Morgendagens omsorgsutfordringer

– behov for en velferdsmiks

Utvalgsrapport

ARBEIDSGIVERFORENINGEN SPEKTER

NHO Service og Handel

Forord

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene, med demografiske endringer, større krav til tjenestetilbudet og knapphet på helse- og omsorgspersonell. Oppgavene framover er så store at hele «samfunnsmaskineriet» trengs om vi skal lykkes med å gi gode tjenester også i framtida.

Dette er bakgrunnen for at Arbeidsgiverforeningen Spekter og NHO Service og Handel sammen har oppnevnt et utvalg som har fått i oppdrag å vurdere hvordan vi på best mulig måte kan møte utfordringene gjennom en kombinasjon av ulike tilbydere, både kommunale, private og ideelle. Hvordan kan kommunene utnytte de mulighetene som ligger i en «velferdsmiks» med ulike tilbydere og hvilke forutsetninger må ligge til grunn for at det skal gi best mulig omsorgstjenester også i framtida? Dette har vært utgangspunktet for utvalgets arbeid.

Utvalgets mandat har vært å legge fram anbefalinger om hvordan offentlige, private og ideelle aktører sammen kan bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og kvalitetsutvikling i sektoren. Utvalget skal vurdere kapasitets- og kvalitetsutfordringen, vurdere nye innovative løsninger, nye samspillsmodeller mellom kommunale, ideelle og private aktører, og vurdere tiltak med utgangspunkt i at aktørene sammen skal bidra til å løse omsorgsutfordringen.

Utvalget er med hensikt satt sammen av erfarne personer med forskjellig faglig og politisk bakgrunn. Det er derfor naturlig at utvalgets medlemmer vektlegger de forskjellige sider ved forholdet mellom offentlig og private og ideelle ulikt. I denne rapporten er det lagt mest vekt på å få frem de hovedtemaene det kan være enighet om, på tross av ulike politiske ståsteder.

Utvalget står sammen om at det offentlige skal ha hovedansvaret både for styringen, finansieringen og driften av velferdstjenester. Utvalget står også samlet bak rapportens vurderinger av hvordan kommunene i sine velferdsstrategier kan ivareta brukernes behov gjennom en kombinasjon av ulike aktører og virkemidler som alle har sine styrker og svakheter. Målet for landets mange kommunepolitikere må være å finne ut hva som i den enkelte kommune er den beste sammensetting av tjenestetilbudet med tanke på behovsdekning, kvalitet og effektiv ressursbruk.

Utvalget har innenfor mandatets rammer hatt full faglig frihet. Innholdet i rapporten står for min og utvalgets regning.

Mars 2019

Jan Grund

Professor emeritus
OsloMet og utvalgsleder

Innhold

	Forord	**3**
1.	**Bakgrunn og sammendrag**	**6**
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Utvalgets oppnevning, sammensetting og mandat	9
1.3	Utvalgets forståelse av mandatet	11
1.4	Forholdet til regjeringens ekspertutvalg	12
1.5	Sammendrag	12
2.	**Utfordringsbildet**	**16**
2.1	Den demografiske utfordringen	17
2.2	Den økonomiske utfordringen	25
2.3	Kommunenes utfordringer	27
2.4	Oppsummering – flere eldre, økonomisk utfordring og mangel på arbeidskraft	32
3.	**Tjenestetilbudet**	**34**
3.1	Hva slags tjenester trenger vi?	35
3.2	Trenger vi private og ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester?	38
3.3	Forutsetninger for at private og ideelle skal kunne være en del av løsningen	54
3.4	Hvordan ta i bruk private og ideelle – sørge-for-ansvaret og bestillerfunksjonen	57
3.5	Oppsummering – behov for en velferdsmiks	66

4. Anbefalinger **68**

4.1 Innovative velferdsstrategier med fokus på læring 69
4.2 Klarhet i roller og ansvar 70
4.3 Alternative samarbeidsformer mellom kommunale, ideelle og private aktører 70
4.4 Mer forsøk- og forskningsvirksomhet 71
4.5 Videreutvikling av kvalitetsindikatorer 72
4.6 Rammebetingelser for private og ideelle – behov for retningslinjer 72
4.7 En helhetlig og sektorovergripende politikk 73
4.8 Behov for tverrpolitiske løsninger 73

Kilder/litteratur **74**

01. Bakgrunn og sammendrag

1.1 Bakgrunn

Det norske samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. Vi får et aldrende samfunn fordi etterkrigskullene nå blir gamle og fordi levealderen øker og fødselstallene er blitt lavere. Dagens og morgendagens eldre lever lenger, og mange har både 20 og 30 år som pensjonister foran seg. Det blir derfor flere eldre, det blir en høyere andel eldre i befolkningen og det blir flere av de eldste eldre med komplekst og sammensatt sykdomsbilde med store behov for helse- og sosialtjenester. Den demografiske utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for de fleste av samfunnets institusjoner, sektorer og markeder, og vil kreve nye løsninger og skape endringer på en rekke områder.

Både staten og kommunene må forberede seg med analyser, planer og tiltak for hvordan den demografiske utvikling med den aldrende befolkning bør håndteres. Prinsippet om lokalt selvstyre gir kommunene stort ansvar og stor frihet til å innrette tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og prioriteringer, forutsatt at de oppfyller Stortingets krav til tilgjengelighet og kvalitet. Tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå skal støtte kommunene. Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring har vært et krav i helse- og omsorgstjenesteloven siden 2012.

Demografiske endringer, nye brukergrupper med større krav til tjenestetilbudet og en medisinsk teknologisk utvikling som gir mer avansert og kostnadskrevende behandling som vil føre til at flere lever med kroniske sykdommer, stiller det politiske Norge overfor store utfordringer. Det vil bli knapphet på både helse- og omsorgspersonell og penger, og det vil bli krevende å utforme en felles politikk for å sikre de eldre tilstrekkelig hjelp når det trengs. Det er *kombinasjonen* av den demografiske og den økonomiske utfordring som vil gjøre omsorgspolitikken til et stadig mer krevende politikkområde. I stortingsmeldingen *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)) er det mange konkrete eksempler på hvorfor omsorgsutfordringene blir store og hvordan tilstanden kan bli bedre, men det foretas ingen omfattende analyse av hvordan utfordringsbildet bør håndteres. Hvordan skal kommunene i praksis håndtere det store presset som vil komme på både kvalitet i og finansiering av omsorgstjenesten i hele landet? Hva er de kritiske suksessfaktorer for å få det til? Endringer i bosettingsmønstret fører til at presset vil bli ekstra sterkt i distrikter med en høy andel eldre og der det er vanskelig å rekruttere fagpersonell.

«Dagens og morgendagens eldre lever lenger, og mange har både 20 og 30 år som pensjonister foran seg.»

I årene framover kommer ikke det politiske Norge utenom samfunnsøkonomiske realiteter, det vil si strengere prioritering av offentlige midler og økt oppmerksomhet om effektiv ressursbruk. Kommunene må på samme tid håndtere krav fra et økende antall omsorgstrengende eldre med at alle sektorer må ta konsekvensene av at veksten i offentlig utgifter vil bli lavere. Det blir færre som skal bære økte pensjonskostnader. Behovet for økte utgifter til omsorg og helse kommer omtrent samtidig med at olje- og gassindustrien vil bidra mindre i vekstkraften i økonomien og det norske næringsliv må få flere ben å stå på. Norske regjeringer må dempe veksten i oljepengebruken og tilpasse offentlig sektor til kravet om en grønnere økonomi. Hvem som skal behandle de syke og gi tjenester til de omsorgstrengende, vil bli en stadig større utfordring. Hver femte sysselsatte i fastlandsøkonomien arbeider i dag i helse og omsorg (i stat og kommune) og det er lagt fram prognoser som antyder at nærmere hver tredje ungdom i framtiden må utdanne seg til helse- og sosialarbeider for at vi skal håndtere økningen i antall eldre og holde standarden på dagens omsorgsnivå. Som helseminister Bent Høie sa det i sykehustalen i januar 2019:

«Hvis vi ikke endrer måten vi jobber på, må halvparten av alle nye arbeidstakere måtte bli helsepersonell frem mot 2040. Det er hverken ønskelig, mulig eller bærekraftig.» (Høie 2019).

Det er bred enighet om at vi skal føre en politikk med ambisiøse mål på omsorgsområdet. Oppslutningen om en solidarisk finansiert helse- og omsorgstjeneste står sterkt i Norge. Det er tverrpolitisk enighet om at det skal være godt å bli gammel i Norge og at verdier som likhet, trygghet og kvalitet skal være sentrale for våre velferdstjenester. Utfordringen er å få det til innenfor begrensede økonomiske og personellmessige rammer. Med de demografiske og økonomiske utfordringer landet står overfor er det viktig at vi får en god debatt om hvordan velferdsstatens bærekraft skal håndteres. Alle gode krefter må delta i arbeidet med å gjøre Norge til et økonomisk, et miljømessig og et sosialt bærekraftig samfunn, preget av tillit som selve limet i samfunnet, som får systemene og institusjonene til å fungere. For å få en formålsrettet bruk av ressurser på ulike politikkområder, kreves det kunnskaper og bevisst styring og ledelse som gir rom for innovasjon og fleksibilitet. Utformingen av politiske tiltak og spilleregler vil alltid bygge på en blanding av «harde» fakta, vitenskapelig materiale og mer «skjønnsmessige og verdiorienterte» vurderinger. Tiltakene må også utformes ut fra lokale behov og prioriteringer.

For å få til en god politikk på omsorgsområdet trenger vi best mulig fakta, analyser og diskusjoner både om utfordringsbildet og om styrker og svakheter ved alternative måter som kommune Norge kan møte utfordringene på. Det er spesielt tre forhold som bør håndteres når en kommune skal utforme sin velferdsstrategi:

- Hva slags tjenester har kommunens innbyggere behov for?
- Hvordan skal tjenestene organiseres?
- Hvem skal levere tjenestene?

Undersøkelser viser at det ved moderate omsorgsbehov er bedre for de eldre (og billigere for kommunene og samfunnet) at de bor hjemme og nyttiggjør seg av hjemmebaserte omsorgstjenester. Eldre bør få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig, og få hjelp til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt. Ved stort omsorgsbehov kan institusjonene være både beste og billigste løsning. En utfordring for kommunene er å finne den riktige balansen mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstilbud.

Et viktig (politisk) spørsmål er hvilken rolle private og ideelle velferdsleverandører bør spille i omsorgspolitikken. Det er tverrpolitisk enighet om at det offentlige skal ha hovedansvaret både for styringen, finansieringen og driften av velferdstilbudet. Det er imidlertid også lange tradisjoner for private og ideelle leverandører av helse- og sosialtjenester som har arbeidet på egen hånd eller etter avtale med det offentlige. Framveksten av den norske velferdsstaten er særlig knyttet til den tette relasjonen mellom ideelle organisasjoner og det offentlige. I den senere tid har også nye private aktører etablert seg innen omsorgsfeltet. Private og ideelle virksomheter driftet i 2017 ca. 10 prosent av virksomheten i omsorgssektoren. Det er grunn til å regne med at flere private aktører vil etablere seg innenfor dette feltet når vi blir flere eldre. Det er derfor en viktig oppgave for det politiske Norge å ta en debatt om hvordan private og ideelle aktører kan bidra for å nå omsorgspolitiske mål.

Sett i relasjon til de store omsorgsutfordringer som det politiske Norge må håndtere allerede fra midten av 2020-tallet, når de store etterkrigskullene blir 80 år, er det viktig at debatten i større grad dreier seg om hvordan vi skal møte de kommende utfordringene.

1.2 Utvalgets oppnevning, sammensetting og mandat

Dette utvalget ble nedsatt av Arbeidsgiverforeningen Spekter og NHO Service og Handel for å få en rapport som gjennom fakta og eksempler viser hvordan den demografiske utviklingen vil øke behovet for omsorgsoppgaver i årene framover, og hvordan disse utfordringene eventuelt kan håndteres ved et «omsorgsløft» slik barnehageforliket i sin tid var et velferdsløft for å sikre nok barnehageplasser. I bakgrunnsnotatet for nedsettelsen av utvalget trekkes det fram at en sentral suksessfaktor ved barnehageforliket var at «private aktører ble trukket med for å løse fellesskapets oppgaver». På omsorgsområdet er det imidlertid vanskelig å få til en like konstruktiv debatt om forholdet mellom ulike velferdsleverandører, fordi den politiske debatten har vært for mye preget av polarisering og ikke av den «ånd» som lå til grunn for barnehageforliket.

Utvalgets medlemmer er oppnevnt i kraft av sin brede faglige og politiske erfaring. Medlemmene deltar som privatpersoner, ikke på vegne av politiske partier eller institusjoner.

Utvalget har bestått av:



Jan Grund
(utvalgsleder)
Professor emeritus OsloMet

Tidligere prorektor Handelshøyskolen BI, rektor Høgskolen i Akershus og leder av forskjellige regjeringsoppnevnte utvalg og ulike lederstillinger i statsforvaltningen.

Foto: Helene Dannevig



Kristin Clemet
Daglig leder i Civita

Tidligere utdannings- og forskningsminister, viseadministrerende direktør i Næringslivets Hoved-organisasjon, arbeids- og administrasjonsminister og stortingsrepresentant for Høyre.

Foto: Agnete Brun



Bjarne Håkon Hanssen
Partner i Kruse Larsen

Tidligere statsråd i Landbruksdepartementet, Arbeids- og inkluderings-departementet og Helse- og omsorgsdepartementet, stortingsrepresentant for Arbeiderpartiet og fylkes-ordfører i Nord-Trøndelag.

Foto: Espen Solli



Sverre Molandsveen
Kommunikasjonsdirektør OsloMet

Tidligere rådgiver for Venstre i Storting og regjering, og avdelings-direktør i NHO. Han har også vært leder i Unge Venstre.

Foto: Sonja Balci / OsloMet



Marit Brandt Lågøyr
Daglig leder i Agenda Rådgiving

Tidligere seniorrådgiver i byrået Zynk Communication & Leadership. Hun har 10 års erfaring fra Stortinget, blant annet som personlig rådgiver for tidligere partileder i KrF. Hun har også vært styreleder i Blå Kors Norge.

Foto: Elen Sonja Klouman



Finn Egil Holm
Direktør, administrasjon og samfunnskontakt Vestre Viken HF

Tidligere fylkesdirektør i Vestfold fylkeskommune, assisterende rådmann i Drammen kommune, generalsekretær og stabssjef i Frp.

Foto: Vestre Viken HF

Utvalget har gjennom arbeidet hatt et fast sekretariat: Linn Pettersen, Stig Grydeland og Svend Dahl. I tillegg har Gudrun Grindaker bidratt i arbeidet.

Utvalget har fått et tydelig mandat ved at det sies «Med utgangspunkt i den demografiske utviklingen og det framtidige omsorgsbehovet skal utvalget legge fram anbefalinger om hvordan offentlige, ideelle og private aktører sammen kan bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og kvalitetsutvikling i sektoren. Utvalget skal vurdere kapasitets- og kvalitetsutfordringen, vurdere nye innovative løsninger, nye samspillsmodeller mellom kommunale, ideelle og kommersielle aktører, og vurdere tiltak med utgangspunkt i at aktørene sammen skal bidra til å løse omsorgsutfordringen.»

1.3 Utvalgets forståelse av mandatet

Utvalget har tolket mandatet slik at vår jobb er å lage en rapport som kan gi innspill til diskusjonen om hvordan det politiske Norge skal håndtere den dramatiske demografiske endringen landet står overfor, med den aldrende befolkningen. For å svare best mulig på mandatet har utvalget lagt stor vekt på å lage en «faglig forsvarlig» analyse av utfordringsbildet. Det å stille en riktig «diagnose» er avgjørende for å velge riktig «behandling». I politikken er det ofte slik at forslaget til en politisk løsning blir problemet, hvis problemet ikke er forstått.

