker den tydelige forskjellen mellom de to aldersgruppene når det gjelder å foretrekke kommunal hjemmesykepleie framfor privat.

Tabell 6.4 Ulike aktører som befolkningen foretrekker å motta langvarig hjemmesykepleie fra, forutsatt at det offentlige finansierer tjenestene, sett i forhold til en rekke bakgrunnsvariabler.

	Kommunale tjenester	Frivillige/veldedige	Private kommersielle	Spiller ingen rolle / vet ikke	N
Kjønn:					
Mann	56 %	10 %	18 %	16 %	497
Kvinne	56 %	16 %	16 %	12 %	503
Alder:					
Under 30 år	46 %	18 %	19 %	17 %	201
30-44 år	52 %	10 %	23 %	15 %	275
45-59 år	56 %	14 %	17 %	14 %	253
60 år og eldre	68 %	11 %	10 %	11 %	271
Antall år utdanning utover grunnskolen:					
Inntil 3 år	64 %	12 %	10 %	10 %	304
4-6 år	52 %	14 %	22 %	14 %	395
Mer enn 6 år	53 %	12 %	18 %	13 %	300
Bosted region:					
Oslo/Akershus	46 %	16 %	22 %	16 %	254
Øvrige Østlandet	60 %	11 %	18 %	11 %	251
Sør- og Vestlandet	58 %	13 %	14 %	14 %	318
Trøndelag og Nord-Norge	63 %	10 %	13 %	14 %	176
Kommunestørrelse/innbyggertall:					
Under 1000	66 %	11 %	13 %	10 %	228
1000-49 999	55 %	12 %	16 %	17 %	347
5000 og flere	51 %	14 %	20 %	13 %	425
Yrkesaktiv, i type sektor:					
Offentlig	67 %	11 %	12 %	10 %	289
Privat	45 %	13 %	25 %	18 %	407
Ikke yrkesaktiv	60 %	14 %	12 %	14 %	303
Partitilhørighet:					
Rødt	84 %	8 %	8 %	--	14
SV	81 %	10 %	2 %	7 %	41
Arbeiderpartiet	75 %	9 %	9 %	7 %	234
Senterpartiet	64 %	7 %	18 %	11 %	28
Venstre	43 %	26 %	20 %	6 %	46
Krf	52 %	28 %	8 %	12 %	55
Høyre	35 %	13 %	31 %	13 %	254
Frp	41 %	11 %	33 %	16 %	80
Andre	40 %	20 %	11 %	28 %	9
Ikke sikker	62 %	12 %	10 %	15 %	238

Vi ser også et mønster når vi ser på hvordan informanter med ulikt antall år med utdanning svarer på spørsmålet om de vil foretrekke kommunal, privat kommersiell eller ideelt driftet hjemmesykepleie. Jo færre år med utdanning, jo flere foretrekker kommunale tjenester.

Når vi sammenligner svar fra ulike deler av landet, skiller informantene fra Oslo/Akershus seg ut fra resten av landet. Kun 46 prosent foretrekker kommunal hjemmesykepleie. Til sammenligning vil 63 prosent fra Trøndelag og Nord-Norge, 60 prosent fra øvrige Østlandet og 58 prosent fra Sør- og Vestlandet motta tjenesten fra kommunen.

Vi ser også en langt større oppslutning om den kommunale tjenesten i små kommuner sammenlignet med i kommuner med et høyt innbyggertall. Likeledes foretrekker flere ansatte i offentlig sektor kommunal hjemmesykepleie sammenlignet med ansatte i privat sektor. Ansatte som ikke er yrkesaktive, plasserer seg mellom de to, men er nærmest offentlig ansatte i svaret de gir om hjemmesykepleien.

Informantene har også blitt stilt et spørsmål om partitilhørighet. Det er kun svar fra Høyre-velgerne og Arbeiderparti-velgerne og Fremskrittsparti-velgere som er mange nok til at vi kan si at svarene er representative. Vi ser en stor forskjell mellom Arbeiderparti-velgerne på den ene siden og Høyre- og Fremskrittsparti-velgere på den andre siden. Til sammen 75 prosent av Arbeiderparti-velgerne foretrekker kommunal hjemmesykepleie, mens 35 prosent av Høyre-velgerne og 41 prosent av Fremskrittsparti-velgerne svarer det samme. Svarene gitt av de andre informantene må leses med varsomhet siden de er så få, men de følger en tradisjonell høyre-venstre-akse i politikken. Et stort flertall av SV- og Rødt-velgerne foretrekker kommunal hjemmesykepleie. Senterparti-velgerne svarer mer likt Arbeiderparti-velgerne enn Høyre-velgerne, men det er likevel færre som foretrekker kommunens tjeneste sammenlignet med Arbeiderparti-velgerne. Krf- og spesielt Venstre-velgerne svarer likt Høyre- og Fremskrittsparti-velgerne.

I tabell 6.5 presenterer vi tilsvarende tall for bruk av sykehjem.

Når vi sammenligner svar fra ulike grupper i befolkningen om hvem informantene foretrekker å motta sykehjemsplass fra, ser vi et lignende mønster som for spørsmålet om hjemmesykepleie (jf. tabell 6.5). Det er små forskjeller mellom menn og kvinner. Det er en positiv sammenheng mellom alder og det å foretrekke kommunalt sykehjem. Jo eldre informantene er, jo flere foretrekker et kommunalt tilbud. Når vi ser på antall år med utdanning, vises et annet mønster for sykehjemsplasser sammenlignet med det vi så for valg av hjemmesykepleie. Jo flere år med utdanning, jo færre foretrekker kommunalt sykehjem. Det er også flest blant dem med færrest år med utdanning (inntil 3 år) som foretrekker kommunalt sykehjem, og vi ser også at andelen går ned når vi sammenligner med informanter som har mellom fire og seks år med utdanning. Det er imidlertid flere av dem med høy utdanning (mer enn 6 år) som foretrekker en

Tabell 6.5 Ulike aktører som befolkningen foretrekker å motta sykehjemsplass fra, forutsatt at det offentlige finansierer tjenestene, sett i forhold til en rekke bakgrunnsvariabler.

	Kommunale tjenester	Frivillige/veldedige	Private kommersielle	Spiller ingen rolle / vet ikke	N
Kjønn:					
Mann	54 %	10 %	23 %	13 %	497
Kvinne	56 %	15 %	17 %	12 %	503
Alder:					
Under 30 år	44 %	13 %	27 %	16 %	201
30-44 år	51 %	12 %	26 %	11 %	275
45-59 år	56 %	13 %	19 %	12 %	253
60 år og eldre	66 %	11 %	11 %	12 %	271
Antall år utdanning utover grunnskolen:					
Inntil 3 år	63 %	14 %	14 %	10 %	304
4-6 år	48 %	12 %	27 %	14 %	395
Mer enn 6 år	56 %	12 %	19 %	15 %	300
Bosted region:					
Oslo/Akershus	46 %	15 %	25 %	14 %	254
Øvrige Østlandet	55 %	15 %	20 %	10 %	251
Sør- og Vestlandet	56 %	11 %	20 %	13 %	318
Trøndelag og Nord-Norge	65 %	6 %	16 %	12 %	176
Kommunestørrelse/innbyggertall:					
Under 1000	66 %	10 %	15 %	8 %	228
1000-49 999	54 %	13 %	18 %	14 %	347
5000 og flere	49 %	13 %	25 %	13 %	425
Yrkesaktiv, i type sektor:					
Offentlig	66 %	12 %	13 %	9 %	289
Privat	43 %	11 %	30 %	15 %	407
Ikke yrkesaktiv	60 %	14 %	14 %	13 %	303
Partitilhørighet:					
Rødt	60 %	8 %	24 %	7 %	14
SV	88 %	7 %	-	5 %	41
Arbeiderpartiet	76 %	7 %	8 %	8 %	234
Senterpartiet	72 %	4 %	17 %	7 %	28
Venstre	40 %	19 %	24 %	18 %	46
Krf	59 %	28 %	5 %	7 %	55
Høyre	33 %	12 %	39 %	17 %	254
Frp	33 %	13 %	38 %	16 %	80
Andre	50 %	9 %	11 %	26 %	9
Ikke sikker	59 %	16 %	13 %	9 %	238

kommunal sykehjemsplass, sammenlignet med dem som har mellom fire og seks års utdanning.