En nødvendig forutsetning for å klare å bryte opp den polariserte debatten om samspill og samarbeidsformer i omsorgspolitikken, er at det kan etableres enighet om at oppgavene framover virkelig er så store at hele «samfunnsmaskineriet» trengs om vi skal håndtere utfordringene. Vi har lagt særlig vekt på å få fram hvilke krav som må stilles til det framtidige tjenestetilbudet for at kommunene skal klare å tilby et forsvarlig tjenestetilbud for den aldrende befolkningen. Med utgangspunkt i disse kravene vurderer vi *om* private og ideelle aktører bør være en del av løsningen ved å bidra til den kommunale tjenesteytingen, og hvilke forutsetninger det eventuelt krever. Mandatet trekker en parallell til barnehageforliket. Utvalget har vurdert dette og ser at det er likhetstrekk, men erfaringene med barnehageforliket viser at det var hovedfokus på kapasitet i starten, deretter har det blitt mer fokus på kvalitet. Innen omsorg vil det være behov for virkemidler som bidrar til både kapasitet og kvalitet.

Rapporten belyser sentrale utfordringer og behov for å bygge ut kompetanse og kvalitet i omsorgssektoren. Dette kunne også vært diskutert i et bredere perspektiv enn kun det som gjelder bruk av private og ideelle aktører, det vil si hvordan kommunene kan utvikle sin egen driftsorganisasjon. Utvalget har forstått det slik at mandatet er avgrenset til å vurdere eventuell bruk av private og ideelle aktører, ikke en vurdering av kommunenes egen drift.

Rapporten avsluttes med noen anbefalinger om hva som kreves for at norske kommuner skal klare å utvikle velferdsstrategier med den rette miks av velferdstjenester fra ulike tilbydere. Anbefalingene dreier seg dels om forhold som kommunene selv har ansvar for, dels om forhold som berører kommunale og statlige virkemidler, og dels om forhold som de ulike leverandørene selv i stor grad kan ta tak i. Utvalget er klar over at dette ligger litt utenfor mandatet, men mener at man på den måten får plassert anbefalingene innenfor en helhetlig ramme. Utvalget har lagt spesiell vekt på å få fram forutsetningene for at

kommunene kan bli gode bestillere av velferdstjenester. Det er valgt å lage en kort, men forhåpentligvis grundig nok rapport til at drøftingene underbygger konklusjonene. Utvalgets ønske er at det blir debatt både om det utfordringsbildet som er skissert og de anbefalinger som legges fram.

1.4 Forholdet til regjeringens ekspertutvalg

Stortinget anmodet i 2017 «regjeringen om å sette ned et offentlig utvalg som skal kartlegge pengestrømmer i offentlig finansierte velferdstjenester, herunder handel mellom nærstående, bruk av skatteparadis, tynnkapitalisering og utbytte. Utvalget skal foreslå løsninger som kan sørge for at offentlige midler i størst mulig grad går til produksjon av faktisk velferd, og hvordan uønsket skattetilpasning i selskap som i all hovedsak er finansiert av offentlige midler, kan hindres». Med utgangspunkt i den anmodningen nedsatte regjeringen høsten 2018 et ekspertutvalg under ledelse av professor Kåre Hagen, for å utrede dette spørsmålet. I mandatet for det regjeringsoppnevnte utvalget heter det blant annet:

«Det overordnede målet for regjeringen i velferdssektoren er å tilby befolkningen gode velferdstjenester av høy kvalitet. Et viktig virkemiddel i denne sammenheng er å la offentlige velferdstjenester suppleres av private tilbydere, både kommersielle og ideelle. Regjeringen mener at både offentlige, ideelle og private virksomheter skal levere offentlig finansierte velferdstjenester».

«Regjeringen legger til grunn at offentlige midler til kjøp av tjenester fra private eller ideelle virksomheter skal gå til kostnadseffektiv tjenesteproduksjon av høy kvalitet». Utvalget skal levere første delrapport oktober 2019 som skal kartlegge om offentlige midler faktisk går til produksjon av velferd og kartlegge og analysere reguleringer overfor velferdsleverandører. I den andre delrapporten oktober 2020 skal det legges fram forslag til bedre bruk av private aktører.

Den foreliggende rapporten må sees som et innspill til det mer omfattende arbeid det regjeringsoppnevnte utvalg skal gjennomføre.

1.5 Sammendrag

I *kapittel 2* beskrives de sentrale utviklingstrekkene i årene fremover, blant annet basert på Perspektivmeldingen, Statistisk Sentralbyrås (SSB) befolkningsframskrivinger og kartlegginger foretatt av KS. Hovedkonklusjonen er at:

- I 2060 blir det dobbelt så mange over 70 år, og tre ganger så mange over 80 år (i forhold til 2018). Endringene blir særlig merkbare fra 2025 og utover, da fyller de store etterkrigskullene 80 år.
- Det er store variasjoner mellom kommunene med hensyn til demografisk utvikling. Noen utkantkommuner vil ha en aldersbæreevne under 2, det vil si to yrkesaktive pr. pensjonist.
- De demografiske endringene innebærer at norske kommuner kan ha behov for om lag 30 000 nye heldøgns omsorgsplasser

innen 2030. Hvis alt dette skulle dekkes med sykehjem/omsorgsboliger, så ville investeringskostnadene være nærmere 100 mrd. kroner. Mye av dette vil måtte dekkes med hjemmebaserte tjenester.

- Norske kommuner har behov for om lag 38 000 nye årsverk innen helse- og omsorg allerede innen 2028.

Samtidig varsles det trangere økonomiske tider. Offentlige utgifter vil overstige inntektene fra og med 2030, og gapet vil øke med 5 mrd. kroner, hvert år. Det vil også få konsekvenser for kommuneøkonomien.

Kompetanse er allerede i dag en av hovedutfordringene til kommunene. De er pålagt nye oppgaver, blant annet gjennom samhandlingsreformen. Dette krever økt kompetanse og spesialisering. Samtidig er det vanskelig å rekruttere nødvendig arbeidskraft, ikke minst i de små kommunene.

Kommunene vil stå overfor en stor økonomisk utfordring og en stor arbeidskraftutfordring. Utfordringene er så store at det må diskuteres om og hvordan de private og ideelle aktørene kan være en del av løsningen.

I *kapittel 3* vurderes krav og behov i fremtidens omsorgstjenester, og om og hvordan kommunene kan bruke private og ideelle tilbydere som en del av tjenestetilbudet.

For at kommunene i fremtiden skal tilby best mulige omsorgstjenester mener utvalget det er viktig med tjenester som kan bidra til:

- Innovasjon og utvikling av nye arbeidsformer
- Å løse kapasitetsutfordringen.
- God/rett kvalitet på tjenestene
- Integrert bruk av velferdsteknologi
- Valgfrihet for brukerne
- Sømløshet og bedre samhandling

Det er i lys av disse behovene kommunene bør vurdere bruk av private og ideelle når de skal utforme sine velferdsstrategier. De private og ideelle kan bidra til:

- Innovasjon og nye arbeidsformer. Et system med flere ulike aktører gir mangfold, og med det muligheter for innovasjon og utvikling av nye arbeidsformer til nytte for alle tjenesteleverandørene, også de kommunale.

- Kapasitet. Norge har en lang tradisjon med private og ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester, og omfanget er i dag betydelig. De private og ideelle tjenesteleverandørene kan bidra med kapasitet.

- Kapital. De private og ideelle har rammebetingelser, beslutningsrom og kapitaltilgang som gjør det mulig å kunne bidra.

- Kvalitet. Mangfold og konkurranse kan bidra til effektivisering, innovasjon og kvalitetsheving. Både mellom leverandørene, men også med overføringsverdi til kommunene.

- Økt bruk av velferdsteknologi vil avhjelpe utfordringene ved at det åpner for helt nye måter å levere tjenester. Mange private og ideelle aktører har tatt i bruk ny teknologi, og har kompetanse og erfaringer som kan være nyttig også for kommunene.

- Valgmuligheter. Det å sette brukeren i sentrum innebærer også å gi brukerne valgmuligheter. Bruk av private og ideelle bidrar til dette.

Det er noen viktige forutsetninger som må ligge til grunn for at bruk av private og ideelle skal være en del av løsningen:

- ordnede lønns- og arbeidsvilkår
- åpenhet rundt kvalitet, bemanning, økonomi og eierskap
- konkurransemekanismer som hindrer unormalt høye overskudd

Det som er viktig for skattebetalerne og brukerne av ulike tjenester er ikke om det offentlige gjør alt selv eller får hjelp av private/ideelle til å løse en bestemt oppgave, men at ressursene brukes effektivt, at behovene dekkes og at det skjer kontinuerlige forbedringer. Det må utvikles gode systemer og prosedyrer som bidrar til at tjenestene har god kvalitet og at det skjer læring og innovasjon.

Hovedkonklusjon er at kommunene i sine velferdsstrategier bør vurdere hvordan brukernes behov kan ivaretas ved en kombinasjon av ulike aktører, dvs. en velferdsmiks.

Det er ikke gitt at det er hensiktsmessig med en velferdsmiks i alle kommuner. Det må vurderes ut fra lokale behov og forhold.

For å sikre en balansert og helhetlig velferdsmiks er det spesielt viktig at kommunenes bestillerfunksjon stadig videreutvikles. Gjennom gode samspillsformer mellom kommunene og kommunale, private og ideelle leverandører kan det skapes strukturer og kulturer preget av et *partnerskap* som bidrar til innovasjon, mangfold, kvalitet og valgfrihet i tjenestene. Valg av anskaffelsesstrategier og anbudskonkurranser må bidra til kvalitetsheving, ikke kun bli en teknikk for å redusere pris. Bestiller må tenke helhetlig om hva som er den beste sammensetning av tilbudet, med tanke på behovsdekning, kvalitet og effektiv ressursbruk.

I *kapittel 4* gir utvalget noen ytterliggere anbefalinger og forutsetninger som understøtter kommunenes muligheter til å lage velferdsstrategier med den rette miks av velferdstjenester fra kommunale, private og ideelle tilbydere. Anbefalingene dreier seg dels om forhold som kommunene selv har ansvar for, dels om forhold som berører kommunale og statlige virkemidler og dels om forhold som de private og ideelle aktørene selv i stor grad kan ta tak i. Avslutningsvis peker vi på noen overordnede politiske forhold som bør vurderes. Samlet betyr dette at utvalget kommer med anbefalinger på åtte områder:

Innovative velferdsstrategier med fokus på læring

Utvalget mener det bør etableres flere læringsarenaer der private og ideelle aktører også deltar, sammen med kommunale tilbydere.

Norske kommuner bør vurdere bruk av private og ideelle aktører som et ledd i en innovasjons- og læringsstrategi.

Utvalget mener at man bør styrke støtten til innovasjonsanskaffelser i kommunene på helse- og omsorgsfeltet, og tilrettelegge for læring og støtte for at innovasjonene skal komme flere kommuner til gode.

Klarhet i roller og ansvar

Kommunene bør tydeliggjøre skillet mellom de to rollene som tjenesteleverandør og sørge-for-ansvarlig (bestiller). Det er i den siste rollen kommunene bør vurdere hvordan private og ideelle aktører kan inngå i det samlede tjenestetilbudet.

Alternative samarbeidsformer mellom kommunale, ideelle og private aktører

Utvalget vil spesielt trekke frem betydningen av å utvikle innovasjonspartnerskap mellom kommunene og tjenesteleverandører. Flere kommuner har tatt i bruk denne nye anskaffelsesprosedyren for anskaffelser fra leverandører av velferdsteknologi o.l. Innovasjonspartnerskap bør også i større grad vurderes ved kjøp av omsorgstjenester.

Utvalget ser bestillersamarbeid mellom mindre kommuner som et viktig virkemiddel for å kunne bruke private og ideelle aktører i omsorgssektoren.

Mer forsøk- og forskningsvirksomhet

Skal den lokale helse- og omsorgstjenesten bli en likeverdig partner med spesialisthelsetjenesten, må den bli likestilt med hensyn til både forskning, forsøk og fagutvikling. Som et ledd i dette bør det også forskes nærmere på erfaringer med bruk av private og ideelle tilbydere.

Videreutvikling av kvalitetsindikatorer

Utvalget støtter anbefalingene fra Riksrevisjonen om flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er videre viktig at det er åpen informasjon om kvalitet på institusjonsnivå for sykehjem og virksomhetsnivå for hjemmebasert omsorg. Kvalitetsundersøkelsene bør være presentert på en slik måte at den har verdi også for brukere, pårørende og allmenheten. Dette bør gjelde for alle tjenesteleverandører, kommunale, private og ideelle.

Rammebetingelser for private og ideelle – behov for retningslinjer

I rapportens kapittel 3 beskrives kritiske forutsetninger (ordnede lønns- og arbeidsvilkår, åpenhet om økonomi, eierskap og kvalitet, samt effektiv ressursbruk) for at private og ideelle skal være en del av tjenestetilbudet.

Utvalget vil anbefale at aktørene selv, eller organisasjoner som representerer dem, vurderer utvikling av et sett med retningslinjer for private og ideelle velferdsaktører, som berører disse temaene.

En helhetlig og sektorovergripende politikk

Det er behov for en helhetlig politikk innenfor omsorgsfeltet. Det er også behov for en sektorovergripende tilnærming, hvor omsorgspolitikken i større grad ses i sammenheng med andre politikkområder.

Behov for tverrpolitiske løsninger

Det bør arbeides for et «omsorgsforlik» om virkemiddelbruken, som flertallet av politisk partier kan stille seg bak.

02
Utfordringsbildet

Som nevnt i kapittel 1 er det viktig å analysere utfordringene før det diskuteres forslag til løsning. I dette kapitlet beskrives de kommende utfordringene i omsorgssektoren. Det dreier seg om forhold som påvirker etterspørselen etter tjenester, ressursene vi kan forvente å ha til rådighet og finansieringsgrunnlaget for tjenestene. Dette er demografiske endringer og økonomiske utviklingstrekk, som på makronivå begynner å bli godt kjent. Vi vil her kort beskrive de mest sentrale utviklingstrekkene, blant annet basert på Perspektivmeldingen, SSBs befolkningsframskrivinger og kartlegginger foretatt av KS. Det som er mindre kjent og forstått er konsekvensene denne utviklingen har for de det gjelder, for de enkelte kommunene, for brukere og pårørende.

Utfordringsbildet for kommunen er sammensatt, og dreier seg om mer enn demografi og økonomi. Det skal utvikles tjenester til en brukergruppe med økende forventninger til innholdet tilbudet, og til sømløse tjenester på tvers av forvaltningsnivåer. Dette er nærmere berørt i kapittel 2.3.

2.1 Den demografiske utfordringen

2.1.1 Eldrebølgen

Den demografiske utviklingen og «eldrebølgen» er etter hvert kjent for de fleste. Vi blir eldre, vi blir flere eldre, og det blir færre i yrkesaktiv alder pr. pensjonist. Det er historisk at vi nå har fire generasjoner som lever samtidig, og to av disse generasjonene kan defineres som eldre (Kåre Hagen).

Det som er mindre kjent og forstått, er når det treffer, konsekvensene, og med hvilken kraft dette treffer oss både som samfunn og enkeltpersoner, både yngre og eldre.

Flere eldre – dobbelt så mange over 70 i 2060

I følge befolkningsframskrivingene som SSB la frem i 2018[1] blir det dobbelt så mange over 70 år, tre ganger så mange over 80 år, og mer enn fire ganger flere over 90 år frem mot 2060. I 1950 var bare 8 prosent av befolkningen 67 år og over. I dag er andelen nesten 15 prosent.

1 SSB – Befolkingsframskrivningene 2018

Boks 2.1

Omsorgssektoren er en stor sektor i kraftig vekst

I 2018 var det nær 142 800 årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene omtrent blitt fordoblet. Til sammenligning var det om lag 114 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2018 (SSB tabell 11924/09547).

Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredeler av årsverkene til institusjonsomsorg, og en tredel til hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand). I dag er det hjemmetjenestene som utfører flest årsverk.

Brutto driftsutgifter innen omsorg for kommunene er om lag 122 mrd. (2018). I tillegg kommer driftsutgifter til kommunehelsetjenester på i underkant av 19 mrd. kroner, dvs totalt over 141 mrd. kroner (SSB tabell 12367).

Det var i underkant av 283 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester pr. 31. desember 2017. Av disse hadde nær 190 000 personer vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Over 50 000 personer mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn og støttekontakt. Nær 33 000 personer hadde vedtak om langtidsopphold i institusjon, og 9 359 personer hadde vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon. Tallene viser videre at nær to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. (Helse- og omsorgsdepartementet Prop. 1 S (2018–2019))

I årene framover, når de store etterkrigskullene blir pensjonister, vil denne andelen øke ytterligere, til nesten 18 prosent i 2030 og 21 prosent i 2050.

Ifølge SSBs hovedalternativ vil det mot slutten av 2030-tallet for første gang være flere eldre (>65 år) enn yngre (< 20 år) i Norge.[2]

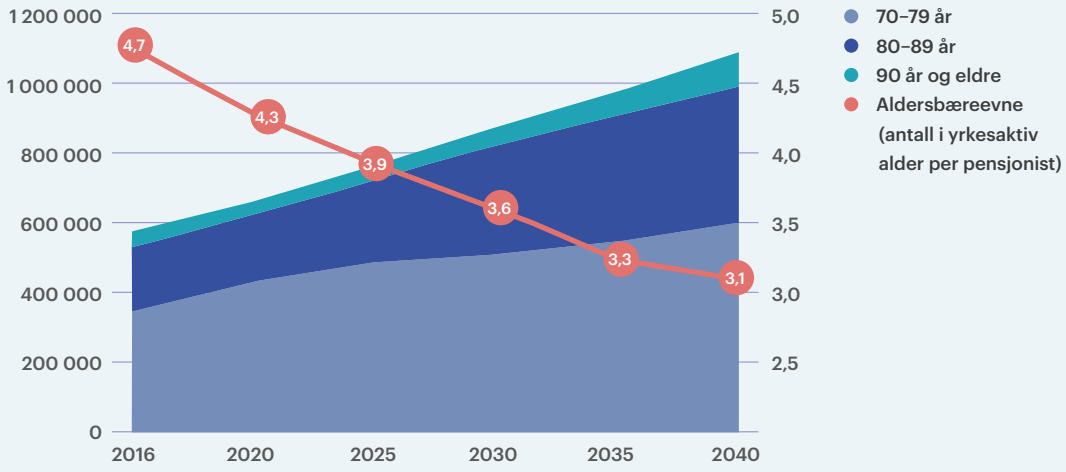
De eldre lever lenger

Vi har nylig passert 1 000 hundreåringer i Norge. En ti-dobling siden 1986. Forventet levealder ved fødsel i 2018 er 84,4 år for kvinner og 81,2 år for menn. Frem til 2060 vil forventet levealder ved fødsel stige til 90,3 år for kvinner og 88,4 år for menn (hovedalternativet i SSBs befolkningsframskriving 2018).

2 SSB-rapport 2017/32 – Framtidens eldre i by og bygd

Figur 2.1

Framskrevet folkemengde og aldersbæreevne, 2016–2040



Kilde: SSB/KS

Laveste fruktbarhet som er målt i Norge

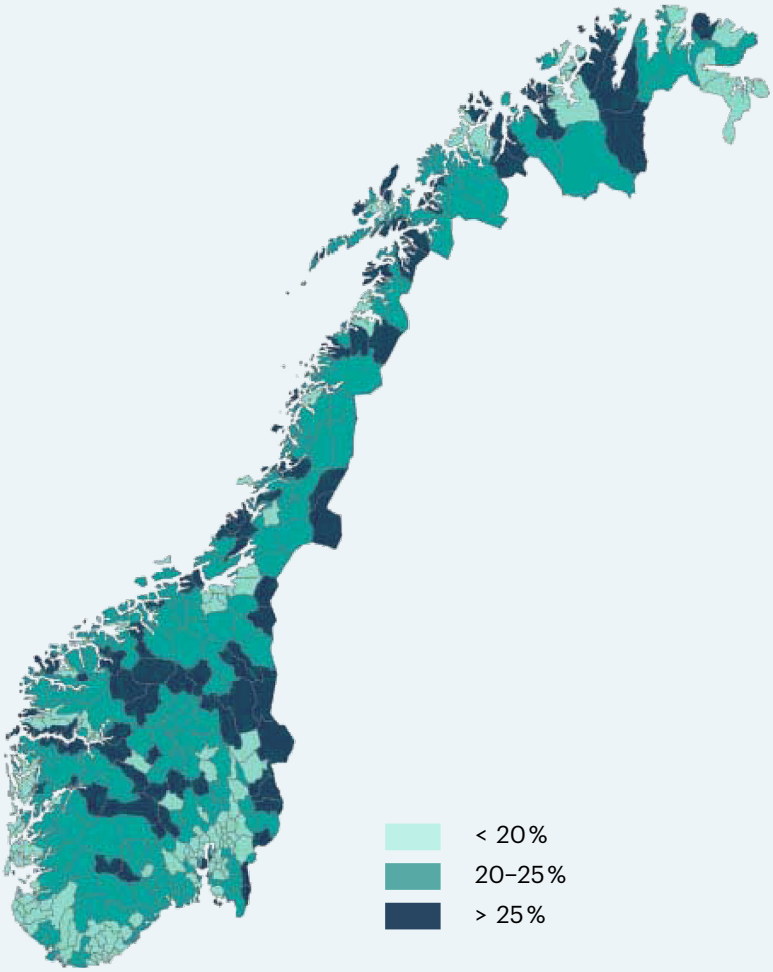
Så langt har Norge vært forskånet fra konsekvensene av eldrebølgen på grunn av relativt høye fødselstall. Det ble født 55 120 barn i 2018, vel 1 500 færre enn året før. Dette ga et samlet fruktbarhetstall på 1,56 barn pr. kvinne – det laveste som er målt i Norge noen gang.[3] Det er kanskje dette som er hovedproblemet med den demografiske utviklingen. Det er ikke bare at det blir mange flere eldre, men at det ikke fødes nok barn. Vi mangler en «yngrebølge». Det er en europeisk trend hvor andre land har en verre situasjon enn Norge, men hvor det ser ut til at vi vil få de samme utfordringene.

Ola Storeng i Aftenposten uttrykte det slik da Perspektivmeldingen ble lagt frem i 2017: «*Aller*

3 SSB – Fruktbarhetstall, 04232.

Figur 2.2

Andel av befolkningen som er 70 år eller mer i 2040



Kilde: SSB
Kartdata: Kartverket

viktigst i et langt perspektiv er hvordan vi skal få mine barnebarn til å ønske seg flere barn enn sine foreldre. For det er dit vi må til slutt. Først da vil tidevannet slutte å stige.»

Lavere aldersbæreevne

Det at vi får flere eldre er ikke et problem i seg selv. Problemet er forholdet mellom antall eldre og antall yrkesaktive. Aldersbæreevne er et uttrykk for hvor mange det er i yrkesaktiv alder per pensjonist. I 2016 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder pr. eldre. Det reduseres til 3,6 i 2030 og 2,9 i 2050. (Se figur 2.1)

Distriktene mest utsatt

«I 2040 vil hver tredje person i Loppa, Beiarn, Bindal, Vanylven og Engerdal være 70 år, mens tilsvarende i Oslo vil være hver åttende person.» *(SSB forsker Astri Syse, 2018)*

En økt sentralisering, særlig av yngre, er en trend som har foregått over en svært lang tidsperiode og som det kan være vanskelig å snu. SSBs framskrivinger forutsetter derfor at denne trenden vil fortsette fram mot 2040. Dette innebærer at det vil bli stadig flere eldre relativt til antall yngre i distriktene framover. Dette forsterkes av at der det bor få eldre, bor de eldre som har høyest utdanning og best økonomi, men der det blir mange eldre bor de eldre som har lavest utdanning og svakest økonomi.[4]

I følge SSB vil bare 12 prosent av Oslos befolkning være 70 år eller mer i 2040, mens hver tredje person vil være 70 år eller eldre i enkelte distriktskommuner. I Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane, Telemark og Nordland vil det være færre enn to personer i yrkesaktiv alder (20–64 år) per eldre (65 år eller mer). (Se figur 2.2)

Dette skyldes en sentralisering som har pågått over flere år. Unge flytter inn til byene, de eldre blir igjen i distriktene.

Dette vil bli en utfordring både for personellsituasjonen, og for den økonomiske verdiskapningen i distriktene.

Det treffer oss i 2025

Så langt har eldrebølgen vært noe som kommer «en gang i framtiden», og som vi egentlig ikke har behøvd å forholde oss til. 2050 er «etter vår levetid» for mange av oss, og det er ikke minst etter den fireårshorisonten mange politikere legger til grunn for sine politiske vedtak.

Det er ulike syn på hvor hardt «eldrebølgen» vil ramme oss. «Framtidens eldre vil leve lenger og de vil ha flere friske leveår. Vi må derfor justere aldersgrensen for hvem vi ser på som eldre», mener Sindre Farstad, seniorrådgiver i Pensjonistforbundet.[5]

Andre peker på at alder har stor betydning for utviklingen av sykelighet. Økt antall eldre og en økning i levealder vil gi en økning i antall mennesker som lever med en kronisk lidelse. Sykdom øker med alderen, og eldre har ofte flere sammensatte lidelser enn yngre. Behovet for tjenester vil derfor øke.

4 SSB-rapport 2017/32 – Framtidens eldre i by og bygd
5 Fagbladet Samfunn & Økonomi, 1 2018

Noen hevder at endringene i forsørgerbyrden ikke blir fullt så dramatisk fordi den relative andelen yngre i befolkningen, som også skal forsørges, blir lavere. Det kan høres logisk ut, men hvis vi ser på andelen yngre i befolkningsframskrivingene til SSB, så er den relativt stabil frem mot 2100.

Befolkningsframskrivinger er usikre tall, og utviklingen i blant annet helse, dødelighet og innvandring kan bli endret.

Det er uansett svært sikkert at befolkningsutviklingen er preget av aldring, og at forholdet mellom andelen unge og andelen eldre vil endres vesentlig. Det som også er helt klart er at de store etterkrigskullene når en alder på 80 fra 2025.

I SSBs framskrivinger (2018) konkluderes det med:

«Med mindre helsen blant de aller eldste bedres markant framover, vil dette trolig innvirke vesentlig på oppgaver og utgifter knyttet til helse- og omsorgstjenester framover, da de aller eldste i dag er storforbrukere av helsetjenester, og særlig pleie- og omsorgstjenester. Aldringen av befolkningen vil ta til for alvor fra og med 2030–2035.»

2.1.2 Framtidige behov for omsorgsplasser og tjenester

Med de forutsetninger som er lagt inn i referansebanen til SSB, kan antall mottakere av omsorgstjenester øke med nærmere 25 prosent eller om lag 60 000 mottakere fram til 2030, og i overkant av 80 prosent fram til 2060. Denne veksten kan bli vesentlig høyere dersom andre forutsetninger og utviklingstrekk slår til, for eksempel at tjenestestandarden heves fra dagens nivå. [6]

Behov for langt flere heldøgns omsorgsplasser

– Det er behov for 30–40 000 nye heldøgns omsorgsplasser innen 2030, er budskapet i rapporten *Rom for omsorg*.[7]

– Fortsetter vi som nå, må vi bygge nytt sykehjem hvert annet år, sier rådmann i Stavanger Per Kristian Vareide. *(Kilde: Stavanger Aftenblad 6.10.2018).*

Dette er ett av mange avisoppslag de siste årene som viser at kommunene nå for alvor har begynt å se konsekvensene av eldrebølgen.

I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Men heldøgns omsorgsplasser betyr ikke nødvendigvis sykehjemsplasser. Det har de senere årene vært betydelig utbygging av omsorgsboliger. Det er også en dreining i omsorgspolitikken i retning av mer hjemmebaserte tjenester.

«Heldøgns»-begrepet har vært uklart og brukes i debatten på flere måter. Noen ganger knyttes det til institusjon (sykehjem) og omsorgsboliger. Andre ganger beskriver det tjenestetilbudet uavhengig av boform, det vil si at heldøgns omsorg også kan gis i eget hjem.

6 Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*
7 Rom for omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, 2016

Utvalget har i denne rapporten beskrevet et behov for antall heldøgns omsorgsplasser som et uttrykk for et tjenestebehov, uten å ta stilling i hvor stor grad det skal dekkes gjennom hjemmebaserte tjenester eller institusjonstjenester.

Tall fra KS i 2016 anslo et behov for om lag 22 000 flere heldøgns omsorgsplasser i 2030 enn i 2016, pluss fornyelse av 8 000 eksisterende plasser. Det ga et totalt behov på om lag 30 000 nye heldøgns omsorgsplasser fram mot 2030.[8] Denne framskrivingen ble oppdatert av SSB i forbindelse med Meld. St. 15 (2017–2018) – *Leve hele livet*. Alternative framskrivninger av totalbehovet for heldøgns omsorgsplasser (fra SSB) varierer. Av referansealternativet framgår det at behovet vil kunne øke med nærmere 20 prosent eller om lag 13 000 plasser fram til 2030, og i overkant av 90 prosent fram til 2060. Økningen blir mye større hvis helsetilstanden ikke bedres, hvis standarden heves og hvis levealder øker ytterligere.[9]

I *Rom for omsorg (2016)* ble det konkludert det med at: «En realistisk vurdering av standardheving, levealdersøkning, bedring i helsetilstand, omfang av familieomsorgen mv tilsier det at behovet vil ligge betydelig høyere enn referansealternativet i SSBs framskrivninger. Det peker i retning av behov for en tilvekst på 30–40 000 plasser fram mot 2030.»

Økende kostnader – både til investering og drift

Det ville koste mellom 90 og 100 mrd. kroner å bygge 30 000 nye heldøgns omsorgsplasser.[10] Som nevnt er det en dreining av politikken i retning av mer hjemmebaserte tjenester. Dette vil redusere investeringsbehovet, men det gjenstår å se hvor mye av heldøgns omsorg som kan overføres fra institusjon til hjemmet.

Staten dekker om lag halvparten av investeringskostnadene for sykehjem og omsorgsboliger. Etter dagens tilskuddsmodell fra Husbanken dekkes i gjennomsnitt 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent per omsorgsbolig og 55 prosent per sykehjemsplass. *(Kilde: Husbanken)*

Uansett står kommunene overfor svært store investeringsbehov. I statsbudsjettet for 2019 er det lagt opp til at det skal bygges 1 500 nye plasser.

I tillegg til investeringsbehovene kommer økningen i kommunenes årlige driftsutgifter.

Driftsutgiftene for institusjonsplasser er i gjennomsnitt 1,2 mill. kroner pr plass pr år (*kilde: KOSTRA*). Dette betyr ca. 36 mrd. kroner i økte årlige driftsutgifter for kommunene, hvis de 30 000 plassene skulle bygges ut som institusjonsplasser. Driftsutgiftene for hjemmebasert heldøgns omsorg vil avhenge av brukerens vedtak og boligens utforming, som bestemmer hvorvidt en ansatt kan betjene flere beboere i tilstøtende omsorgsboliger, eller om en eller flere ansatte arbeider hos en bruker hele døgnet (frittliggende bolig). Driftsutgiftene til en plass med 24 timers hjemmebasert omsorg (en til en bemanning) kan være opptil tre ganger så høye som en ordinær sykehjemsplass i institusjon.

8 Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser – fremtidens behov. KS 2016 (Oppdatert i 2018).
9 Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*
10 Tall basert på *Rom for omsorg*, som har beregnet kostnadene for 10 000 plasser til 32 mrd. kroner.

I tillegg kommer alle som skal ha hjelp og tjenester hjemme, som faller utenfor begrepet heldøgns omsorgsplass.

Økning i hjemmebaserte tjenester

I 2017 var det i underkant av 190 000 mottakere av hjemmebaserte tjenester:

- 35 500 hadde bare praktisk bistand
- 90 900 hadde bare hjemmesykepleie
- 63 100 hadde både praktisk bistand og hjemmesykepleie

Hjemmetjenester vil sannsynligvis beslaglegge en økende andel av de samlede ressursene i framtiden, og øker allerede i dag. Kommunene har de siste årene fått en stadig større andel yngre brukere av hjemmebaserte tjenester. I tillegg har en større andel av tjenestene blitt helsehjelp (hjemmesykepleie). SSBs framskrivninger av hjemmetjenestemottakere avhenger av flere forhold: Demografisk utvikling, produktivitetsvekst, brukernes forventning om standard på tjenesten, i hvor stor grad familie/pårørende bidrar i omsorgen og hvorvidt befolkningen får bedre helse i takt med økende levealder (forskjøvet omsorgsbehov). Under deres forutsetninger øker antallet brukere av hjemmetjenester fra ca. 190 000 i 2018 til 330 000 i 2060.[11]

2.1.3 Økende behov for arbeidskraft

Etterspørselen etter pleie- og omsorgsårsverk kan (ifølge referansebanen til SSB) øke med 20 prosent eller om lag 27 000 årsverk fram til 2030, og i overkant av 75 prosent fram til 2060. Dette er en av konklusjonene i *Leve hele livet*, og er basert på SSBs vurderinger av behov for arbeidskraft innen pleie- og omsorg mot 2060.[12] SSB har vurdert ulike scenarier, avhengig av alternative befolkningsframskrivinger og ulike behov for omsorgsplasser.