Når vi ser på hvilken region informantene bor i, ser vi samme mønster som for spørsmålet om hjemmesykepleie. Oslo/Akershus skiller seg ut ved å ha færrest som

ønsker kommunalt sykehjem. Likeledes ser vi, som på spørsmålet om hjemmesykepleie, at jo større en kommune er, jo færre foretrekker kommunalt sykehjem. Videre ser vi at flere offentlig ansatte, og informanter som ikke er yrkesaktive, foretrekker kommunalt sykehjem, sammenlignet med det ansatte i privat sektor gjør. Når vi ser på partitilhørighet, ser vi det samme mønsteret som for spørsmålet om hjemmesykepleie. Betydelig flere Arbeiderparti-velgere enn Høyre- og Fremskrittsparti-velgere ønsker kommunalt sykehjem. Igjen ser vi at Rødt- og SV-velgere plasserer seg på venstresiden, sammen med Arbeiderparti-velgerne. Senterparti-velgerne svarer nokså likt som Arbeiderparti-velgerne. Noen færre av Krf-velgerne foretrekker kommunalt sykehjem, men er betydelig nærmere Arbeiderparti-velgerne enn de er Høyre- og Fremskrittsparti-velgerne. Venstre-velgerne er mest lik Høyre- og Fremskrittsparti-velgerne. Antallet informanter er lavt i alle kategoriene med unntak av for Arbeiderparti-, Høyre- og Fremskrittsparti-velgere. Svarene fra velgere tilhørende resten av partiene må leses med varsomhet fordi det er få informanter.

Informantene har også svart på et spørsmål om de vil være villige til å betale for privat praktisk hjelp dersom de på grunn av en svekket helsetilstand ikke blir i stand til å utføre oppgaver selv (jf. tabell 6.6). Dette spørsmålet handler ikke som de to spørsmålene om hjemmesykepleie og sykehjem om konkurranseutsetting, det vil si at det offentlige betaler for tjenesten uavhengig av om det er private kommersielle, ideelle eller kommunale tjenester som utfører oppgavene.

Som tidligere vist var over sju av ti villige til selv å betale for praktisk hjelp fra private dersom kommunen ikke sørger for denne hjelpen. Vi ser små forskjeller mellom kvinner (75 prosent) og menn (71 prosent) og heller ikke store forskjeller mellom ulike aldersgrupper. Noen flere i alderen 30 til 59 år sier de er villige til å betale for privat praktisk hjelp sammenlignet med det informanter under 30 år og over 60 år svarer. Jo flere år med utdanning informantene har, jo flere svarer at de vil være villige til å betale for denne type hjelp. Forskjellene i alder og utdanning kan gjenspeile at det er de med høyest inntekt som ser seg i stand til å betale for praktisk hjelp.

Det er også små forskjeller når vi ser på svar fra informanter bosatt i ulike deler av landet og kommunistørrelse. Forskjellene er ikke store, men noen flere ansatte i privat sektor sier de vil være villige til å betale private for hjelpen sammenlignet med ansatte i offentlig sektor eller som ikke er yrkesaktive. Flere Høyre-velgere (84 prosent) enn Arbeiderparti-velgere (65 %) er villige til å betale private for praktisk hjelp. Fremskrittsparti-velgere (75 prosent) ligger mellom velgerne fra Høyre og Arbeiderpartiet.

Tabell 6.6 Andel i befolkningen i ulike grupper som sier de vil være villige til å betale for tjenester fra private utover den praktiske hjelpen fra kommunen dersom de ikke er i stand til å utføre oppgavene selv.

	Kommunale tjenester	Frivillige/ veldedige	Spiller ingen rolle / vet ikke	N
Kjønn:				
Mann	71 %	21 %	8 %	497
Kvinne	75 %	18 %	7 %	503
Alder:				
Under 30 år	70 %	16 %	14 %	201
30-44 år	75 %	18 %	7 %	275
45-59 år	74 %	19 %	7 %	253
60 år og eldre	72 %	24 %	4 %	271
Antall år utdanning utover grunnskolen:				
Inntil 3 år	68 %	24 %	8 %	304
4-6 år	72 %	21 %	7 %	395
Mer enn 6 år	79 %	14 %	7 %	300
Bosted region:				
Oslo/Akershus	75 %	18 %	7 %	254
Øvrige Østlandet	70 %	23 %	7 %	251
Sør- og Vestlandet	74 %	19 %	7 %	318
Trøndelag og Nord-Norge	73 %	19 %	8 %	176
Kommunestørrelse/innbyggertall:				
Under 1000	74 %	18 %	7 %	228
1000-49 999	72 %	23 %	7 %	347
5000 og flere	74 %	19 %	7 %	425
Yrkesaktiv, i type sektor:				
Offentlig	71 %	22 %	7 %	289
Privat	76 %	16 %	8 %	407
Ikke yrkesaktiv	71 %	23 %	7 %	303
Partilhørighet:				
Rødt	39 %	53 %	8 %	14
SV	69 %	24 %	7 %	41
Arbeiderpartiet	65 %	28 %	7 %	234
Senterpartiet	66 %	21 %	13 %	28
Venstre	83 %	10 %	7 %	46
Krf	77 %	14 %	9 %	55
Høyre	84 %	12 %	4 %	254
Frp	75 %	21 %	4 %	80
Andre	36 %	17 %	46 %	9
Ikke sikker	70 %	19 %	10 %	238

6.2 Oppslutning om velferdsstaten

Spørsmålene om oppslutning om velferdsstaten har blitt hentet fra Valgundersøkelsen som ble gjennomført ved Stortingsvalget i 2005 (SSB), for å undersøke hvilke holdninger folk flest i Norge uttrykker til velferd og velferdsstat (Aardal, Høstmark, Lagerstrøm & Stavn 2007).

I alt 43 prosent av informantene sa seg helt eller delvis enige i utsagnet «Her i Norge har vi kommet langt nok i å redusere økonomiske forskjeller» (jf. tabell 6.7). Når vi sammenligner resultatene med valgundersøkelsen som ble gjennomført i 2005, ser vi ingen endring. 44 prosent sa seg helt eller delvis enige i utsagnet i 2005 (NOU 2011: 7 Velferd og migrasjon).

Når vi ser på utsagnet om at «forskjellene i nordmennesenes økonomiske evne fortsatt er så store at myndighetene må se det som en hovedoppgave å minske dem», sier 61 prosent seg helt eller delvis enige. Sammenlignet med valgundersøkelsen i 2005 har det vært en liten nedgang. I 2005 sa 69 prosent seg helt eller delvis enige i utsagnet.

Informantene ble også spurt om hvorvidt de vil si seg enig eller uenig i utsagnet «Folk burde i større grad enn nå klare seg uten sosiale trygder og bidrag fra samfunnet». 47 prosent av informantene sier seg helt eller delvis enige i utsagnet. Sju av ti sier seg helt eller delvis enige i utsagnet: «De sosiale reformene som har blitt gjennomført, bør opprettholdes i minst samme omfang som nå.»

Tabell 6.7 Er du enig eller uenig i følgende utsagn. (N = 1000)

	Helt enig / delvis enig	Delvis uenig / helt uenig	Vet ikke
Her i Norge har vi kommet langt nok i å redusere økonomiske forskjeller.	43 %	54 %	3 %
Forskjellene i nordmennesenes økonomiske evne er fortsatt så store at myndighetene må se det som en hovedoppgave å minske dem.	61 %	35 %	4 %
Folk burde i større grad enn nå klare seg uten sosiale trygder og bidrag fra samfunnet.	42 %	53 %	5 %
De sosiale reformene som har blitt gjennomført, bør opprettholdes i minst samme omfang som nå.	72 %	18 %	10 %
Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private.	57 %	38 %	7 %

Det ser ut som at når det gjelder offentlige aktiviteter generelt, så har befolkningen større tiltro til at private kan tilby billigere tiltak med bedre kvalitet enn det offentlige. Godt over halvparten sier seg helt eller delvis enig i utsagnet: «Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private.» Årsaken kan være at det i de senere år har blitt satt et sterkt søkelys på at det offentlige

har bygget ut en for stor og tungvint administrasjon rundt tjenester til befolkningen. Flere, både politikere, forskere, og journalister som framhever enkeltpersoners møte med offentlige tjenester i media, hevder at et for stort og tungvint byråkrati fører til feil bruk av ressurser og en for stor avstand mellom brukere og tjenester.

Når det spesifikt stilles spørsmål om informantene kan tenke seg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenester, svarer 63 prosent ja. Samtidig gir et like stort flertall uttrykk for at en større andel av offentlige midler bør brukes til eldreomsorg, men uten å øke skattene (63 prosent) (jf. tabell 6.8).

Tabell 6.8 Behovet for eldreomsorg ser ut til å øke i årene som kommer. Hvordan bør man dekke kostnadene ved det økte behovet for eldreomsorg? (N = 1000)

De eldre bør selv betale noe mer for tjenester de mottar.	11 %
Skatter bør økes noe og brukes til eldreomsorg.	20 %
En større andel av de offentlige midler bør brukes til eldreomsorg, men uten å øke skattene.	63 %

Variasjoner etter kjønn, alder, år med utdanning, yrkesaktivitet, bosted, kommunestørrelse og partitilhørighet i oppslutning om velferdsstaten

Kvinner og menn svarer omtrent likt på spørsmålene: om de sosiale reformene som er gjennomført bør opprettholdes i minst samme omfang som nå, og om de kan tenke seg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenestene (jf. tabell 6.9, neste side). Det er imidlertid flere menn enn kvinner som mener at private kan utføre mange offentlige aktiviteter bedre og billigere.

Når det gjelder alder, ser vi en positiv sammenheng mellom alder og oppslutning om utsagnet at de sosiale reformene som er gjennomført, bør opprettholdes i minst samme omfang som nå. Vi ser ingen sammenheng mellom alder og hvorvidt informantene sier de kan tenke seg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenestene, med unntak av at aldersgruppen 45–59 år skiller seg ut ved at flere er villige til å betale mer skatt. Årsaken kan være at dette er aldersgruppen som har høyest inntekt, men også at mange i denne aldersgruppen er i en livsfase der foreldrene deres har store behov for helse- og omsorgstjenester. Flere undersøkelser viser at det er de i 40- og 50-årsalderen som har størst omsorgsforpliktelser overfor gamle foreldre (Gautun 2008; Gautun & Hagen 2011).

Når vi sammenligner informanter etter utdanning, ser vi at jo færre år med utdanning, jo flere er det som slutter opp om utsagnet «De sosiale reformene som er gjennomført, bør opprettholdes i minst samme omfang som nå.» Vi ser ikke noe tydelig mønster for utsagnet om at private kan utføre mange offentlige aktiviteter på en bedre og billigere måte. Det er imidlertid en positiv sammenheng mellom antall år med utdanning og informantenes vilje til å betale mer skatt dersom pengene går til

Tabell 6.9 Andel i befolkningen i ulike grupper som sier seg enig i ulike utsagn. (N = 1000)

	De sosiale reformene som er gjennomført, bør opprettholdes i minst samme omfang som nå.	Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private.	Jeg kan tenke meg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenestene?
Kjønn:			
Mann	73 %	60 %	63 %
Kvinne	71 %	53 %	63 %
Alder:			
Under 30 år	64 %	62 %	60 %
30-44 år	70 %	63 %	60 %
45-59 år	69 %	54 %	68 %
60 år og eldre	82 %	49 %	62 %
Antall år utdanning utover grunnskolen:			
Inntil 3 år	75 %	56 %	60 %
4-6 år	72 %	59 %	64 %
Mer enn 6 år	69 %	55 %	65 %
Bosted region:			
Oslo/Akershus	71 %	57 %	62 %
Øvrige Østlandet	62 %	56 %	63 %
Sør- og Vestlandet	72 %	55 %	64 %
Trøndelag og Nord-Norge	75 %	61 %	61 %
Kommunestørrelse/innbyggertall:			
Under 1000	71 %	56 %	65 %
1000-49 999	73 %	57 %	59 %
5000 og flere	72 %	57 %	65 %
Yrkesaktiv, i type sektor:			
Offentlig	73 %	40 %	67 %
Privat	68 %	64 %	59 %
Ikke yrkesaktiv	76 %	53 %	64 %
Partitilhørighet:			
Rødt	91 %	26 %	85 %
SV	93 %	19 %	68 %
Arbeiderpartiet	84 %	39 %	75 %
Senterpartiet	86 %	47 %	67 %
Venstre	65 %	42 %	82 %
Krf	76 %	54 %	76 %
Høyre	63 %	82 %	52 %
Frp	66 %	84 %	35 %
Andre	61 %	32 %	77 %
Ikke sikker	66 %	53 %	61 %

helse- og omsorgstjenester. Årsaken til dette behøver ikke bety at de med lav utdanning ikke ønsker at helse- og omsorgstjenestene skal bygges ut, men at de ikke har råd til å betale mer skatt.

Oppslutningen om velferdsstaten, målt gjennom våre spørsmål, får helt klart større oppslutning av informanter som er ansatt i offentlig sektor om vi sammenligner med ansatte i privat sektor. Det gjelder spesielt utsagnet om at private kan utføre mange offentlige aktiviteter billigere og bedre, men også de to andre utsagnene.

Når vi ser på region, finner vi et rotete mønster og ikke at informanter fra Oslo skiller seg ut slik som de har gjort i synet på om de vil velge private kommersielle sykehjem og hjemmesykepleie. Kommunestørrelse ser heller ikke ut til å ha stor betydning for hvorvidt informantene gir uttrykk for oppslutning om velferdsstaten.

Når vi sammenligner svar fra informanter fra ulike partier, ser vi imidlertid helt klart forskjeller etter hvor de plasserer seg på en venstre–høyre-akse i norsk politikk. Et stort flertall av Rødt-, SV-, Arbeiderparti- og også Senterparti-velgere gir uttrykk for at de er enige i utsagnet om at de sosiale reformene som er gjennomført, bør opprettholdes i minst samme omfang som nå. Informanter som stemmer på de samme partiene, med unntak av på Senterpartiet, er skeptiske til utsagnet om at private kan utføre mange offentlige aktiviteter billigere og bedre enn det offentlige. Vi ser samme mønster for spørsmålet om de er villige til å betale mer skatt om midlene går til helse- og omsorgstjenester. Venstre- og Krf-velgerne skiller seg imidlertid ut på dette spørsmålet ved å plassere seg på venstresiden. Frp-velgerne er helt klart de største motstanderne av å betale mer skatt.

6.3 Holdninger til konkurranseutsetting og oppslutning om velferdsstaten

Gir de som er for konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester, uttrykk for en mindre oppslutning om velferdsstaten sammenlignet med dem som er mot konkurranseutsetting og bruk av private? For å svare på dette spørsmålet har vi krysskjørt svarene på noen utvalgte holdningsspørsmål om konkurranseutsetting og bruk av private mot noen utvalgte spørsmål om oppslutning om velferdsstaten.

Vi ser en klar sammenheng mellom holdninger til bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmesykepleie og spørsmål om oppslutning om velferdsstaten (jf. tabell 6.10, neste side). Av dem som foretrekker å bruke private kommersielle tjenester, er det færre som er enige i påstanden om at sosiale reformer minst bør opprettholdes i samme omfang som nå, og som kan tenke seg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med dem som foretrekker tjenester driftet av

kommunen. Videre ser vi at flest av dem som foretrekker private kommersielle sykehjem og hjemmesykepleie, mener at mange offentlige aktiviteter kan bli utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private.

Tabell 6.10 Andel, av dem som har sagt seg enige eller uenige i utsagn som viser oppslutning om velferdsstaten, som foretrekker private kommersielle eller mener det ikke spiller noen rolle hvem som utfører tjenestene. (N=1000)

	Vil ha privat kommersiell hjemme-sykepleie	Vil ha privat kommersielt syke-hjem	N
Gjennomførte sosiale reformer bør minst opprettholdes i samme omfang som nå:			
Enig	23 %	23 %	N = 721
Uenig / ikke sikker	31 %	31 %	N = 279
Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private:			
Enig	35 %	35 %	N = 568
Uenig / ikke sikker	12 %	12 %	N = 438
Kan tenke seg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgs-tjenester:			
Enig	22 %	22 %	N = 628
Uenig / ikke sikker	30 %	30 %	N = 372

Som vist gir et stort flertall av befolkningen (ca. 7 av 10) uttrykk for at de vil være villige til å betale for tjenester fra private utover den praktiske hjelpen fra kommunen dersom de ikke er i stand til å utføre oppgavene selv. Vi ser ikke store forskjeller i svaret på dette spørsmålet når vi sammenligner dem som er enige og uenige i de to utsagnene: 1) «De sosiale reformene som er gjennomført, bør opprettholdes i minst

Tabell 6.11 Andel som sier de vil være villige til å betale for tjenester fra private utover den praktiske hjelpen fra kommunen dersom de ikke er i stand til å utføre oppgavene selv, krysskjørt mot andel som svarer at de helt eller delvis er enige i tre utsagn som går ut på oppslutning om velferdsstaten. (N = 1000)

	Villig til å betale for tjenester fra private	N
Gjennomførte sosiale reformer bør minst opprettholdes i samme omfang som nå:		
Enig	72 %	N = 721
Uenig / ikke sikker	75 %	N = 278
Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private:		
Enig	78 %	N = 567
Uenig / ikke sikker	67 %	N = 433
Kan tenke seg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgs-tjenester:		
Enig	74 %	N = 628
Uenig / ikke sikker	71 %	N = 373

samme omfang som nå.» 2) «Kan du tenke deg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenestene?» Vi finner imidlertid forskjeller når vi sammenligner svar fra dem som er enige eller uenige i påstanden: «Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere hvis de ble overlatt til private»

Nesten åtte av ti av dem som mener mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført bedre og billigere hvis de ble overlatt til private, er også enige i utsagnet om de er villige til å betale for tjenester fra private (jf. tabell 6.11).