En «realistisk vurdering» av blant annet standardheving, som legges til grunn i rapporten *Rom for omsorg* (kap. 2.1.2), tilsier et langt høyere årsverksbehov. En standardheving på én prosent – i stedet for nullvekst – vil isolert sett bringe årsverksbehovet opp i over 400 000 i 2060, det vil si en tre-dobling fra 2014.

KS har beregnet behovet for antall årsverk innen ulike deler av kommunal sektor fram mot 2028.[13] Det er store forskjeller i framtidig behov for årsverk mellom sektorene. Den klart største økningen i årsverksbehov forventes innenfor helse/omsorg med vel 38 000 årsverk, fra 144 900 til nærmere 183 300. Dette tilsvarer en økning på 26,5 prosent. (Se figur 2.3)

Ved inngangen til 2018 utgjorde helse- og omsorgssektoren i overkant av 38 prosent av totalt antall årsverk. Frem mot 2028 forventes denne andelen å øke til litt over 44 prosent.

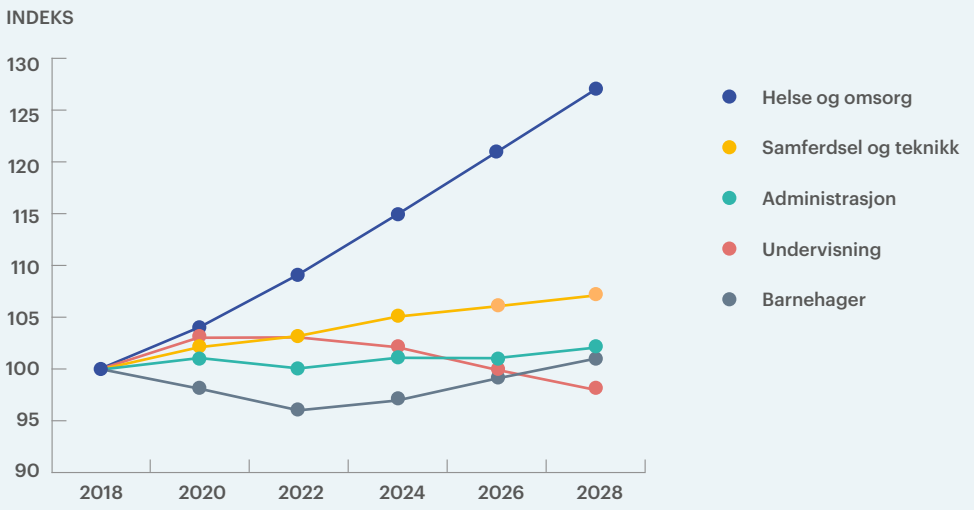
Behovet for årsverk vil mest trolig bli svært ujevnt fordelt mellom kommunene på grunn av de store geografiske forskjellene i befolkningens aldring.

Arbeidskraftutfordringen er felles både for helsesektoren og omsorgssektoren. Det er mange av de samme yrkesgruppene og profesjonene i disse sektorene.

11 SSB tabell 06969
12 Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre* / SSB
13 Rekrutteringsbehov kommunesektoren fram mot 2028 (KS 19.2.2019)

Figur 2.3

Endringer i årsverksbehov per sektor (Indeks: situasjon i 2018 = 100)



Kilde: KS

«Vi kan ikke løse framtidens behov for arbeidskraft i helsetjenesten ved at hver andre nordlending som fødes nå skal arbeide i denne sektoren. Det er ikke bærekraftig for samfunnet», sier Lars Vorland, administrerende direktør Helse Nord RHF (2018).

Det vil være mangel på arbeidskraft i mange sektorer framover. Hvis det rekrutteres for mange inn i helse- og omsorgssektoren, vil dette gå ut over arbeidskraftbehovet i næringslivet, og med det hindre verdiskapingen som igjen skal finansiere velferdsstaten og omsorgssektoren.

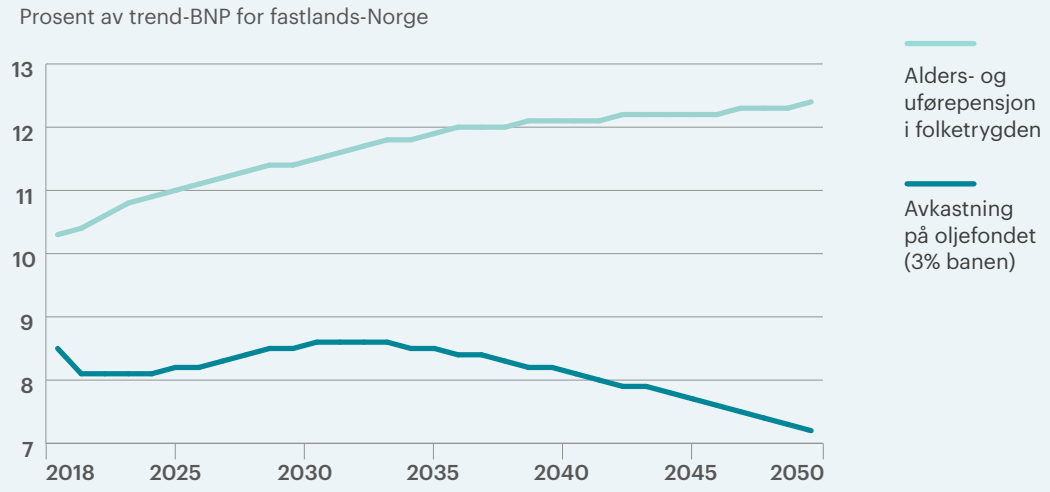
2.2 Den økonomiske utfordringen

Offentlige utgifter øker raskere enn offentlige inntekter fra rundt 2030, Underskuddet vil øke med 5 mrd. kroner hvert år etter 2030.[14] Det betyr 50 mrd. kroner i økende underskudd for hvert tiår fremover, eller 150 mrd. kroner i underskudd i 2060. Dette framtidige gapet mellom offentlige utgifter og inntekter, også kalt «haikjeften», ble opprinnelig illustrert i utredningen om modernisert folketrygd fra 2004.[15]

14 Meld.St.29 (2016–2017) Perspektivmeldingen 2017
15 NOU 2004: 1, *Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida*

Figur 2.4

Budsjettindikatorer. Framtidige pensjonsutgifter og inntekter fra oljefondet



Kilde: Finansdepartementet/NHO

Den viste forholdet mellom framtidige utgifter til alders- og uførepensjon, og statens inntekter fra petroleumsvirksomheten. Dette er senere oppdatert i Perspektivmeldingen. (Se figur 2.4)

De demografiske utfordringene hadde kanskje vært håndterbare med økte petroleumsinntekter, høy produktivitetsvekst og høy avkastning fra pensjonsfond utland, slik vi har hatt i flere år. Det som er kjernen i utfordringsbildet nå er imidlertid at økte kostnader som en følge av demografiske endringer inntreffer samtidig med fallende oljeinntekter, avtakende produktivtetsvekst og lavere avkastning på oljefondet.

Gapet mellom utgifter og tilgjengelige ressurser på helse- og omsorgssektoren anslås til 95 mrd. kroner i 2040.[16] (Oslo Economics 2017). Gapet er med andre ord vurdert som større av Oslo Economics enn det som er lagt til grunn i Perspektivmeldingen. Det kan være forskjellige forutsetninger som påvirker tallene, men konklusjonen er uansett at det går mot trangere økonomiske tider, med lite rom for nye offentlige

16 *Fremtidens helse- og omsorgstjeneste*, Oslo Economics 2017

utgifter. Det oppsummeres slik i Perspektivmeldingen: *«Etterspørselen fra oljevirksomheten har blitt redusert de siste årene, og det er ikke lenger utsikter til store, nye olje- og fondsinntekter som kan fases inn i økonomien. Veksten i produktiviteten har falt betydelig, ikke bare i Norge, men også i landene rundt oss. Avkastningen i fondet ventes å bli lavere enn før. Andelen i arbeidsdyktig alder ventes å falle. Det kan legge en demper på den økonomiske veksten og øke presset på offentlige finanser»*.

2.3 Kommunenes utfordringer

I tillegg til de utfordringene som følger av de overordnede demografiske og økonomiske utviklingstrekkene, er det flere andre dilemmaer og utfordringer kommunene står overfor i sitt tjenestetilbud.

2.3.1 Økte forventninger og behov

Ulike og mer komplekse behov

Eldre har svært ulike behov for tjenester og det er stor usikkerhet rundt utviklingen av sykdom og funksjonsevne i denne delen av befolkningen. Forebygging og systematisk arbeid med folkehelsetiltak vil kunne bedre helsen hos eldre, og dempe, men ikke fjerne det økte behovet for tjenester. Med økende alder øker behovet for tjenester. Brukerbehovene vil bli mer komplekse, samtidig som forventningene til kommunen øker. De mange brukergruppene med svært ulike behov, trenger differensierte bo- og tjenestetilbud.

Økte forventninger

Den økende private velstanden i den norske befolkning gir også økte forventninger og krav til de offentlige velferdstilbudene. Brukere og pårørende har forventninger om kvalitet i tjenestene, og til at bygninger og utstyr har en viss standard.

Det stilles store krav til at offentlig sektor er omstillingsdyktig, evner fornyelse og tilbyr effektive tjenester. Samtidig vil den økte private velstanden kunne øke etterspørselen etter private tilbud og tilleggstjenester. Vi ser en økende etterspørsel etter medisinske behandlingsalternativer og valgfrihet.

Kommunenes økonomi tilsier at det er begrensinger i tjenestetilbudene. Mange brukere og pårørende ønsker seg tilgang på flere tjenester og tilbud om flere timer, enn det som er mulig.

Krav til nye bo- og driftsformer – bo hjemme

Gjennom mange år har det vært en dreining av tjenester fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Denne trenden vil sannsynligvis forsterkes. Innbyggerne ønsker å bo i egen bolig så lenge som mulig, også med store funksjonshemminger og ulike hjelpebehov. Dette krever fleksibilitet og nytenking om boligutforming. Hvordan boliger og bo-områder utformes har konsekvenser for bemanningsbehovet.

Forventninger om «sømløse» tjenester

Særlig for brukere som bor i eget hjem med store helseproblemer og hjelpebehov, er opplevelsen av fleksibilitet, sammenhengende tjenester og kontinuitet viktig. Uavhengig av hvilke tjenester man får, forventes det «sømløshet», det vil si at overganger mellom tjenestene og nivåene oppleves som sikre og gode.

«Norske kommuner har behov for om lag 38 000 nye årsverk innen helse- og omsorg allerede innen 2028.»

2.3.2 Prioritering mellom ulike grupper og områder

Det har vært en sterk vekst i yngre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester de siste tiårene. Mens sykehjem og hjemmetjenester for 30 år siden i hovedsak var eldreomsorg, var nær 40 prosent av de vel 355 000 som mottok helse- og omsorgstjenester gjennom året i 2016 under 67 år (Leve hele livet). Vi vil se en fortsatt økning i yngre tjenestemottakere (under 67 år) innen pleie- og omsorgssektoren, med store og komplekse behov. Veksten i pleie- og omsorgsbehov i den yngre befolkning utfordrer kommunenes prioriteringer. Gruppen alvorlig psykisk syke og rusavhengige er også økende, med tilhørende behov for tilrettelagte boliger og ulike tjenester. Forventninger til tjenester og nivå på tjenestene er høyere hos de under 67 år, jf. blant annet veksten i brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Kommunene har også ansvar for mange andre oppgaver enn helse og omsorg. Krav til bemanningsnormer innen områder som skoler og barnehager gjør at store midler i praksis vil være øremerket til disse områdene. Dette begrenser kommunenes handlingsrom og mulighet for prioritering. Som det er påpekt i NOU 2018:16 – *Det viktigste først: «Mens spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere innen helsetjenesten, må kommunene både prioritere mellom sektorer og innen de enkelte områdene i helse- og omsorgstjenesten.»*

Når kommunens økonomi er presset og det er flere om ressursene, kan det være vanskelig å prioritere eldreomsorgen eller vanskelig å ha tilstrekkelig høye ambisjoner for eldreomsorgen.

2.3.3 Store forskjeller mellom kommuner

Norske kommuner har svært ulik struktur, geografi, størrelse, økonomi, sammensetning av innbyggere, arbeidsmarked, næringsliv og kompetanse.

Andelen eldre varierer

Endringer i demografi og befolkningssammensetning vil slå svært ulikt ut i kommunene. Det økte behovet for tjenester som følger av utviklingen av antall eldre, vil være en utfordring for alle kommuner, men utfordringen kan bli størst i en del distriktskommuner.

Mange kommuner vil måtte håndtere fraflytting og en aldrende befolkning. Noen kommuner merker det i dag, og er blitt «fraflyttingskommuner». I enkelte distriktskommuner (Engerdal, Loppa mfl.) er det anslått at det vil være en person i yrkesaktiv alder pr. pensjonist i 2040.

Andre kommuner vil ha stor tilflytting og befolkningsvekst og må kunne håndtere store investeringskostnader og økende behov for tjenester.

Store forskjeller i kapasitet og kompetanse

Utfordringsbildet vil bli for komplekst til å løse for mange kommuner alene.

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder kapasitet og kompetanse til å levere/yte gode velferdstjenester. Forskjellene vil forsterkes med befolkningsutviklingen. Det vil bli mangel på kompetanse og sannsynligvis blir muligheten til å rekruttere en av de største utfordringene. Også i dag er det kommuner som har store rekrutteringsproblemer og problemer med å løse de pålagte oppgavene.

Ulik økonomisk situasjon

Det er store krav til effektivitet og tjenester i kommunene. Inntektssystemet innebærer at den økonomiske situasjonen i kommunene er ulik. De økonomiske rammene oppleves begrenset. Undersøkelser viser at der hvor inntektene er høye, er også kostnadene til helse- og omsorg høye. Det er sammenheng mellom inntektsnivå og forbruk.

2.3.4 Samhandlingsreformen gir økt press på kommunale tjenester

Prinsippet om at oppgaver og tjenester legges på laveste mulige effektive nivå har vært lagt til grunn for oppgavefordeling. Det har på flere fagområder skjedd en gradvis overføring av ansvar og oppgaver til kommunene.

Samhandlingsreformen har synliggjort behovet for robuste, store og brede fagmiljøer. Med samhandlingsreformen er det overført ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Reformen har økt presset på de kommunale tjenestene, spesielt når det gjelder økonomi og kompetanse. Reformen har blitt en drivkraft i fagutvikling og bidratt til utvikling av sterke fagmiljøer. Samtidig opplever mange kommuner at spesialisthelsetjenesten fremdeles sitter med definisjonsmakten og at det er sykehusenes behov som i for stor grad bestemmer utviklingen.

Det kan også nevnes at spesialisthelsetjenesten i dag anskaffer rehabiliteringstjenester som på sikt også skal overføres til kommunen.

2.3.5 Mer statlig detaljstyring og rettighetsfesting

De siste tiårene er kommunene tillagt flere oppgaver gjennom særlover og statlige retningslinjer, spesielt innen utdannings- og helse- og omsorgsområdet. Innen hjemmesykepleie/hjemmebaserte tjenester er det også blitt en betydelig sterkere rettighetsfesting for brukere, herunder bruk av BPA. Dette er ment å skulle sikre innbyggerne rettssikkerhet og tjenester. Når flere og flere brukere får rettigheter, reduseres det kommunale folkevalgte handlingsrommet, og kommunene får ytterligere prioriteringsutfordringer.