Noen færre (67 %) av dem som er uenige eller ikke sikre, svarer at de er villige til å betale for tjenester fra de private.

6.4 Oppsummering

Litt over halvparten av informantene i befolkningsundersøkelsen svarer at de vil foretrekke å motta et kommunalt hjemmesykepleie- og sykehjemstilbud. Om lag en av ti svarer at de vil foretrekke å motta denne typen tjenester fra ideelle, og to av ti svarer private kommersielle. De resterende er usikre eller svarer at det ikke spiller noen rolle hvem som yter tjenesten. Det offentlige forutsettes i spørsmålet å finansiere tjenestene, også om disse er driftet av private.

Når det gjelder praktisk hjelp svarer drøyt syv av ti at de er villig til selv å betale for hjelpen dersom det skulle bli nødvendig på grunn av svekket helse.

Når vi sammenligner svar fra ulike grupper i befolkningen, ser vi et lignende mønster for hjemmesykepleie og sykehjem. Det er små forskjeller mellom menn og kvinner. Det er imidlertid en større andel eldre enn yngre som foretrekker kommunens tilbud. Når vi ser på antall år med utdanning, ser vi at flest informanter med få år med utdanning foretrekker kommunal hjemmesykepleie og sykehjem om vi sammenligner med informanter med flere år med utdanning. Ansatte i offentlig sektor sverger i større grad til kommunale tilbud enn det ansatte i privat sektor gjør. Informantene fra Oslo/Akershus skiller seg ut fra resten av landet ved at betydelig færre vil velge kommunens tilbud. Det er også klare forskjeller i svarene til informanter når vi ser på kommune-størrelse. Jo færre innbyggere i bostedskommunen, jo flere foretrekker kommunens hjemmesykepleie og sykehjemstilbud. Når vi ser på partitilhørighet, er det kun svar fra Høyre-velgerne, Arbeiderparti-velgerne og Fremskrittsparti-velgerne som er mange nok til at vi kan si at svarene er representative. Vi ser en stor forskjell mellom Arbeiderparti-velgerne på den ene siden og Høyre- og Fremskrittsparti-velgerne på den andre når de svarer på spørsmålene om hjemmesykepleie og sykehjem. Til sammen 75 prosent av Arbeiderparti-velgerne foretrekker kommunal hjemmesykepleie, mens 35 prosent av Høyre-velgerne og 41 prosent av Fremskrittsparti-velgerne svarer det samme. Når det

gjelder sykehjem, foretrekker 76 prosent av Arbeiderparti-velgerne kommunens tilbud. Kun 33 prosent av Høyre- og Fremskrittsparti-velgerne svarer det samme.

Når det gjelder spørsmålet om informantene vil være villige til å betale for praktisk hjelp fra private, ser vi først og fremst forskjeller mellom grupper med lav og høy utdanning. Jo flere år med utdanning, jo flere svarer at de er villige til å betale for praktisk hjelp. Aldersgruppen 30 til 59 år er mest positive til å betale for praktisk hjelp. Noen flere ansatte i privat sektor og Høyre-velgere er villige til å betale for praktisk hjelp. Vi ser en klar sammenheng mellom holdninger til og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmesykepleie og oppslutning om velferdsstaten.

7 Avslutning

Konkurransetsetting og bruk av private kommersielle tilbydere innen helse- og omsorgssektoren har vært ett brennende politisk tema de to siste tiårene. Politiske partier og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner har tatt markant stilling til, enten for eller imot, konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere. Innspill i debatten har vært verdimesig begrunnet. Innspill i debatten har også vært preget av hvem partiene og organisasjonene representerer, og deres interesser. NHO er arbeidsgiverorganisasjon for de private kommersielle tilbyderne og skal ivareta deres interesser. NHO fronter positive sider som nytenkning, innovasjon og billigere tjenester. Arbeidstakerorganisasjoner som LO (Fagforbundet) og Norsk Sykepleierforbund (NSF) er opptatt av at konkurranseutsetting og bruk av private tilbydere svekker arbeidstakeres rettigheter. Fagforbundet og NSF er også kritiske til de private kommersielle aktørene fordi eierne er store utenlandske selskaper som har som målsetting å tjene penger.

I denne studien har vi ved hjelp av ulike datakilder, 1) en intervjuundersøkelse som er gjennomført blant sentrale informanter i arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, 2) en casestudie i fem kommuner som har konkurranseutsatt, og 3) en holdningsundersøkelse i befolkningen, forsøkt å belyse ulike sider ved konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester. I tillegg har vi gjennomgått relevant forskning på feltet og spesielt sett på erfaringer som er gjort i Danmark og Sverige. De to landene har erfaring med konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere over en lengre tidsperiode og i et større omfang sammenlignet med Norge.

7.1 Hvor utbredt er konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tjenester i kommunene?

NIBR viser i sine undersøkelser at antall kommuner som konkurranseutsetter sykehjem, har økt fra 15 i 2004 til 23 i 2012. Undersøkelsene viser også at antall kommuner som konkurranseutsatte hjemmetjenester i 2004, var 7, og at antallet var økt til 23 i 2012 (Blåka et al. 2012). Måten spørsmål er stilt på i undersøkelsene, gir grunn til å spørre om antallet kommuner som har konkurranseutsatt helse- og omsorgstjenester, egentlig er lavere. Det skilles ikke i spørsmålene mellom driftstjenester, for eksempel kjøkkendrift og vaktmestertjenester, og helse- og omsorgstjenester som gis beboerne i sykehjem. Vi

vet altså ikke om noen kommuner kan ha krysset av for at de har konkurranseutsatt sykehjem, selv om dette kun gjelder kjøkkendrift, vaktmestertjenester og/eller andre driftsoppgaver og ikke helse- og omsorgstjenestene som ytes i institusjonen. Organisasjonen For velferdsstaten har fått gjennomført en kartlegging som viser at det kun var 15 kommuner som konkurranseutsatte sykehjem i 2012 (Herning 2012).

Casestudien som er gjennomført i fem av disse kommunene, viser at konkurranseutsetting har et relativt lite omfang. Hoveddelen av både sykehjem og hjemmetjenestene i kommunene er kommunale. De fleste kommersielle sykehjemmene har aldri blitt satt ut til konkurranse. I de tre største kommunene som inngår i studien, varierer andel konkurranseutsatte sykehjem med mellom 5 og 15 prosent. I de mindre kommunene gjelder det ett av i alt tre sykehjem som kommunen tilbyr sine innbyggere. Fire av de fem kommunene har innført fritt brukervalg for hjemmehjelptjenesten.

Tilbudet av private kommersielle hjemmehjelpere sies å være stort nok til at brukerne står ovenfor reelle valg. Et stort flertall av brukerne velger imidlertid kommunal hjemmehjelp. I tre av kommunene gjelder dette cirka 80 prosent av brukerne. I den fjerde kommunen velger litt over 70 prosent av brukerne kommunal hjemmehjelp. I den femte kommunen har hele hjemmehjelptjenesten blitt satt ut til konkurranse, men kommunen vant anbudsprosessen. Det er derfor ingen private hjemmehjelpere i denne kommunen. At et stort flertall av hjelpetrequende som er tildelt hjemmehjelp fra kommunen, velger å få levert tjenesten fra kommunen og ikke fra private kommersielle tilbydere, samsvarer ikke helt med funn fra holdningsundersøkelser som gjennomføres i befolkningen. Disse viser at et flertall av befolkningen er positive til å kjøpe praktisk hjelp fra private dersom de kommer i en situasjon der de blir hjelpetrequende. Forskjellene kan være et uttrykk for at holdninger endres når den enkelte blir hjelpetrequende – altså at det oppleves som mer trygt å velge kommunale tjenester når den enkelte faktisk får svekket helse og behov for tjenester.

Private kommersielle tjenesteytere er i liten grad inne på hjemmesykepleieområdet i de fem kommunene som er undersøkt. Det er kun tre av kommunene som har private leverandører av hjemmesykepleie, og omfanget som ytes, er lite. Det er for få private kommersielle tilbydere av hjemmesykepleie i disse kommunene til at det går an å si at brukere kan velge mellom private og kommunale tjenester.

Både NIBR-undersøkelsen og Herning sin undersøkelse viser at det er et lite antall norske kommuner som har konkurranseutsatt sykehjem og hjemmetjenester. Det har blitt påpekt at kommunene som har konkurranseutsatt disse tjenestene, er store kommuner med et høyt innbyggertall, og at en større del av befolkningen derfor berøres av konkurranseutsetting enn det antallet kommuner tilsier. Omfanget av tjenester som kommunene setter ut til konkurranse, og som driftes av private kommersielle tilbydere, er imidlertid så lite at vi skal være forsiktige med å si at store deler av befolkningen berøres. Men hvordan ser utviklingen ut framover? Er vi i en situasjon der flere kommuner er i ferd med å velge å konkurranseutsette sykehjem og

hjemmetjenester? Både KS-informanten og informantene fra NHO Service forteller at de etter forrige kommunevalg har merket en økt pågang og interesse fra kommunene når det gjelder konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbydere. Ifølge KS-informanten dreier det seg imidlertid ikke om mange kommuner. På bakgrunn av intervjuer med flere informanter i denne studien ser det ut som at selv kommuner med et borgerlig flertall, og som i utgangspunktet er interessert i å konkurranseutsette, nøler. Forklaringen som gis, er at konkurranseutsetting krever administrative ressurser og kompetanse fra kommunene.

7.2 Lønner det seg for kommunene?

Gjennomgangen av forskningslitteraturen viser at private, kommersielle tilbydere vinner anbud fordi de tilbyr tjenester der det loves en tilsvarende eller bedre kvalitet enn kommunen kan yte, til en billigere pris. Informantene i casestudien gir uttrykk for at private kommersielle sykehjem driver billigere enn kommunale sykehjem. I oversikter som er utarbeidet på oppdrag fra NHO-Service konkluderes det også med at de private kommersielle driver billigere. Havig, som er økonom og forsker på sykehjem, påpeker imidlertid flere feilkilder i disse oversiktene (Havig 2013). Oversiktene baseres på KOSTRA data, som sies å ha varierende datakvalitet. Havig viser også til at de private kommersielle sykehjemmene, spesielt i en stor by som Oslo, er store sykehjem som ikke uten videre kan sammenlignes med mindre kommunale sykehjem. Sykehjem med store avdelinger er langt mindre ressurskrevende, og billigere å drive enn små sykehjem. Ifølge Havig viser sammenligningene av store private kommersielle sykehjem med store kommunale sykehjem små forskjeller. Forskjellen er størst mellom de store kommersielle sykehjemmene i de større byene og kommunale sykehjem i små kommuner. Å svare på spørsmålet om det lønner seg for kommunene å konkurranseutsette og bruke private kommersielle problematiseres ytterligere av at det ikke foreligger kartlegginger og undersøkelser som viser de samlede utgiftene kommunene har for å gjennomføre anbudsprosesser, utforme egne tilbud og følge opp og kontrollere at de private kommersielle drifterne leverer det som er avtalt i kontrakter, er ikke kartlagt.

Det er heller ikke noen av de fem casekommunene som inngår i denne studien, som har denne oversikten. Kommunene gjør ingen samlede beregninger på om det økonomiske nettoresultatet av beslutningen om å konkurranseutsette er positivt eller negativt.

Flere av informantene i de fem kommunene gir uttrykk for at kommunene bruker betydelige ressurser på å administrere konkurranseutsetting. Informantene som jobber i kommuneadministrasjonen, sier at det først og fremst er anbudsprosesser som krever mye ressurser fra kommunen. Informantene forteller at det brukes mindre ressurser på å følge tjenestene etter at anbudsprosessen er over. Flere av informantene forteller at

oppfølging i for liten grad prioriteres, og at systemene for å følge opp og kontrollere om kontrakter blir etterlevd, er for dårlige.

I tillegg til administrative utgifter knyttet til anbudsprosesser og kontraktsoppfølging påpekte enkelte av informantene at kommunen hadde blitt belastet med merarbeid fordi det hadde oppstått uforutsette hendelser i kontraktsperioden. I kommunene vi intervjuet, var det eksempler både på eierskifte i kontraktsperioden og at private kommersielle sykehjem måtte si fra seg drift fordi det ble avdekket brudd på arbeidsmiljøloven. Vi vet ikke hvor store kostnadene er for kommunene når slike uforutsette hendelser oppstår og sykehjem må skifte eier i kontraktsperioden

7.3 Små forskjeller i kvalitet

Private kommersielle tilbydere vinner ofte tilbud på grunn av hva som loves i tilbudet om kvalitet. På bakgrunn av forskning som er gjennomført både i Norge, Sverige og Danmark, er det imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at det er forskjeller i kvalitet mellom private kommersielle og kommunale tjenester. Noen studier viser bedre kvalitet i de private kommersielle virksomhetene, og andre viser dårligere kvalitet. Gjennomgående viser undersøkelsene små forskjeller. En utbredt måte å måle kvalitet på er å gjennomføre brukerundersøkelser blant dem som mottar tjenester. Disse viser at et stort flertall av brukerne uttrykker fornøydhet med tjenestene uavhengig av hvem som drifter tjenestene. Det er flere metodiske problemer som påpekes når det gjelder undersøkelser som prøver å måle kvalitet, og spesielt brukerundersøkelser blir oppfattet som problematiske å bruke for å forsøke å fange opp uverdige forhold.

Casestudien som er gjennomført i de fem kommunene, avdekker heller ikke systematiske forskjeller i kvaliteten på tjenester som driftes av henholdsvis private kommersielle selskaper, kommunen og ideelle. Informantene forteller at kommunen ikke finner noen forskjeller, eller at forskjellene er små. Noen bruker- og pårørendeundersøkelser viser at private kommersielle sykehjem har en litt bedre kvalitet, andre viser at kommunen eller ideelle har litt bedre kvalitet, andre sammenligninger viser ingen forskjell. Brukerundersøkelser og pårørendeundersøkelser er ikke den eneste måten å måle kvalitet på. En av kommunene i casestudien har utviklet flere verktøy for kvalitetsmåling. I denne kommunen kommer de kommersielle best ut fra kvalitetsrevisjoner, mens det ikke vises forskjeller etter objektive indikatorer som fall, trykksår, infeksjoner eller tannhelse. Flere av informantene, både ansatte i kommuneadministrasjonen, lederne av institusjoner og tillitsvalgte, påpeker at det er vanskelig å måle og sammenligne kvalitet.

Selv om de private kommersielle tilbyderne ikke kan sies å drifte tjenester med en bedre kvalitet enn kommunen, gir flere av informantene uttrykk for at konkurranseutsetting og de nye tilbyderne kan ha medvirket til at det har blitt en bedre kvalitet i

alle tjenestene, uavhengig av eierform. Informanter i administrasjonen i en kommune påpeker at innføring av brukervalg har ført til et større brukerfokus i de kommunale tjenestene. De kommunale tjenestene sies å ha «skjerpet seg» både med hensyn til tilgjengelighet og kontinuitet i personalet. Noen av informantene sier at det å utforme anbudsdokumenter, velge mellom ulike leverandører som alle mener å levere god kvalitet, tildele og følge opp kontrakter samt å gjennomføre kvalitetsmålinger later til å ha skjerpet kommuneadministrasjonens tenkning om tjenestekvalitet generelt. Det blir sagt av informanter fra administrasjonen i enkelte av kommunene at konkurranseutsetting har ført til at det har utviklet seg en kultur for oppfølging og kvalitetssikring som berører alle tjenestene.

Dette bildet blir nyansert av noen av informantene som mener det er vanskelig å si hvor mye økt interesse for kvalitet og oppfølging og kontroll av helse- og omsorgstjenesten det er som kan tilskrives at kommunene har innført konkurranseutsetting og bruke private kommersielle tilbydere. Informantene påpeker at det både har skjedd en historisk holdningsendring i befolkningen om hva den enkelte skal kunne forvente av tjenester fra velferdsstaten, og at det de siste tiårene også har skjedd en kulturendring i hele helse- og omsorgssektoren som ikke har med konkurranseutsetting å gjøre.