Hvis utviklingen går i retning av ytterligere rettighetsfesting og detaljstyring, kan kommunene få begrensede muligheter til selv å utvikle tjenestene til brukernes og kommunenes behov fremover.

2.3.6 Varierende kunnskap om og bruk av velferdsteknologi

«Velferdsteknologi må i større grad tas i bruk for å øke kvaliteten på tjenestene», er et av budskapene i den nye regjeringserklæringen. Den teknologiske utviklingen vil bety mye for utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Teknologi kan gjøre innbyggerne og brukerne mer selvhjulpne, redusere behovet for bistand, det kan gi smartere planlegging, kvalitetssikring og økt

«I 2060 blir det dobbelt så mange over 70 år, og tre ganger så mange over 80 år. Endringene blir merkbare fra 2025 og utover.»

effektivitet. Teknologi kan også bidra til økt trygghet, økt sikkerhet, sosial deltagelse og mobilitet.

Digitaliseringen kan også bedre sikkerheten ved overganger mellom tjenestenivåene, og det kan redusere ulempene ved store avstander, for eksempel ved hjelp av utstyr som muliggjør virtuelle tjenester.

Det ble i 2013 etablert et Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi. Hovedmålet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Litt over halvparten av kommunene i Norge har prosjekter innen velferdsteknologi, men mange kommuner er ganske uforberedt på å ta i bruk slik teknologi.[17]

Kunnskap om teknologi og mulighetene den gir er svært varierende i de forskjellige kommunene.

2.3.7 Kompetanse, en kritisk faktor

Kompetanse er både den mest kritiske faktoren og samtidig kanskje den viktigste faktoren for fremtidens tjenester.

Det er av mange påpekt at dagens løsninger og arbeidsformer ikke er bærekraftig, spesielt når det gjelder personell og kompetanse. Det vil ikke være nok folk til å gjøre jobben. Det utdannes ikke tilstrekkelig antall sykepleiere og helsefagarbeidere for å yte tjenester til det økte antallet eldre over 80 år. Mange ansatte innen sektoren slutter etter kort tid i jobbene sine. Mange jobber i reduserte stillinger. Fraværet er stort og avgangsalder til pensjon er relativ lav.

Det er helt nødvendig med en langsiktig og omfattende omstillingsprosess som sikrer nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i sektoren når det gjelder faglig tilnærming, organisering og arbeidsformer.

Kommunal sektor er avhengig av tillit og legitimitet. Det fordrer at vedtak og beslutninger er basert på grundige analyser, kunnskap om konsekvenser og kostnader og alternative løsninger. Det fordrer effektivitet, god organisering, tydelige prioriteringer og kompetanse.

2.3.8 Behov for forskning, analyse og planlegging

Flere stortingsmeldinger og offentlige utredninger har pekt på behovet for å styrke og prioritere forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er helt sentralt i forbindelse med at kommunene har fått et større ansvar og flere oppgaver. Kommunene fikk fra 2012 med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, et tydelig ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning innen den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det trengs

17 Velferdsteknologi. Kunnskapsoppsummering, 2017

mer kunnskap om effekter av tiltak, organisering, styring og brukernes behov.[18] I Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, beskrives satsinger på forskning, blant annet regi av Forskningsrådet og Senter for omsorgsforskningen. Målet er å øke omfang og kvaliteten på «et forskningssvakt område som omsorgsforskning har vært».

Det er fortsatt behov for mer forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester. I sluttrapporten fra KSF (Kommunenes strategiske forskningsorgan) fra februar 2019 pekes det på ubalansen i forskningsinnsatsen på dette feltet i forhold til forskningsomfanget innen spesialisthelsetjenesten. «Mens helsekronene er delt 50–50 mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, benyttes bare 10 prosent av forskningsfinansieringen til kommunale helsetjenester», sier Nina Mevold, leder av KSF.

Planlegging og analyser av hvordan man skal dekke det fremtidige behovet for helse- og omsorgstjenester er sentralt. Mange kommuner har kuttet i sentraladministrasjonen, og har derfor begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene, herunder behov, profil på tjenestene og alternativer når det gjelder omsorgsplasser, hjemmetjenester og bemanning. Riksrevisjonen har påpekt at staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen, og at det er arbeidet for lite med lokale analyser og planer.

2.3.9 Manglende kunnskap om kvalitet

Riksrevisjonen har også påpekt at det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen. De mener det gjennomføres få tilsyn og forskes lite på kvalitet. Det etterlyses også flere og bedre kvalitetsindikatorer.

Det finnes noen kvalitetsindikatorer i KOSTRA og Helsenorge.no. Det er få indikatorer og de viser gjennomsnittstall for hver kommune. Tallene sier derfor ikke noe om forskjeller mellom institusjoner. Det gjennomføres også bruker- og pårørendeundersøkelser som publiseres av KS. Det er få kommuner som har gjennomført slike undersøkelser. Oslo kommune er et eksempel på en kommune som har kommet langt i arbeidet med kvalitetsindikatorer og kvalitetsoppfølging.

2.3.10 Antall innvandrere dobles frem mot 2060

Ved inngangen av 2018 var 746 700 innvandrere og 170 000 norskfødte med innvandrerforeldre bosatt i Norge. Dette tilsvarer 17 prosent av befolkningen. SSBs anslår gjennom sine befolkningsframskrivinger en økning i antall innvandrere i Norge til ca. 1,7 millioner i 2060. I dag er den største andelen innvandrere fra EU/EØS-land (hovedsakelig Polen, Litauen og Sverige). I dag er kun 4 prosent av innvandrere i Norge 70 år eller eldre. I 2060 vil denne andelen øke til 25 prosent av innvandrerbefolkningen. Denne delen av befolkningen vil kunne ha andre behov og forventninger til tjenestene. Kommunenes omsorgstjenester må tilrettelegges

18 Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, dokument 3:5 (2018–2019)

slik at også disse brukerne får gode og tilstrekkelige tjenester.

2.3.11 Pårørende en viktig ressurs, men usikkert hva bidraget vil være framover

Pårørendes bidrag utgjør en stor andel av de totale omsorgstjenestene. I Meld. St. 29 (2012–2013) anslås den uformelle omsorgsinnsatsen til 100 000 årsverk, eller ca. 40 prosent av det totale antall årsverk. SSB legger til grunn ca. 90 000 årsverk. Pårørendealliansen vurderer at «Pårørende og familieomsorg gjøres av 800 000 personer og er på rundt 110 000 årsverk, noe som tilsvarer halvparten av all omsorg som ytes».

Omfanget av pårørendes bidrag i fremtiden er usikkert, som beskrevet i Meld. St. 15 (2017–2018) – *Leve hele livet*:

«Det er ingen selvfølge at dette vil vare i tiårene som kommer. Snarere taler både endringer i befolkningens alderssammensetning, familieforhold og bosettingsstruktur for at familiens omsorgsevne kan bli svekket. Dette er en av de mest krevende utfordringene vi står overfor på omsorgsfeltet.»

For kommunene vil det være en stor utfordring hvis pårørende i fremtiden ikke kan bidra med så stor andel av omsorgstjenestene som i dag.

2.4 Oppsummering – flere eldre, økonomisk utfordring og mangel på arbeidskraft

De kommende demografiske endringene viser at:

- Vi blir flere eldre og de eldre lever lenger. I 2060 blir det dobbelt så mange over 70 år, og tre ganger så mange over 80 år (ift. 2018). Endringene blir særlig merkbare fra 2025 og utover, da fyller de store etterkrigskullene 80 år.
- Fruktbarhetstallene i 2018 på 1,56 barn per kvinne er det laveste som er målt i Norge noen gang. Vi mangler en «yngrebølge».
- Det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder demografisk utvikling. For noen utkantkommuner vil dette være en reell krise, med en aldersbæreevne under 2, det vil si to yrkesaktive pr. pensjonist. Det vil ikke være bærekraftig.
- Norske kommuner kan ha behov for om lag 30 000 nye heldøgns omsorgsplasser innen 2030. Hvis alt dette skulle dekkes med sykehjem/omsorgsboliger, så ville investeringskostnadene være nærmere 100 mrd. kroner. Mye av dette vil måtte dekkes med hjemmebaserte tjenester.
- Det vil være behov for om lag 38 000 nye årsverk i Kommune-Norge innen helse- og omsorg allerede innen 2028.

Samtidig varsles det trangere økonomiske tider. Offentlige utgifter vil overstige inntektene fra og med 2030, og gapet vil øke med 5 mrd. kroner, hvert år. Det vil også få konsekvenser for kommuneøkonomien.

Kommunene må prioritere mellom ulike tjenesteområder, det er nye og økte krav til tjenestetilbudet, forventninger om satsing på velferdsteknologi, og det er behov for forskning og mer kunnskap om kvalitet i omsorg.

Kompetanse er allerede i dag en av hovedutfordringene til kommunene. Nye oppgaver er pålagt, blant annet gjennom samhandlingsreformen. Dette krever økt kompetanse og spesialisering. Samtidig er det vanskelig å rekruttere nødvendig arbeidskraft, ikke minst i de små kommunene.

Konklusjonen er at kommunene står overfor en stor økonomisk utfordring og en stor kompetanse- og kapasitetsutfordring. Mange kommuner har begynt å forberede seg, men som kartleggingen fra KS og Riksrevisjonens rapport viser, er det også mange kommuner som ikke har analysert de fremtidige behovene godt nok. Dette er en varslet «krise», som vi vet kommer, men som vi i varierende grad forholder oss til. Mange tenker at «det er så lenge til», «det ordner seg», «det blir ikke så alvorlig» eller «teknologien redder oss». Noen mener «eldrebølgen» er overdrevet, og at det ikke vil slå så hardt ut blant annet fordi de forventer at eldre vil være yrkesaktive lengre.

Det er fullt mulig å diskutere omfanget av de utfordringene vi står overfor, og hvor hardt de treffer, men det er utvilsomt at vi har et problem. Det er derfor på tide å diskutere løsninger. Utfordringene er så store at det må diskuteres om og hvordan de private og ideelle aktørene kan være en del av løsningen. Mer om dette i kapittel 3.

03

Tjenestetilbudet

Ressursene, både når det gjelder arbeidskraft og økonomi, vil som skissert i kapittel 2 være mindre enn det behovet og forventningene tilsier. Kommunenes oppgave vil derfor være å tilby best mulige omsorgstjenester innenfor stadig mer begrensede økonomiske rammer.

Formålet med dette kapitlet er å belyse hva som må håndteres innen omsorgssektoren for at norske kommuner skal unngå å komme i en nærmest umulig situasjon om 10–15 år, når konsekvensene av den demografiske utvikling og den forventede ubalansen mellom det offentliges utgifter og inntekter virkelig slår til. For å håndtere denne situasjonen må kommunene både utvikle en tydelig strategi for *hva slags tjenester* som trengs og for *hvem* som skal levere tjenestene. Med utgangspunkt i utvalgets mandat har vi funnet det riktig å legge vekt på å drøfte forhold som er avgjørende for hvem som skal levere tjenester, det vil si spørsmålet om private og ideelle aktører skal være en del av løsningen på de utfordringer som er beskrevet i kapittel 2.

For å svare på det spørsmålet er det hensiktsmessig å skille mellom *hvorfor* kommunene skal bruke private og ideelle, hvilke *forutsetninger* som må ligge til grunn når private og ideelle skal bidra, og *hvordan* kommunene kan bruke private og ideelle. Videre vurderes kritiske suksessfaktorer for at en kommune skal være en profesjonell bestiller og innkjøper av tjenester fra private og ideelle leverandører. Kapitlet avsluttes med en oppsummering og avklaring av de sentrale premissene for hvordan norske kommuner bør håndtere utformingen av tjenestetilbudet og forholdet til private og ideelle aktører.

3.1 Hva slags tjenester trenger vi?

3.1.1 Fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg

Dagens kommuner bruker mer ressurser på hjemmetjenester og omsorgsboliger enn på drift av institusjonsomsorg. For 50 år siden gikk 80 prosent av driftsutgiftene til alders- og sykehjem, mens knapt 20 prosent gikk til drift av hjemmebasert omsorg. Nå er forholdet endret, og det er hjemmetjenestene som sysselsetter den største andelen årsverk. Utviklingen har vært drevet frem av reformarbeid, faglige og økonomiske vurderinger og brukernes ønske i utformingen av tjenesten. Kommunene arbeider med å tilrettelegge og videreutvikle tjenester som bidrar til at innbyggere kan bo hjemme så lenge det er hensiktsmessig og forsvarlig.

Figur 3.1

Omsorgstrappen



Våre naboland Sverige og Danmark la i større grad til rette for vridningen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg på 90-tallet. Norge fortsatte under to «regimer», institusjonsomsorg og ulike typer omsorgsboliger.

Oljeinntekter, tradisjon for institusjonsbaserte tjenester og ideologi er mulige forklaringer på at Norge kom senere i gang med dette.[1]

Utviklingen i norske kommuner går i retning av en sammensmelting av de to regimene. Sykehjemsrommene begynner å likne fullverdige boliger, og dagens omsorgsboliger bygges sammen og fungerer som både supplement og alternativ til sykehjem. Forskjellene mellom moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger er i ferd med å viskes ut.[2] Omsorgstjenester til hjemmeboende ytes i mange ulike boformer som spenner fra ordinære privatboliger til assisterte omsorgsboliger.

1 Daatland, NOVA 2015
2 *Rom for omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet 2016

I tillegg ser man en fremvekst av nye sosiale boligkonsepter med service- og fellesarealer spesielt tilpasset seniorer i regi av private eiendomsutviklere.

3.1.2 Flere trinn i omsorgstrappen skal bidra til at flere kan bo hjemme

Kommunene tildeler og utfører tjenester på «Best Effektive Omsorgs Nivå» (BEON-prinsippet). BEON-prinsippet omfatter forebyggende arbeid, hjemmetjenester og tjenester i institusjon. Et sentralt aspekt i BEON er at forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig. Omsorgstrappen i BEON-prinsippet er illustrert i figur 3.1.[3]

Omsorgstrappen viser de ulike omsorgstjenestenivåene i kommunen. Her fremgår hvilke tjenester kommunen har og hvor det er behov for å etablere nye tjenester. Omsorgstrappen bygger i likhet med BEON på grunnholdningen om at helse- og omsorgstjenester i all hovedsak skal gis i hjemmet. Ressursinnsatsen skal snus fra kostnadskrevende tjenester i de øverste nivåene i omsorgstrappen, og dreies mot forebyggende og tilretteleggende tjenester i midtre og nedre del av omsorgstrappen som muliggjør det å bo hjemme lenger.[4]

Det at eget hjem vokser frem som den største arenaen for helse- og omsorgstjenester, gir økt satsning på områder som hverdagsrehabilitering, demensomsorg, bruk av velferdsteknologi, tverrfaglighet og koordinering av ulike tjenester.

Videre er det satsing på boformer som omsorgsboliger, seniorleiligheter, mindre bogrupper og universelt utformede leiligheter.

3.1.3 Hva er viktig for framtidens tjenestetilbud?

Som beskrevet over og i kapittel 2 vil kommunene fremover møte en rekke utfordringer som får betydning for utforming av tjenestetilbudet. Brukerbehovene vil bli mer komplekse, og forventningene til kommunene vil øke både når det gjelder standard og valgfrihet. Det vil også være krav om nye bo- og driftsformer og til å kunne bo hjemme så lenge som mulig. I tillegg forventes det sømløse tjenester, på tvers av forvaltningsnivåer.

Alt dette skal kommunene ta hensyn til samtidig som ressursene, både når det gjelder arbeidskraft, kompetanse og økonomi vil være mindre enn behovet tilsier. For at kommunene i framtiden skal tilby best mulige, og forsvarlige omsorgstjenester er det derfor viktig med tjenester som bidrar til:

- Innovasjon og nye arbeidsformer
- Å løse kapasitetsutfordringen
- God/rett kvalitet på tjenestene
- Integrert bruk av velferdsteknologi
- Valgfrihet for brukerne
- Sømløse tjenester og bedre samhandling

Det er med disse utfordringene og behovene som utgangspunkt utvalget vil vurdere hvorfor og hvordan de private og ideelle kan være en del av løsningen.