7.4 Ansatteforhold

Selv om arbeidsforhold reguleres av arbeidsmiljøloven, avtaler, tariffavtaler og lov om offentlig anskaffelser, har ansattes lønns- og arbeidsvilkår i private kommersielle sykehjem blitt utsatt for sterk kritikk av arbeidstakerorganisasjoner som LO (Fagforbundet) og Norsk Sykepleieforbund.

Informantene gir uttrykk for at de ikke hadde fullstendig oversikt over lønnsnivået til ansatte i kommunale, private kommersielle eller ideelle sykehjem. Noe av årsaken til at det var vanskelig å sammenligne lønn, var at det ble sagt at ulike forhold som grunnlønn, ansiennitet, personlige tillegg, betalt eller ubetalt lunsj og når på året forhandlinger skjer, påvirker lønn. Informantene som uttalte seg om lønn, mente at forskjellene går i de private tjenestenes disfavør. Lønningene sies å være noe lavere for dem som jobber i private kommersielle tjenester.

Ansatte som overføres til privat virksomhet, risikerer ikke bare lavere lønn enn kommunalt ansatte. Også pensjonen kan bli redusert i og med at de private leverandørene vanligvis tilbyr en dårligere pensjonsordning for sine ansatte enn kommunen – bortsett fra for sykepleierne, som har en lovfestet rett til pensjon i KLP uavhengig av arbeidssted. Det har nylig vært gjennomført flere streiker i Norge som handler om lønns- og pensjonsforholdene for ansatte i private, kommersielle pleie- og omsorgsvirksomheter.

Ansatte i de ideelt drevne virksomhetene i Norge har for øvrig tilsvarende lønns- og pensjonsforhold som ansatte i kommunale virksomheter.

Når det gjelder arbeidsforhold, er hovedinntrykket fra intervjuene som er gjennomført i denne studien, at det ikke er noen vesentlige forskjeller mellom private kommersielle og kommunale sykehjem. Vi ser noen forskjeller der de kommunale sykehjemmene kan oppleves som forutsigbare og trygge, mens private kommersielle tjenester kan være flinkere til å bringe inn nye ideer og arbeidsmåter. Flere framhever at det i private kommersielle tjenester er kort vei fra idé til handling, og at beslutninger kan tas raskt. Noen gir også uttrykk for at ansatte kan oppleve å ha en større innflytelse på arbeidssituasjonen sammenlignet med i kommunale sykehjem. Casestudien gir, med unntak av i en kommune, få eksempler på dårlige arbeidsforhold i de kommersielle sykehjemmene. Noen framhever at sykefraværet er lavere hos de private kommersielle og oppgir ulike grunner til det. Hovedtillitsvalgte, noen av informantene fra kommuneadministrasjonen og også to ledere av kommersielle sykehjem gir uttrykk for at det at ansatte har opplevd eierskifte i kontraktperioden, og at nye anbudsrunder må organiseres når kontrakter går ut, er belastende.

I intervjuene kom vi også inn på Adecco-saken i 2011, der Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn i sykehjem som var driftet av Adecco. Tilsynet viste flere alvorlige brudd på arbeidsmiljøloven. Informantene forteller at det sterke mediefokuset som ble satt på private kommersielle sykehjem etter tilsynet, førte til at kommunene ble mer oppmerksomme på å kontrollere at arbeidsmiljøloven og relevante avtaler og overenskomster blir overholdt i de private kommersielle institusjonene. Enkelte av kommunene i casestudien avdekket brudd og fulgte opp med sanksjoner.

7.5 Påvirkes ideelle sykehjem?

Ideelt drevne sykehjem har egne driftsavtaler med kommunene og påvirkes ikke direkte av konkurranseutsetting. Ideelle berøres imidlertid direkte av konkurranseutsetting når de ønsker å komme inn på «omsorgsmarkedet» med nye tilbud og konkurrere om å drifte kommunale sykehjem som kommunen har lagt ut til konkurranse. Informantene i casestudien og informanten fra Virke Ideell forteller at ideelle har problemer med å komme inn på disse markedene fordi lønn og spesielt pensjonsutgifter ofte er høyere hos dem enn hos kommersielle virksomheter. Enkelte av informantene gir også uttrykk for at de kommersielle er mer profesjonelle i tilbudslagingen til anbudskonkurranser. Ideelle har i liten grad deltatt i konkurransene når kommunene legger ut sykehjem på anbud.

Reduksjonen som har funnet sted de siste tiårene i antall sykehjem som driftes av ideelle, ser ikke ut til at kan forklares med at ideelle har tapt anbudskonkurranser.

De har ikke inngått i anbudskonkurranser. En studie som har undersøkt religiøst forankrede virksomheter innen helse- og sosialsektoren i en 25-årsperiode, peker på at nedgangen kan skyldes forhold som at institusjoner har blitt overført til kommuner, ofte etter ønske fra eieren eller fra kommunen. Studien viser også at ideelle har lagt ned sykehjem fordi det har oppstått uenigheter om hvor mye kommunen skal dekke av utgifter til vedlikehold av sykehjemsbyggene som eies av ideelle.

De ideelle sykehjemmene som har driftsavtaler påvirkes altså ikke direkte av konkurranseutsetting. Både informanten fra Virke Ideell og lederne i de fire ideelle sykehjemmene sier imidlertid at kommunenes anbudsprosesser og bruk av private kommersielle sykehjem har betydning for deres sykehjemsdrift. Det blir sagt at kommunene følger opp sykehjemmene – både de satt ut på anbud og sine egne – mer detaljert og kontrollerende enn tidligere. Det økte søkelyset på økonomi, som knyttes til kontrollsystemer, oppleves som problematisk og som å gå utover kvaliteten på tjenestene. Informantene gir også uttrykk for at de er bekymret for framtiden, og at de ikke helt vet hva de har foran seg.

7.6 Befolkningens holdninger

I holdningsundersøkelsen som er gjennomført i befolkningen, svarer litt over halvparten at de foretrekker å motta hjemmesykepleie eller sykehjemsplass fra kommunen. En av ti foretrekker ideelt driftede tjenester, og to av ti foretrekker at tjenestene driftes av private kommersielle. De resterende vet ikke hva de skal svare, eller svarer at det ikke spiller noen rolle hvem som drifter tjenestene. Det forutsettes i spørsmålene at det offentlige finansierer tjenestene uansett hvem som drifter dem. Dersom informantene hadde blitt spurt om de er villige til selv å betale for privat hjemmesykepleie eller en privat sykehjemsplass, ville sannsynligvis færre valgt private fordi dette dreier seg om svært dyre tjenester.

Det er likevel et stort flertall av befolkningen (73 prosent) som svarer at de er villige til selv å betale for praktisk hjelp, utover praktisk hjelp som gis fra kommunen, om de ikke er i stand til å utføre oppgavene selv.

Når vi sammenligner svar fra ulike deler av befolkningen, ser vi at det er størst andel yngre, personer med høy utdanning, ansatte i privat sektor, bosatte i kommuner med høyt innbyggertall og Høyre- og Fremskrittsparti-velgere som svarer at de foretrekker hjemmesykepleie og sykehjem driftet av private kommersielle tilbydere. Vi ser en klar sammenheng mellom holdninger til og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmesykepleie og spørsmål om oppslutning om velferdsstaten. Informanter som foretrekker de private kommersielle, gir uttrykk for en lavere oppslutning om velferdsstaten.

7.7 Mye omdiskutert, men lite kartlagt

Det er på bakgrunn av de undersøkelsene og kartleggingene som er gjort i Norden, ikke mulig å konkludere om private kommersielle tilbydere drifter sykehjem med bedre eller dårligere kvalitet, enn kommunale og også ideelle sykehjem. Kartleggingene er ikke gode nok. Det kan være ulike grunner til det. For det første er det metodisk utfordrende. Konkurransetsetting og private kommersielle tilbydere er også et politisk betent område. En tredje grunn kan være at det vil påføre kommunene ytterligere utgifter dersom de skal bruke mer ressurser til å få gjennomført bedre kartlegginger når de konkurransetsetter. Selv om det er metodisk utfordrende er det mulig å utvikle bedre kvalitetsmål, og sammenligne mer systematisk tjenester som driftes av ulike leverandører, og på tvers av kommuner, enn tilfellet er i dag.