3 Karmøy, 2016
4 Karmøy 2016, Eidsvoll 2018

3.2 Trenger vi private og ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester?

3.2.1 De private helse- og omsorgstjenestene i historisk perspektiv

Norge har en lang og vellykket tradisjon med private innenfor helse- og omsorgsvesen som strekker seg fra 1800-tallet og fram til i dag, hvor ideelle og private tjenesteleverandører utgjør en betydelig ressurs.[5] Det startet med frivillig og ideell innsats for svake grupper som falt utenfor det offentlige ansvar, og har gradvis utviklet seg til å omfatte både kommunal omsorg, barnevern, spesialisthelsetjeneste og barnehagedrift.

Tradisjonelt ivaretok familien omsorgsansvaret. Det offentlige ansvaret for å sikre befolkningen mot fattigdom, sykdom og skader kom i Norge gjennom fattiglovene først på 1800-tallet. De første hospitaler som tok imot alle kategorier syke, var kirkelige institusjoner. Med tette bånd mellom kirken og kongen var dette en form for offentlig omsorgsvesen. På slutten av 1800-tallet så man framveksten av en rekke organisasjoner både innenfor og utenfor menighetene, herunder de diakonale bevegelsene.

Forholdet mellom stat, fylkeskommune og kommune og de ideelle organisasjonene på begynnelsen av 1900-tallet beskrives som «velferdstrekanten». Stat og kommuner hadde ansvar for de tjenester som var lovfestet, som for eksempel tiltak mot tuberkulose, mens fylkene hadde tatt på seg oppgavene med å bygge sykehus. De ideelle sammenslutningene supplerte det offentlige helsevesenet, samtidig som de avdekket og kom med tiltak som svar på nye behov, som det offentlige igjen var med på å finansiere. Organisasjonenes innsats var spesielt framtredende innenfor tuberkulosearbeidet, alkoholistomsorgen, barne- og ungdomsvernet, utbyggingen av spesialistinstitusjoner for psykisk utviklingshemmede, revmatikere, epileptikere og andre med spesielle diagnoser.

De ideelle organisasjonene tok et stort ansvar i å opprette, utvikle og drifte institusjoner innenfor helse- og sosialsektoren. Men det var også drevet et enormt arbeid innenfor helse- og sosialomsorgen utenfor institusjonene, både ved hjelp av frivillig, ulønnet innsats og med betalte, faglærte. Hjemmesykepleien var for eksempel utelukkende drevet av religiøse og humanitære organisasjoner, og det var ikke før i 1959 det ble gitt et visst offentlig tilskudd til dette.

Etter andre verdenskrig gikk utviklingen over i en ny fase. Oppgavene vokste og dermed finansieringsbehovene, og det kom nye kvalitetskrav og kvalifikasjonskrav. Den offentlige styringen ble mer framtredende. Behovene endret seg også. Kampen mot tuberkulosen var på det nærmeste vunnet, levealderen økte, og dermed behovet for et mer utbygget omsorgstilbud til eldre. De ideelle organisasjonene fulgte opp og var viktige samarbeidspartnere for det offentlige i oppbyggingen av eldreomsorgen.

Etter hvert la den økonomiske veksten i Norge til rette for ekspansjon av omsorgstilbud i offentlig regi. Den moderne kommunale helse-

5 En bredere omtale av dette finnes i NOU 2016:12 Ideell opprydding

og sosialtjenesten vokste fram på 1970-tallet, og ble tilført nye store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980-årene.

Det offentlige tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrengende. Denne loven la sammen med folketrygdloven av 1967, og sykehusloven av 1969, et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren. Målt i årsverk ble omsorgstjenestene fordoblet fra 1970 til 1980.

Et eksempel på hvordan det offentlige overtok helse- og sosialtjenester som var initiert og bygget opp av ideelle organisasjoner, er helsestasjonene. Da lov om helsestasjoner ble vedtatt i 1972, og helsestasjonsdrift ble et offentlig ansvar, drev Nasjonalforeningen for folkehelsen 430, og Norske Kvinners Sanitetsforening 615 av landets ca. 1 200 helsestasjoner.

Perioden fra 1995 preges av en ny endring av ansvarfordelingen for helse- og sosialtjenester mellom forvaltningsnivåene. I 2002 kom sykehusreformen med opprettelsen av de regionale helseforetakene og en statlig overtakelse av de tidligere fylkeskommunale sykehusene. 1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft med mål om å samordne ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i kommunene med spesialisthelsetjenesten i helseforetakene.

Økte valgmuligheter for brukere og pasienter er også et trekk ved utviklingen i helse- og sosialsektoren. Retten til fritt sykehusvalg trådte i kraft i 2001. Ordningen ble utvidet til å omfatte private sykehus i 2004. Senere ble ordningen utvidet til å gjelde rusbehandling og psykisk helsevern.

I november 2015 trådte reformen fritt behandlingsvalg i kraft, med redusert ventetid og økt valgfrihet som formål. I tillegg til å ta opp i seg fritt sykehusvalgordningen, åpner denne reformen for at private aktører kan tilby offentlig finansierte tjenester uten å ha avtale med det offentlige, dersom de blir godkjent til dette.

Et særlig trekk ved utviklingen i denne perioden og dagens situasjon er en større grad av markedsorientering og innslag av nye private aktører i produksjonen av helse- og sosialtjenester. Staten og kommunene har i større og større grad kjøpt helse- og sosialtjenester fra både private og ideelle leverandører. Likevel har det offentlige beholdt ansvaret for innholdet i tjenestene gjennom kvalitetskriterier og godkjenningsmekanismer. Situasjonen i dag preges av dette. Markedet for egenbetaling og helseforsikring er fortsatt lite.

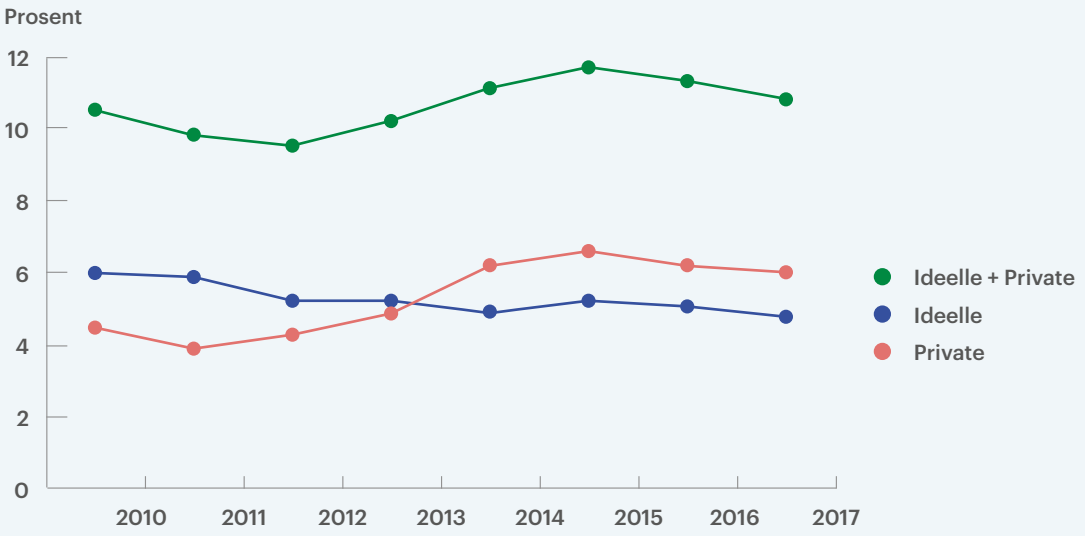
3.2.2 Omfanget av det private og ideelle bidrag i dag

Private og ideelle aktører utgjør i dag en betydelig ressurs i norsk helse- og omsorgsvesen.

Det private og ideelle helse- og omsorgstilbudet har forskjellige modeller fra full integrering i det offentlige, tilskudd gjennom årlige bevilgninger og forskjellige konkurranseformer. Helseforetaksreformen og rusreformen førte til større oppmerksomhet rundt ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenester, som staten har ansvaret for, og omsorgstjenester/primærhelsetjenester, som kommunene har ansvaret for. Konkurranseutsetting av tjenestene ble vanlig, og det har også kommet private aktører, både nasjonale og internasjonale.

Figur 3.2

Utvikling i andel sykehjemsplasser driftet av private og ideelle (2010–2017)



I 2017 drev kommunene 89 prosent av sykehjemsplassene i egenregi, ideelle drev 5 prosent og private drev 6 prosent av plassene på oppdrag fra kommunene.

Kilde: SSB tabell 09929

Det bør nevnes at norske kommuner i dag også kjøper tjenester som erstatter egen tjenesteproduksjon innenfor andre områder enn helse og omsorg. Tekniske tjenester og barnehagedrift er de største av disse. Mekanismene er både konkurranseutsetting og tilskuddsordning.

Innen helse- og omsorgstjenester er det kommunene selv som utfører ca. 90 prosent av tjenestene til brukere i og utenfor institusjon. Resterende ti prosent deles mellom private og ideelle.

Private og ideelle driftet i underkant av 11 prosent av landets sykehjemsplasser i 2017.

Dette er en nedgang på omtrent ett prosentpoeng fra 2015 nivå. De privates andel har i perioden blitt redusert med 0,6 prosentpoeng og de ideelles andel har blitt redusert med 0,4 prosentpoeng. (Se figur 3.2)

Det finnes ikke tilsvarende offentlige tall for hvordan brukere av hjemmebasert omsorg fordeler seg, men SSB oppgir at 9,6 prosent av

Boks 3.1

Under 1 av 10 kroner til hjemmebasert omsorg til kommunale kjøp fra private og ideelle

Hjemmebaserte omsorgstjenester kan være hjemmesykepleie, praktisk bistand eller brukerstyrt personlig assistanse (BPA). I 2018 ble det brukt 62 mrd. kr på hjemmetjenester i kommunene {+9% fra 2017). 9,6 prosent av kostnadene gikk ti I kjøp av hjemmetjenester fra private eller ideelle aktører. Fra 2003 ti I 2018 er andelen hjemmebaserte tjenester som erstatter kommunens egen tjenesteproduksjon på området mer enn tredoblet, men det er fortsatt kommunene selv som leverer mer enn 90% av de hjemmebaserte omsorgstjenestene. Det er store forskjeller på hvor mye ulike kommuner kjøper. I Oslo utgjør kjøp av private og ideelle hjemmetjenester 26 prosent av kostnadene.

Hjemmebasert omsorg øker i omfang og kjøp	2003	2011	2018
Kommunale kostnader til hjemmebasert omsorg (mrd. kr)*	20,4	39,7	62,2
Kommunale kjøp fra private og ideelle, hjemmebasert omsorg (mrd. kr)	0,6	2,3	5,9
Andel kjøp fra private og ideelle, hjemmebasert omsorg (prosent)	2,7%	5,7%	9,6%

Kostnader til hjemmebasert omsorg (*Brutto driftsutgifter), kjøp som erstatter kommunal egenproduksjon og andel som kjøpes av private eller ideelle (kjøp delt på samlede brutto driftsutgifter).

Kilde: SSB/KOSTRA 12367

kommunenes kostnader til pleie og omsorgstjenester (2018) i hjemmet går til kjøp fra private og ideelle aktører. Dette tilsvarer 5,9 mrd. kroner. (Se boks 3.1)

Hva gjelder brukerstyrt personlig assistanse leverer de ideelle tjenester til ca. 1/3 av alle landets brukere.

3.2.3 Mangfold gir innovasjon og nye arbeidsformer

Et argument for et system med et mangfold av flere ulike aktører, er at det gir større muligheter for innovasjon og utvikling av nye arbeidsformer, til nytte for alle tjenesteleverandørene, også de kommunale. Det forutsetter muligheter for læring og erfaringsutveksling mellom virksomheter og mellom offentlige og private og ideelle.

Boks 3.2

Stavanger – aktivitetsdosetten

Aktivitetsdosetten er utviklet i et tverrfaglig team på Øyane sykehjem i Stavanger med støtte fra Helsedirektoratet og Stavanger kommune. Øyane sykehjem driftes av en ideell stiftelse – utgått av et lokalt husmorlag. Metoden bygger på at aktiviteter kan virke på samme måte som medisin: beroligende, oppkvikkende, smertestillende og forebyggende mot uro. Utgangspunktet var at det på sykehjem i dag er mange beboere som har en passiv hverdag, med lite stimuli utover pleie, mat og medisin. Aktivitetene i fellesområdene tilfredsstiller ikke alle. I aktivitetsdosetten kartlegges beboernes interesser og ønsker og de tilbys å gjøre tilpassede aktiviteter, fast – uke etter uke. Dette gir en helsebringende effekt og øker livskvaliteten. Aktivitetene kan utføres av helsepersonell, frivillige eller pårørende.

Kilde: Meld.st.15 (2017–2018) Leve hele livet

Boks 3.3

Det er en god ide, det burde noen gjøre

Heidi Wangs far har blitt dement. Kommunen tilbyr tilsyn hjemme, men lite settes inn for å bremse sykdommen og gi høyere livskvalitet. Når Wang kommer med forslag til hva kommunen kan gjøre for faren ble svaret etter hvert: «det er en god ide, det burde noen gjøre». Men det er ingen som gjør det. Slik fødes ideen. Heidi starter firmaet Noen AS og ansetter tre personer på deltid for å gjøre hverdagen bedre. Når faren dør i 2007 begynner Heidi å utforske hvordan hun kan bruke sine erfaringer og hjelpe andre.

Et viktig skritt er at metoden Noen AS utviklet (KuPA) har blitt dokumentert og forsket på. I 2016–2018 har Noen AS blitt delfinansiert av Innovasjon Norge i arbeidet med å etablere partnerskap og modeller for å spre KuPA-metoden nasjonalt. For samfunnet er gevinsten stor. De som får hjelp kan i snitt bo hjemme to år lengre.

Noen AS ble etablert i Steinkjer i 2008. Selskapet leverer i dag demensomsorg til over 20 kommuner og over 400 familier i områdene rundt Værnes, Inherred, Trondheim, Hordaland, Namdal og Nordland.

Kilde: Noen.no og Fiksdal 2015

Det er mange eksempler på at private og ideelle kommer frem til nye og alternative måter å organisere og drifte tilbudet på. Det vil likevel fortsatt være det kommunale tjenestetilbudet som vil være dominerende på denne sektoren. Den store utfordringen ligger i å få til økt innovasjon i det kommunale tilbudet.

Det gjøres mye for å få til dette i de enkelte kommunene, og mange kommuner har kommet langt i å videreutvikle organisasjon og tjenestetilbud i lys av kommende demografiske utfordringer.

Samtidig viser undersøkelser (KS, Riksrevisjonen m.fl.) at det er stor variasjon mellom kommuner. Det er behov for læring av de som representerer beste praksis. I noen tilfeller vil de private eller ideelle kunne være eksempler på beste praksis, i noen tilfeller de kommunale.

Kommuner som har samarbeidet med private og ideelle aktører gjennom fritt brukervalg har trukket fram flere positive effekter. Blant disse er større innsikt i og bevisstgjøring rundt ressursbruk, kvalitet og kostnader i forbindelse med anskaffelser. Oppfølging av private og ideelle tjenesteytere kan ha en utviklende effekt på driften og utførelsen av tjenestene i kommunal egenregi. Dette fremkommer av veilederen om innføring av fritt brukervalg fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Mulighetene for å bidra til læring og erfaringsutveksling, og med det utvikling av det totale omsorgstilbudet, er kanskje et av de viktigste argumentene for at vi trenger både private og ideelle aktører.

Samarbeidet mellom kommunale, private og ideelle aktører som driver pleie- og omsorgstjenester kunne vært bedre. Flere av de private og ideelle aktørene savner arenaer for læring og erfaringsutveksling med mulighet for hospitering og praksis hos hverandre og faggrupper der man kan diskutere på tvers. Bærum trekkes frem som en kommune som inkluderer de private og ideelle i sine arenaer for læring og erfaringsutvekslinger. Dette er positivt for samarbeidet. Det er etablert felles arenaer der fag og innovasjon står i fokus.

Gründere og etablerte virksomheter innen omsorgstjenestene kan se behov som ikke dekkes gjennom dagens tjenestetilbud og velge å utvikle tjenester som utfyller kommunens omsorgstrapp.