Dersom vi ser til land som USA, Canada og Australia, som har lang erfaring med kommersielle aktører i sykehjemsbransjen, foreligger det en omfattende forskningslitteratur om effekter av eierskapsformer (Harrington 2013, Comondore et al. 2009 & Hilmer et al. 2005). I USA er det utviklet et kvalitetsrapporteringsystem på overstatlig nivå, og sammenligninger basert på målinger av samme kvalitetsindikatorer legges ut offentlig på internettsider. Tilsyn er også langt mer vanligere og systematisert enn i Norge. Alle sykehjemmene får direkte tilsyn minst en gang i året. Charlene Harrington (2013) har på bakgrunn av data som er hentet inn fra offentlige tilsyn nylig gjort en sammenligning av 16 000 sykehjem over hele USA over en femårsperiode. I studien sammenlignes kvalitet etter eierform. Undersøkelsen viser at de kommersielle sykehjemmene har lavere andel sykepleiere og lavere total bemanning enn de ikke kommersielle sykehjemmene. De store kommersielle kjedene kommer også dårligst ut med flest mangler og avvik. Funn i Harringtons studie støtter opp om andre undersøkelser. Det er gjennomført tre store litteraturgjennomganger om ulike eierskapsformer og kvalitet. Alle tegner det samme bildet. Sykehjem som driftes av kommersielle aktører gir dårligere kvalitet (Comondore et al. 2009, Hilmer et al. 2005, Davis et al. 1991)

Har amerikanske, canadiske og australske erfaringer overføringsverdi til norske forhold? I følge Anders Kvale Havig er det, til tross for en mer aktiv og kontrollerende velferdsstat i Norge, vesentlige likheter. Store multinasjonale kjeder står bak de fleste kommersielle sykehjemmene i Norge og USA. Prinsippet er i følge Havig det samme for disse selskapene uavhengig av hvilket land de selger tjenester i, nemlig at en kommersiell aktør som driver et sykehjem har som intensjon å ta ut en profit. I forbindelse med et doktorgradsarbeid har han analysert regnskapene til 21 norske sykehjem og sett på hvordan kommersielle aktører kan hente ut en eventuell profit (Havig 2013). Analysen viser at det er vanskelig å kutte kostnader på andre områder enn de ansattes betingelser, dvs færre sykepleiere, lavere grunnbemanning, mer bruk av kortvakter og lavere pensjonskostnader. I følge informantene fra NHO henter ikke private kommersielle profit fra sine sykehjem i Norge. Det er imidlertid flere ulike

måter som de kommersielle aktørene kan hente ut profitt på, blant annet ved kjøp av interne tjenester. Det er også blitt hevdet at enkelte kommersielle sykehjem velger å ikke ta ut årlig profitt, men heller ta ut en profitt ved videresalg (Havig 2013). Til sammenligning med USA, Canada og Australia foreligger det lite forskning på de private kommersielle selskapene i Norge og Norden. Det er behov for mer forskning på hvordan disse selskapene opererer i land med en sterk velferdsstat, og omfattende reguleringer av forholdet mellom partene i arbeidslivet.

I kontrakter som inngås mellom norske kommuner og leverandører avtales det at tjenester skal leveres med høy kvalitet, etter noen gitte kvalitetsindikatorer, og det stilles krav til at arbeidstakerforhold skal ivaretas etter lov og avtaleverk. Det fremkom i case studien av de fem kommunene, at kommunene i for liten grad følger opp og kontrollerer at løvnader i kontrakter holdes. Det er derfor også vanskelig å konkludere om ansatte ivaretas på en like god måte i private kommersielle sykehjem, som i kommunale eller ideelle sykehjem. Også på dette området er det behov for mer systematisert oppfølging og kartlegging i den enkelte kommune, og sammenligninger på et mer overordnet nivå mellom kommuner.

Gjennomgangen av forskningslitteraturen i Norge og Norden, og casestudien i de fem kommunene viser også at det brukes for lite ressurser på å fremskaffe det totale kostnads bildet for kommuner når de konkurransesettes. I stor grad settes det fokus på innsparinger ved å sammenligne drift mellom sykehjem som driftes av ulike leverandører. Disse ses ikke opp mot de samlede utgiftene kommunene har til anbudsprosesser, utforming av egne tilbud, kontraktoppfølging og utforutsette hendelser og eierskifte i kontraktsperioder. Det er også påpekt flere feilkilder i sammenligninger som er gjort av driftsutgifter til private og kommersielle sykehjem.

Til slutt. Det er påfallende at det til tross for at konkurransesetting og kommuners bruk av private kommersielle driftere av sykehjem og hjemmetjenester får mye oppmerksomhet i offentligheten, og i den politiske debatt, ikke gjennomføres bedre, mer systematiske og omfattende kartlegginger av kvalitet, samlede kostnader og arbeidsvilkår i kommunene, og på overkommunalt nivå.

Litteratur

- AgendaKaupang (2011). Vurdering av effekter ved innføring av private leverandører i hjemmetjenesten. Utført for Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (nå Helseetaten).
- Alsos, K. et al. (2012). *Kampen om vikarene. Arbeidskraftstrategier i kommunesektoren*. Fafo-rapport 2012:06. Oslo: Fafo.
- Angell, O. H. (2011). *Kyrkja som velferdsaktør. Religiøst forankra institusjonsverksamhet i helse- og sosialsektoren: Institusjonsdiakonien i Noreg*. Rapport 2011/1. Diakonhjemmet Høgskole.
- Arfwidsson, J. & Westerberg, J. (2012). *Profit Seeking and the Quality of Eldercare*. Master Thesis in Accounting and Financial Management. Stockholm School of Economics.
- Berge, Ø., Christensen, J., Dølvik, J. E., Fløtten, T., Hippe, J. M., Kavli, H. & Trygstad, S. (2009). *De nordiske modellene etter 2000 – en sammenliknende oppsummering*. Fafo-notat 2009:11. Oslo: Fafo.
- Berge, Ø. M. et al. (2011). *Skaff oss dem vi trenger. Om arbeidskraftstrategier og forebygging av sosial dumping i helse og omsorg*. Fafo-rapport 2011:20. Oslo: Fafo.
- Blåka, S., Tjerbo, T. & Zeiner, H. (2012). *Kommunal organisering 2012*. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. NIBR-rapport 2012:21. Oslo: NIBR.
- Bogen, H. (2011). *Privat drift av omsorgstjenester. Gjennomgang av nyere forskning*. Fafo-notat 2011:22. Oslo: Fafo
- Bogen, H. & Nyen, T. (1998). *Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner*. Fafo-rapport 254. Oslo: Fafo.
- Bogen, H. & Seip, Å. A. (2009). *Holdninger til offentlig sektor*. Fafo-rapport 2009:09. Oslo: Fafo.
- Brevik, I. & Schmidt, L. (2005). *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. NIBR-rapport 2005:17. Oslo: NIBR.

- Comondore et al. (2009). *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis.*
- Davis et al. (1991). *On nursing home quality: A review and analysis.*
- Djuve, A. B. & Fløtten, T. (2012). Folkets røst. Upublisert presentasjon fra LO Stats Kartellkonferanse på Gol 2012.
- Gautun, H. (2003). *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre.* Fafo-rapport 420. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien.* Fafo-rapport 2012:05. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. & Hagen, K. (2010). How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? *Community Work & Family.*
- Gautun, H., Grødem, A. S. & Hermansen, Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg? utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere.* Fafo-rapport 2012:62. Oslo: Fafo.
- Gustavsson, R. Å. & Szebehely, M. (2007). Privat och offentlig äldreomsorg – svenska omsorgsarbeters syn på arbetsmiljö och politisk styrning. *Socialvetenskaplig tidskrift, 1.*
- Harrington, C. (2013). Sammenhenger mellom ulike eierskapsformer og kvalitet i sykehjem. Foredrag på konferansen «Hva skjer når sykehjemmet privatiseres?», NOVA 8 mai 2013.
- Harrington, C. et al. (2012). *Nursing staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies.*
- Harrington, C. et al. (2011). *Ownership, financing, and management strategies of the ten largest for-profit nursing home chains in the United States.*
- Hartman, L. (red.) (2011a). *Konkurrensens konsekvenser. Hva håndterer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Hartman, L. (2011b). Privatiseringar i välfärden har inte ökat effektiviteten. *Dagens Nyheter* 7.9.11.
- Havig, K. A. (2013). Kostnadsstrukturen til norske sykehjem. Hvor kan kommersielle aktører eventuelt hente ut profit? Foredrag på konferansen «Hva skjer når sykehjemmet privatiseres?», NOVA 8 mai 2013.

- Havig, K. A. (2013). Kommersielle aktører og sykehjem. Foredrag på folkemøte i Kvinherad kommune 28.05.
- Herning, L. (2012). *Konkurransetsatte sykehjem i Norge*. Notat. For velferdsstaten.
- Hilmer et al. (2005). *Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association?*
- Houg, T. (1996). «Takk, bare bra ...?» *Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem*. Fafo-rapport 200.
- Kommunal (2012). Vägval välferd. <http://www.kommunal.se/KommunalSE/Avdelningar/%c3%96st/Dokument/Pressisar/V%c3%a4gval%20V%c3%a4lf%c3%a4rd%20printversion.pdf>
- KREVI (2011). *Frit valg i eldreplejen*. Århus: KREVI.
- Müller-Nilssen, M. (2010). «...og bedre skal det bli?» *Et empirisk basert studie av kvalitet og effekter av konkurranse innenfor Oslo kommunes sykehjemssdrift*. Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Universitet i Oslo, Det teologiske fakultet.
- NHO Service (2012). *Status for valgfrihet i eldreomsorgen i Skandinavia*.
- Oslo kommune, Helseetaten (2011). Brukertilfredshet blant beboere i sykehjem i Oslo kommune 2011. Utført av Synovate.
- Oslo kommune, Kommunerevisjonen (2011). *Sykehjemsetatens oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår i sykehjem driftet av kommersielle aktører*. Rapport 09/2011.
- Osloeconomics (2013). *Sykehjemssdrift i Oslo – effekten av konkurranse*. Utarbeidet for NHO Service. Oslo: Oslo Economics.
- Parmsund, M. et al. (2009). *Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg. En jämförelse mellan anställda inom landsting, kommun och privat sektor i Stockholms län*. Rapport 2009:24. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Petersen, O. H. et al. (2011). *Effekter ved udlicitering af offentlige opgaver. En forsknings-basert gennemgang af danske og internationale undersøkelser fra 2000-2011*. AKF-rapport. København: AKF.
- PwC et al. (2011). Public procurement in Europe. Cost and effectiveness. Rapport til EU-kommisjonen. Samarbeidsavtale om leveranser av helse- og omsorgstjenester 2012: <http://www.virke.no/dav/b3cd14436d.pdf>
- Seip, A. L. (1994). *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Sirona Health Solutions (2012). Kvalitetsskillnader inom äldreomsorgen baserat på regiform. Presentasjonsmateriale 22.10.12
- Slagsvold, B. (1995). *Mål eller mening: om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Norsk Gerontologisk Institutt.
- Socialstyrelsen (2013). *Stimulansbidrag LOV – delrapport 2013*.
- Socialstyrelsen (2012). *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? En jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre*. Stockholm.
- Stokke, T. Aa. (1999). *Organisasjons- og tarifforhold ved konkurranseutsetting, selskapsdannelser og privatisering i Danmark og Sverige*. Fafo-notat 1999:15. Oslo: Fafo.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Erfarenheter av konkurrensetsättning. En forskningsöversikt*.
- Szebhely, M. (2011). Insatser för äldre och funksjonshindrade i privat regi. I L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Trondheim kommune, Kommunerevisjonen (2012). *Brudd på arbeidstidsbestemmelsene innen helse- og velferdsområdet*. Rapport 2/2012-F.
- Udbudsrådet (2011). *Barrierer for privat virksomhed på det sociale område – plejeboliger, botilbud og opholdssteder*. København.
- Aardal, B., Høstmark, M., Lagerstrøm, B. O. & Stavn, G. (2007). *Valgundersøkelsen 2005. Dokumentasjon- og tabellrapport*. Rapporter 2007/31. Oslo: Statistisk sentralbyrå 2007.

Appendix

Vedlegg 1 Intervjuguide casestudien i de fem kommunene

- Informanten
- Utbredelse konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester
- Utbredelse brukervalg ordninger
- Utforming av anbudsdokumenter og kommunens egne tilbud
- Hvilke avtaler som inngås
- Hvordan kommunene følger opp de private tjenestene og institusjonene
- Kostnadseffektivitet i tjenesteproduksjonen
- Transaksjonskostnader og kostnader til oppfølging
- Kvaliteten på tjenestene
- Ansattes lønns - og arbeidsforhold
- Hvordan ideelle påvirkes av konkurranseutsetting og inntreden av private kommersielle tilbydere
- Samhandlingsreformen og konkurranseutsetting og bruk av private kommersielle tilbud

Vedlegg 2 Spørreskjema: Holdningsundersøkelsen i befolkningen

God kveld, mitt navn er *? agentname, og jeg ringer fra Respons i forbindelse med en meningsmåling vi gjennomfører. Jeg vil gjerne snakke med en i husstanden som er over 18 år.

HVIS FLERE: Da vil jeg gjerne snakke med den som sist hadde fødselsdag.

NÅR RETTE VEDKOMMENDE ER I TELEFONEN

(Gjenta presentasjon). Har du 6-7 minutter til å svare på noen spørsmål?

1. Dersom det var stortingsvalg i morgen, hvilket parti ville du da stemme på?

IKKE LES!

1: Rødt

2: SV

3: Arbeiderpartiet

4: Senterpartiet

5: Venstre

6: KrF

7: Høyre

8: Frp

9: Pensjonistpartiet

10: Miljøpartiet De Grønne

94: Andre__NOTER

95: Vil ikke stemme

96: Ikke sikker

97: Vil ikke si

98: Har ikke stemmerett

3. Dersom du skulle få behov for å få langvarig hjelp av hjemmesykepleie, hvem ville du foretrekke å få slik hjelp fra?

LES OPP 1-3

1: Offentlige, kommunale tjenester

2: Frivillige/veldedig, finansiert av det offentlige

3: Kommersielle, finansiert av det offentlige

4: Det spiller ingen rolle

5: Ikke sikker

4. Dersom du skulle få behov for en sykehjemsplass, hvem ville du foretrekke å få slik hjelp fra?

LES OPP 1-3

1: Offentlige, kommunale tjenester

2: Frivillige/veldedig, finansiert av det offentlige

3: Kommersielle, finansiert av det offentlige

4: Det spiller ingen rolle

5: Ikke sikker

5. Vil du være villig til å betale for tjenester fra private utover den praktiske hjelpen fra kommunen, dersom du ikke er i stand til å utføre oppgavene selv?

1: Ja

2: Nei

3: Ikke sikker

6. Er du enig eller uenig i følgende utsagn.

a) Vi har gått for langt med sosiale reformer her i landet.

LES OPP 1-4

1: Helt enig

2: Delvis enig

3: Delvis uenig

4: Helt uenig

5: Ikke sikker

b) Folk burde i større grad enn nå klare seg uten sosiale trygder og bidrag fra samfunnet.

c) De sosiale reformene som har blitt gjennomført bør opprettholdes i minst samme omfang som nå.

d) Her i Norge har vi kommet langt nok i å redusere økonomiske forskjeller

e) Forskjellene i nordmennenes økonomiske evne er fortsatt så store at myndighetene må se det som en hovedoppgave å minske dem.

f) Mange offentlige aktiviteter kunne blitt utført både bedre og billigere, hvis de ble overlatt til private

7. Behovet for eldreomsorg ser ut til å øke i årene som kommer. Hvordan bør man dekke kostnadene ved det økte behovet for eldreomsorg?

LES OPP 1-3

1: De eldre bør selv betale noe mer for tjenester de mottar

2: Skatter bør økes noe og brukes til eldreomsorg.

3: En større andel av de offentlige midler bør brukes til eldreomsorg, men uten å øke skattene

4: Ikke sikker

8. Kan du tenke deg å betale mer skatt om pengene går til helse- og omsorgstjenester?

1: Ja

2: Nei

3: Ikke sikker

9. Til slutt noen bakgrunnsspørsmål:

Hvilket år er du født?

10. Hvor mange års utdanning utover grunnskolen har du?

DERSOM DE IKKE HAR UTDANNING UTOVER GRUNNSKOLEN,
SETT DET PÅ «INNTIL 3 ÅR»

1: Inntil 3 år

2: 4-6 år

3: Mer enn 6 år

11. Er du yrkesaktiv? I tilfellet, arbeider du i offentlig eller privat sektor?

1: Offentlig sektor

2: Privat sektor

3: Ikke yrkesaktiv

12. Kjønn

1: Mann

2: Kvinne

Konsekvenser av konkurranseutsetting

I denne rapporten belyser vi konkurranseutsetting og kommunenes bruk av private kommersielle sykehjem og hjemmetjenester. Dette er et område som får mye oppmerksomhet i offentligheten og i den politiske debatten. En hovedkonklusjon i vår studie er at det til tross for dette ikke gjennomføres gode og systematiske kartlegginger av kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår i kommunene eller på overkommunalt nivå.



Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2013:24
ISBN 978-82-324-0013-3
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20314