3.2.4 Kapasitetsutfordringen

De private har tilgjengelige ressurser

Som det fremgår av kapittel 3.2.2 er omfanget av private og ideelle leverandører vesentlig. Det er gjennom mange år nedlagt betydelige offentlige midler i drift og investering hos særlig de ideelle, men også private leverandører, som har bygd opp god kompetanse og leverer tjenester med god kvalitet.

Det er både med brukerperspektiv og samfunnsøkonomisk betraktet viktig å bruke den ressurs som er tilgjengelig i dag hos private og ideelle leverandører. Det enkle svaret på spørsmålet om hvorfor vi trenger de private og ideelle aktørene er derfor «fordi de er der». Det er en kapasitet som kan og bør utnyttes, eller som tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad sa, «det er armod nok til alle».

Boks 3.4

Økt kapasitet uten investering. Private/ideelle bygger og drifter.

Flere kommuner kjøper i dag sykehjemsplasser av private/ideelle virksomheter som har bygget egne sykehjem i nærheten av deres kommune. Noen har også bygget dagsentertilbud og omsorgsboliger. Dette nevnes som en samarbeidsform de private mener har potensiale. Et norsk eksempel er Villa Skaar som driver sykehjem i Lier, Øvre Eiker og Jevnaker, og selger sykehjemsplasser til omkringliggende kommuner med kapasitetsutfordringer. I 2017 scoret Villa Skaar Jevnaker best i en brukerundersøkelse av samtlige 47 syke- hjem som Oslo kommune driver eller har avtale med. På andreplass kom Villa Skaars sykehjem i Lier. De vant også Serviceprisen i Drammen med 45 prosent av de over 10 000 avgitte stemmene fra publikum.

En av styrkene til de private og ideelle er at de tilbyr det offentlige fleksibilitet i form av skalerbar kapasitet. Dette gjøres hovedsakelig gjennom de store virksomhetene, fordi det er disse som har økonomisk soliditet til å yte den fleksibilitet varierende offentlige behov ofte medfører.

Kapital og investeringer

Som beskrevet i kapittel 2 er det et betydelig behov for investering i flere sykehjem, helsehus, omsorgsboliger og omsorgsboliger. Det dreier seg om nærmere 100 mrd. kroner som må investeres i mot 2030, hvis vi legger til grunn et behov for 30 000 nye heldøgns omsorgsplasser.[6] Nå er det også en satsing på heldøgns hjemmebasert omsorg, men investeringsbehovet vil uansett være stort. Det er også behov for investeringer i forsknings- og pilotprosjekter for nye trinn i omsorgstrappen, eller nye samarbeidsformer.

Det finnes kapasitet og kompetanse blant private og ideelle aktører, men like viktig, det finnes også tilgang på kapital som kan avhjelpe kommunenes investeringsbehov. Et alternativ til å konkurranseutsette kan være modeller der de private og ideelle selv bygger og drifter sykehjem og selger plassene til kommunene. På denne måten tar de investeringskostnadene ved å etablere sykehjemmet, og kommunen kan velge om den vil forplikte seg til å kjøpe plasser gjennom en grunnavtale eller ikke. I denne

6 *Rom for omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, 2016.

modellen ligger den største risikoen hos den private/ideelle virksomheten. Kommuner som kjøper plasser hos private eller ideelle aktører som bygger og drifter sykehjem i deres kommuner, kan redusere og utsette investeringsbehov og slippe å sitte med ledige plasser i en oppbyggingsperiode.

Dette er den vanligste samarbeidsformen i Sverige og Finland. Den er i bruk i over 200 skandinaviske kommuner. (Se boks 3.4)

3.2.5 Kvalitet i tjenestene

Kan konkurranse være en driver for bedre kvalitet i velferdstjenestene?

Konkurranse er ofte ansett som en viktig driver for kvalitet og effektiv ressursbruk på andre tjenesteområder i samfunnet, både privat og offentlig finansierte. Spørsmålet er derfor om konkurranse kan være en driver for kvalitet også innen velferdstjenester generelt og omsorgstjenester spesielt. Sandbekk-utvalget (NOU 2000:19) leverte en utredning om hvorvidt offentlig sektor bør eksponeres for konkurranse. Utvalget vurderte fire forskjellige former for konkurranseeksponering; etablering av konkurransemarkeder, anbudskonkurranser, «penger følger brukeren» og benchmarking.[7]

De peker blant annet på at benchmarking, brukt på riktig måte, kan gi bedre kvalitet og effektivitet i offentlig tjenesteproduksjon. Benchmarking og benchlearning brukes i dag mellom kommunene, blant annet gjennom Effektiviseringsnettverket i regi av KS.

I vurderingen av anbudskonkurranser viser Sandbekk-utvalget til at hovederfaringene er at det leder til en mer kostnadseffektiv, det vil si billigere produksjon av tjenestene. Når det gjelder sammenhengen mellom anbud og kvalitet, så varierer resultatene.

Sandbekk-utvalget peker på at «velutviklet bestillerkompetanse synes å være et viktig kriterium for å oppnå fastsatte kvalitetsmål».

Nyere undersøkelser fra flere land viser at det under bestemte forutsetninger er bra med konkurranse om hvem som skal levere tjenester.[8] Det er altså mer et spørsmål om hvordan man innretter og regulerer konkurransen, enn om konkurranse som sådan er et velegnet virkemiddel.

Det finnes eksempler på at anbudskonkurranse om offentlige tjenester ikke har gitt ønsket effekt, hverken når det gjelder pris eller kvalitet. Dette skyldes ofte hvordan konkurransen innrettes fra den offentlige bestilleren.

Konkurranseutsetting av omsorgstjenester gjennom offentlig kjøp innebærer at offentlige tjenester utlyses slik at flere kan konkurrere om å gi et tilbud. Konkurransen som mekanisme gjør det da nødvendig for tilbydere å gjennomgå sitt tjenestetilbud og sin organisasjon for å se på hvordan både totalkvalitet og kvaliteten på de enkelte tjenestene som etterspørres kan forbedres. Tjenestene finansieres av det offentlige, og de tildeles brukerne på lik linje med andre offentlige tjenester. Private og ideelle som tilbyr

7 NOU 2000:19 Sandbekk-utvalget
8 Stat og styring 2018

Boks 3.5

Tiltak for å øke fagtettheten i Oslo

Unicare Omsorg drifter seks sykehjem i Oslo på oppdrag fra Sykehjemsetaten. Unicare har etablert «Unicare Akademiet» der de tilbyr kurs og utdanningsprogram innen:

- Språkopplæring
- Demensomsorgens ABC
- Bedriftsintern helsefagutdanning
- Lærlingordning bedrift
- Norsk autorisasjon som sykepleier
- Videreutdanning (30–90 studiepoeng)
- Mastergrad (120 studiepoeng)
- Lederutdanning

Et av de viktigste grepene for å øke andelen fagutdannede har vært å etablere et tilbud til ufaglærte ansatte (pleieassistenter) som er motiverte for å jobbe mot et fagbrev som helsefagarbeider. Selskapet har ansatt en egen lærer med bakgrunn som sykepleier med videreutdanning i pedagogikk. Et annet sentralt mål er å bedre minoritetsansattes språkkunnskaper og kvalifisere sykepleiere med en utenlandsk utdanning til å kunne autoriseres som sykepleiere i Norge.

tjenestene kan konkurrere på pris og kvalitet. På denne måten kan anbudskonkurranse bidra til at oppdragsgiver utarbeider og videreutvikler målbare kvalitetsindikatorer, også innen omsorgsområdet.

Når kvalitet brukes som konkurransefaktor, bruker også de ulike aktørene forskjellige tilnærminger og konsepter som skal øke beboertrivselen og tjenestekvaliteten som et konkurransefortrinn. Mangfoldet av aktører i velferdsmiksen kan forsterke denne effekten.

Riksrevisjonen har som nevnt påpekt at det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen. Selv om det er utviklet noen nasjonale indikatorer for kvalitet i pleie og omsorgstjenestene de siste årene, er det fortsatt for få. Dette gjelder spesielt innen hjemmetjenestene, der den fremtidige veksten ligger. Konkurranse vil kunne være en driver for at det utvikles flere og bedre kvalitetsindikatorer. Oslo kommune er en pioner på kvalitetsmåling blant norske kommuner. I tillegg til nasjonale indikatorer har Oslo kommune pleiefaglige kvalitets-

indikatorer (objektive indikatorer), pårørendeundersøkelser og beboerundersøkelser (subjektive indikatorer).

Oslo kommune har drevet sykehjem og hjemmetjenester med en miks av private, ideelle og kommunen selv. Av de 48 omsorgsinstitusjonene i 2017 drev kommunen selv 23 (48 %), ideelle drev 10 institusjoner (21 %) og private drev 15 (31%) (SSB tabell 09929). Sykehjemsetaten i Oslo har skapt møteplasser for kommunale, ideelle og private driftere av sykehjem i Oslo for utveksling av erfaringer. I Oslo har konkurranse og krav gjennom anbud bidratt til økt fagdekning og kvalitet i tjenesten i de konkurranseutsatte sykehjemmene. (Kilde: Sykehjemsetaten, Oslo kommune)

Konkurransegrunnlagene de private og ideelle aktørene møter, stiller i stadig større grad krav til nye konsepter for brukere og kompetanseutvikling av personal. Det jobber mange dedikerte og dyktige ansatte i pleie og omsorgstjenestene, flere av disse arbeider som pleieassistenter og er ufaglærte. Gjennom å tilby utdanningsløp i regi av arbeidsplassen, som lar seg kombinere med arbeidet, kan samfunnet få flere faglærte hender i omsorgen. (Se boks 3.5)

I Oslo kommune er det flere eksempler på at et mangfold av leverandører, med ulik tilnærming, bidrar til videreutvikling av tjenestene:

- Diakonhjemmet har igangsatt utvikling av et konsept knyttet opp mot verdighetsgarantien og eksistensielle samtaler til eldre, både for hjemmeboende og til beboere på sykehjem.
- Flere av leverandørene har interne opplæringsprogram for sine ansatte for å øke andelen fagutdannede.
- Nordberghjemmet (en diakonal stiftelse) har satset på aktiviteter som er med på å øke appetitten og trivsel blant beboerne, de har i tillegg til eget kjøkken en kjøkkenhage og en bar.
- Attendo har jobbet med et tjenestedesignprosjekt sammen med Arkitektur- og designhøgskolen for å organisere arbeidet med individbasert omsorg på en bedre måte. De har også gjennomført et program om musikkbasert miljøbehandling sammen med Nasjonalt Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg.
- Stendi (tidligere Aleris Omsorg) satser på forskning rundt musikkterapi og har finansiert en doktorgrad i musikkterapi i eldreomsorgen, der det rapporteres god effekt. Stendi har også et samarbeid med Griegakademiet.
- Norlandia har deltatt i revisjonen av Helsedirektoratets nasjonale veileder i forebygging av underernæring i helsetjenestene (forventes publisert innen utgangen av 2019).
- Stendi samarbeider med Generasjon M og har tilbud til beboere på alle sine sykehjem hver helg. De benytter også Aktivitetsdosetten, slik at beboerne får individuelle aktiviteter som de gleder seg til ukentlig.

Boks 3.6

Sykehjemmet som møteplass og kulturarena

Attendo var en av de første aktørene i Norge med planlagt og målrettet arbeid knyttet til nærmiljø og intergenerasjonsarbeid på sykehjem (2009) slik at beboerne forblir en del av lokalsamfunnet. De var tidlig ute med å ansette kulturledere og bruke av sosiale medier for å styrke interaksjon mellom beboere, pårørende og sykehjemmet. Paulus sykehjem på Grünerløkka inviterer lokalmiljøet inn med biergarten og hjemmebrygget øl, laget av beboerne. På Romsåshjemmet brukte Attendo 2.4 mill. kr på å utvikle kafeen «Mind the Gap» og et nytt bibliotek på Romsåshjemmet. Dette er investeringer som vil bli stående i et kommunalt bygg.

Å kjenne den enkeltes historie er viktig for å utvikle personsentrert omsorg. Attendo har organisert Livsløpsutstillingen, inspirert av bilder i beboernes fotoalbum. Denne trakk 60.000 besøkende og er sist vist i Riksdagen i Stockholm 2018. Vandreutstillingen Gatelangs, i samarbeid med Oslo kommune, Kulturetaten og Oslo museum er vises i 2019 på alle sykehjem i Oslo og er spesielt laget for remissensformål for demenssyke.

Utenlandske og norske kommuner har vært på studiebesøk for å lære om organisering av kultur og aktiviteter. Organiseringen og tenkemåten er nå etablerte i Oslo kommunes strategiplaner og i de to siste stortingsmeldingene om eldre.

Det jobbes godt med driftskonsepter som skal øke opplevd tjenestekvalitet og livsglede i omsorgstjenestene mange steder i landet. Et annet godt eksempel er livsgledesertifiseringen av sykehjem i Bodø. (Se boks 3.7)

Utforming av krav til kvalitet i konkurranser

Det er ikke likegyldig hvordan konkurransedokumentene utformes. Ulike tjenester og leverandørmarkeder kan gi behov for tilpassede løsninger. Kvalitetskravene i en konkurranse må gjelde for alle leverandører, både private og ideelle, og må tilsvare det som gjelder for offentlige virksomheter. Følgende forhold er viktige:

- Prismodellen må premiere kvalitet.
- Det må settes minimumskrav til kvalitet som skal leveres.
- Avtaler må inneholde endringsklausuler for å kunne justere ved endrede behov.

Boks 3.7

Livsgledehjem

Sertifiseringsordningen Livsgledehjem eies og driftes av stiftelsen «Livsglede for eldre». Ideen har sitt utspring fra stiftelsen «Livsglede for Eldre» som sammen med to sykehjem i Trondheim kommune utarbeidet sertifiseringsordningen Livsgledehjem, med fokus på hva som er mulig å gjennomføre i en helt vanlig hverdag på sykehjemmet.

Bodø innførte sertifiseringen i 2016 og evaluerer sykehjemmene sine årlig. Kriteriene for livsgledehjemmene omfatter blant annet at beboerne får muligheter til å opprettholde sine hobbyer, komme ut i frisk luft, ha kontakt med dyr, at musikk og kultur er en del av hverdagen mm.

Å bli sertifisert som livsgledehjem varer bare for et år av gangen. Etter et år må sykehjemmet kunne vise at de har opprettholdt og videreutviklet livsgledearbeidet.

- Avtaler må ha tydelige sanksjonsvilkår ved alvorlige avvik, både i forhold til aktivitet og kvalitet. Av hensyn til utprøving av nye løsninger må imidlertid avtaler utformes slik at de ivaretar samarbeid offentlig/privat og gir mulighet til å skille mellom forskjellige typer avvik.
- Avtaler må være balanserte, og feilplassering av risikoen for forhold som ikke kan kontrolleres av leverandøren må unngås.
- Konkurransene må utformes slik at de stimulerer til et velfungerende marked. Det må etableres gode oppfølgingsrutiner. Avvik må lukkes.

Utøvelse av bestillerrollen er nærmere berørt i kapittel 3.4.

Boks 3.8

En drivkraft innen pasientsikkerhet og kvalitetsutviklingsarbeid

Private og ideelle virksomheter bidrar inn i det kommunale kvalitetsforbedringsarbeidet på flere måter. Riksrevisjonen brukte Oppsalhjemmet i Oslo som drives av Norlandia som case-undersøkelse i sin rapport om norsk eldreomsorg til Stortinget i november 2018. Etter å ha vært på befaring og«revisjon» i 2018, ble Oppsalhjemmets arbeidsmetoder, kultur for forbedring og pasientsikkerhet fremhevet 62 ganger som eksempel.

Oppsalhjemmet har siden 2012 deltatt i utviklingen, revideringen av eller gått foran med implementering og spredning av nesten alle tiltakspakkene for sykehjem i Helsedirektoratets Pasientsikkerhetsprogram. Dette førte til at Oppsalhjemmet Norlandia mottok Lederprisen 2017 for Pasientsikkerhetsprogrammet og bidro til at Pasientsikkerhetsprogrammet vant Centre of Excellence-prisen i 2017 ved World Hospital and Healthcare Congress. Oppsalhjemmet har hatt flere sykehjem på opplæring i måten de har implementert og videreutviklet Pasientsikkerhetprogrammets tiltakspakker på.

Norlandia er nå i gang med samarbeidsprosjekter med fokus på kunnskapsutveksling, utvikling av metoder og forbedringsarbeid i Bærum kommune.

3.2.6 Økt bruk av teknologi og utveksling av erfaringer med velferdsteknologi

Økt bruk av velferdsteknologi vil avhjelpe utfordringene både ved at det gir de eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger, og ved at ny teknologi og digitaliseringen åpner for helt nye måter å levere tjenester.

NOU 2011:11[9] gir en oversikt over ulike typer velferdsteknologi ut i fra hvilke brukerbehov de møter:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi
- Kompensasjons- og velværeteknologi
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Teknologirådet utarbeidet i 2015 ulike scenarier for hvordan eldreomsorgen kan se ut om ti år. En konklusjon er at det må legges til rette for økt bruk av velferdsteknologi, men det er en fare for at vi ikke utvikler den teknologien det er behov for. Budskapet var at brukernes behov må stå i sentrum, ikke kostnadshensyn. Videre at offentlige

9 NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Hagen-utvalget

Boks 3.9

Bærum kommune – samarbeid med private om velferdsteknologi

Det utvikles stadig flere produkter og tjenester som kan gi utvidet hjelp og trygghet til hjemmeboende eldre. Sensorteknologi, lokaliseringsteknologi (GPS) og helserelaterte produkter som medisindispensere, samt målinger av blodtrykk og blodsukker. Telenor er en av de største aktørene innen utvikling og testing av norsk velferdsteknologi og har avtaler med flere kommuner, deriblant Bærum, som regnes som en pioner innen velferdsteknologi. Noen av tjenestene innbyggerne har tilgang til er:

- Trygghetsalarm med sensorer fra Telenor. Det er Stendi (tidligere Aleris Omsorg) som har døgnbemannet utrykningstjeneste.
- Lokaliseringstjeneste (GPS), i samarbeid med Telenor.
- Elektronisk medisindispenser, i samarbeid med Dignio.
- Bedre dialogen mellom ansatte og pårørende i en digital kontaktbok, levert av JodaCare.
- Matlevering fra Kolonial.no til alle med vedtak om hjelp til handling av matvarer.

innkjøpere må samarbeide med de private utviklerne av velferdsteknologi.[10]

Innføring av velferdsteknologi er ikke mulig uten private leverandører av teknologi. Både kommuner, private og ideelle velferdsleverandører arbeider med å teste og implementere velferdsteknologi. Flere kommuner har et godt samarbeid private leverandører i utvikling av velferdsteknologi. (Se boks 3.9)

Det er i større grad akseptert at private kan bidra når det gjelder teknologidelen av tjenestene, enn «de mykere» delene av tjenestene. Framover vil velferdsteknologi være en integrert del av tjenestene. Det vil derfor også utfordre og antakelig endre tradisjonelle syn på bruk av private aktører innen omsorgstjenester.

Et annet sentralt spørsmålet er om private og ideelle tjenesteleverandører som leverer institusjons- eller hjemmebaserte tjenester også kan være en driver for økt teknologibruk.

10 Teknologirådet 2015

Det er flere eksempler på at private og ideelle har kommet langt i å ta i bruk ny teknologi:

- Stendi (tidligere Aleris Omsorg) har samarbeid med Telenor om testing av velferdsteknologiske løsninger. Når Uranienborghjemmet tilbakeføres til kommunal drift i 2019 får Oslo kommune sykehjemmet tilbake med integrert velferdsteknologi: GPS-styrt teknologi, og fallforebyggende alarmmatter på gulv og seng hos beboere som trenger hjelp når de skal gå. Teknologien brukes også sikkerhetsmessig for de som ikke er på skjermet enhet, men som kan vandre om natten. Oslo kommune kjøper utstyret ved overtakelsen, men får fordelen av å overta innarbeidet velferdsteknologi med opplærte ansatte.

- Norlandia leder et samarbeidsprosjekt med deltakelse av Hospice Lovisenberg, OsloMet og fagpersoner fra Oslo kommunes sykehjem og hjemmetjenesten om utviklingen av et fritt nedlastbart, kunnskapsbasert livstestamente: «Dine ønsker for livets siste tid – forberedende samtaler.»

- JodaCare brukes for å bedre dialogen mellom ansatte og pårørende i en digital kontaktbok. JodaCare inneholder praktiske beskjeder og hyggelige historier om hva som har skjedd hos tjenestemottaker i dag i en digital portal. Dette forbedrer samarbeidet mellom pårørende og ansatte gjennom at alle parter holder seg oppdatert. JodaCare har meldingsfunksjon, felles kalender som viser besøk og avtaler og en personlig profil som gir informasjon om tjenestemottakeren som person med fokus på livet utenom sykdomshistorien (www.jodacare.no). JodaCare er igangsatt som pilot i Oslo, Bærum og Trondheim. Stendi har innført JodaCare på sykehjemmene de driver i Oslo, Asker og Austervoll.

Selv om det er forventinger til at teknologien skal effektivisere tjenestene, er det en forståelse for at ansatte er og blir den viktigste ressursen. Mange av oppgavene innen omsorgssektoren blir best løst av mennesker.

3.2.7 Brukeren i sentrum av tjenesten – valgmuligheter

Et sentralt element i norsk helse- og omsorgspolitikk de siste årene har vært å sette brukeren i sentrum, og med det rett til medbestemmelse og selv å kunne velge. Dette gjelder både valg mellom offentlige tilbud, slik som Fritt sykehusvalg, og valg mellom offentlige, private og ideelle tilbud, slik som Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten, Fritt brukervalg innen hjemmebaserte omsorgstjenester, og valg av fastlege. Valgfrihet mellom offentlige, private og ideelle tilbud forutsetter at det finnes et mangfold av tilbydere, men brukervalg kan også innebære valg mellom flere kommunale tjenester.

Valg mellom tjenesteleverandører har en verdi, men like viktig er det å kunne velge bort en leverandør eller et tjenestested som man har vært misfornøyd med. Dette kan fungere som en sikkerhetsventil i velferdssystemet. I kapittel 3.4 ser vi nærmere på fritt brukervalg som et virkemiddel for å oppfylle sørge-for-ansvaret. Erfaringene fra de 21 kommunene som har hatt fritt brukervalg innen hjemmebasert omsorg viser at muligheten til å velge gir mer fornøyde brukere også blant majoriteten som velger å beholde

kommunen som tjenesteleverandør. Likevel planlegger flere større kommuner å avvikle fritt brukervalg, inkludert Bergen, Ålesund, Moss og Tromsø.[11]

Mangfold i tjenestene, og muligheten til å velge mellom ulike tilbud, har en verdi i seg selv og øker sjansene for et godt tilpasset tilbud til flere. En innvending mot valgfrihet for eldre er at de er i en sårbar situasjon og ofte ikke vil være i stand til å ta egne valg. Valg av hjemmetjenester eller sykehjem vil for de fleste tas i samråd med familie eller pårørende, noe som svekker argumentet om manglende autonomi.

FAFO utførte i 2013 en holdningsundersøkelse om hvem befolkningen ønsker skal drifte tjenestene, under forutsetning av de uansett er offentlig finansiert. Litt over halvparten av de spurte svarer at de ville foretrekke kommunal hjemmesykepleie eller sykehjemsplass. Hver tiende foretrekker ideelt drevne tjenester, mens to av ti foretrekker privat drift. Omtrent en like stor andel svarer at de ikke vet eller at de er likegyldige. Et annet interessant funn i samme undersøkelse er at nesten tre av fire svarer at de selv er villige til å betale for ytterligere praktisk hjelp ved udekkede behov.[12]

3.2.8 Velferdsmiks

Som nevnt i de foregående punktene er private og ideelle aktører viktige fordi de kan bidra til innovasjon og nye arbeidsformer, bedre kvalitet, økt kapasitet, bruk av velferdsteknologi og valgfrihet for brukerne.

Dette betyr at tjenestetilbudet kan bli styrket gjennom en kombinasjon av offentlige, private og ideelle, en velferdsmiks. Velferdsmiks innebærer deltakelse fra forskjellige aktører som tilfører et mangfold som tilrettelegger for innovasjon, utvikling av nye arbeidsformer, benchmarking og læringsoverføring. Alt dette er forhold som er viktige for kvalitetsheving og effektiv ressursutnyttelse. Det vises i den sammenheng også til høringsnotatet fra Nærings- og fiskeridepartementet i forbindelse med forskriftsfesting av reservasjonsadgangen for ideelle organisasjoner, hvor det uttrykkes: «Regjeringens oppfatning er at en balansert og tilgjengelig helsetjeneste av høy kvalitet best sikres der man har en kombinasjon av offentlige, kommersielle og ideelle leverandører, en velferdsmiks.»

Norske kommuner leverer i dag gode omsorgstjenester til sine innbyggere. Som tidligere påpekt er utfordringene imidlertid slik at det er behov for private og ideelle tjenesteytere som en del av den framtidige løsningen. Ansvaret for utformingen av det samlede tilbud ligger hos kommunene, og den vesentligste delen av tilbudet vil være kommunal. Private og ideelle skal ikke overta det hovedansvar kommunene har, men de bør sees på som en del av det samlede tilbudet.

Kommunene vil da allerede i sine behovsvurderinger kunne uforme konkurransegrunnlag basert på en helhetlig og langsiktig vurdering av hvordan det samlede tilbud kan settes sammen med sikte på kvalitet, tilgjengelighet og effektivitet.

11 «Brukervalg i kommunal tjenesteyting». En kunnskapsoppdatering. Kommunal- moderniseringsdepartementet 2015
12 FAFO 2013 (Gautun, Bogen og Grødem)

Sterke sider ved kommunal drift kan da kombineres med sterke sider ved privat og ideell drift, og det kan legges til rette for planlagt arbeidsdeling, læringsoverføring, innovasjon og modellutprøving.

Det er ikke gitt at det er hensiktsmessig med en velferdsmiks i alle kommuner. Det må vurderes ut fra lokale behov og forhold.

3.3 Forutsetninger for at private og ideelle skal kunne være en del av løsningen

Selv om det er gode grunner til at de private og ideelle kan være en del av løsningen, så er det noen forutsetninger som må ligge til grunn for at dette skal være ønskelig og akseptert. Det er nødvendig at aktørene er seriøse virksomheter, med ordnede ansettelsesforhold og lønns- og arbeidsvilkår. Videre er det viktig at det er stor grad av åpenhet rundt kvalitet, bemanning, økonomi og eierskap. En siste forutsetning er at det etableres markedsmekanismer og konkurranse som bidrar til god ressursbruk i forhold til formålet, herunder «normaloverskudd» for leverandørene.

3.3.1 Ordnede lønns- og arbeidsvilkår

Utvalget har ikke analysert lønns- og arbeidsvilkårene i de private og ideelle virksomhetene i omsorgssektoren, heller ikke om forholdene er bedre eller dårligere enn i kommunale virksomheter, eller i forhold til næringslivet for øvrig. Virksomhetene innenfor omsorgssektoren er i stor grad medlemmer i ulike arbeidsgiverforeninger, de omfattes av ulike tariffavtaler og har gjennom det ordnede lønns- og arbeidsvilkår.

Utvalget mener kommunen som oppdragsgiver må stille krav til ordnede lønns- og arbeidsvilkår hos den private eller ideelle aktøren som utfører pleie- og omsorgstjenestene.

Lønnen for pleieassistenter, helsefagarbeidere, sykepleiere og spesialsykepleiere innen kommunal pleie og omsorg bestemmes ut fra fem tariffavtaler. De kommunale sykehjemmene omfattes av KS-avtalen, eller Oslo kommunes avtale, hvorav KS-avtalen omfatter flest årsverk. De private og ideelle virksomhetene omfattes enten av Virkes, Spekters eller NHOs tariffavtale med forbundene på arbeidstakersiden, hovedsakelig Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund (NSF). Noen sentrale momenter i forskjellene på disse avtalene er:

Avtalene skiller seg fra hverandre i ulik oppbygging av ansiennitetstrinn, der de offentlige avtalene har flere ansiennitetstrinn enn de private.

- Satsene for minstelønn på de ulike ansiennitetstrinnene varierer mellom avtalene.
- Minstelønnssatsene er et gulv, en nedre grense for hva man kan betale i grunnlønn. Det er hard konkurranse om ansatte innen pleie og omsorg, så svært få ansatte i private og ideelle virksomheter tjener minstelønn.
- I de private og ideelle virksomhetene er det, på lik linje med resten av privat sektor, en større grad av individuell lønnsfastsettelse, og en større del av lønnsdannelsen skjer lokalt. Dette gir større

variasjon i hva personer med samme yrke og ansiennitet kan tjene enn i offentlig sektor.

- De offentlige avtalene er i større grad sentrale oppgjør, med mindre forskjeller mellom ansatte med samme utdanning og ansiennitet.

Hvorvidt de ansatte tjener best i kommunale, private eller ideelle virksomheter, avhenger av hvilken ansatt- og ansiennitetskategori man ser på og hvilken kommune man sammenlikner med. Det er også forskjeller på lønnsnivået mellom kommunene.

Sykepleiere som arbeider i private og ideelle virksomheter som leverer helse- og omsorgstjenester til kommunene har ytelsespensjon (KLP) på lik linje med den som praktiseres i offentlig sektor. Noen har også Statens pensjonskasse og Oslo Pensjonsforsikring AS, men med de samme overordnede prinsippene som i KLP. De private bedriftene har også som hovedregel AFP.

Enkelte av de private aktørene har samme pensjonsordning for pleieassistenter og helsefagarbeidere, men det vanligste er innskuddspensjon. Innskuddspensjon er den vanligste pensjonsordningen i privat sektor generelt. Minstesatsen bestemt i loven er at 2 prosent av lønnen fra 1G skal gå til innskudd på den ansattes pensjonskonto, maksimalrammen for lønn opp til 7,1 G er 7 prosent. Det vanligste blant de private aktørene var 4–5 prosent innskudd fra 1G.[13]

En grundig gjennomgang av lønns- og arbeidsvilkår blant private og ideelle aktører som leverer helse og velferdstjenester til det offentlige, er en del av mandatet til det offentlige utvalget som ledes av Kåre Hagen. Konklusjoner på disse punktene ventes i oktober 2019.

3.3.2 Åpenhet rundt kvalitet, bemanning, økonomi og eierskap

Det er behov for mer åpenhet og transparens i debatten rundt:

- Kvalitet på tjenestene
- Selskapets eierform og eiere
- Skatt og pengestrømmer
- Selskapenes lønnsomhet: marginer og disponering av utbytter
- Bemanningssammensetning (fagdekning)
- Lønns- og pensjonsbetingelser

Større åpenhet gir økt tillit til bransjen og gir grunnlag for en mer informert samfunnsdebatt. Det er i dag tilgjengelig informasjon om kvalitet i kommunale pleie- og omsorgstjenester fra:

- Helsenorge.no – et utvalg kvalitetsindikatorer, publiserer tall på kommunenivå.
- Kommune-stat-rapportering (KOSTRA) i SSB omfatter også flere kvalitetsindikatorer.
- Flere kommuner har tatt i bruk KS sine bruker- og pårørendeundersøkelser, men dette skjer på frivillig basis.
- Oslo kommune er en pioner innen kvalitetsmåling og har målinger av kvalitet basert på objektive og subjektive indikatorer på institusjonsnivå.

13 Pensjonsundersøkelse blant NHOs SHs medlemmer innen helse og omsorg 2015.

Likevel mangler brukere, pårørende og allmennheten fortsatt informasjon om kvaliteten i de fleste av landets sykehjem og hjemmetjenester. Ideelt sett burde denne informasjonen foreligge på tjenesteleverandørnivå eller institusjonsnivå. Mye informasjon blir borte når man ser summen for hele kommunen som består av flere sykehjem eller flere aktører som leverer omsorgstjenester til hjemmeboende.

Det å vise fram hva som foregår av kvalitetsutvikling og måling i virksomhetene kan være en god måte å synliggjøre ulike metoder for å måle kvalitet og tiltak som gjøres for å øke den. Det kan være nyttig parallelt med arbeidet med å etablere flere nasjonale kvalitetsindikatorer som omfatter kommunale, private og ideelle aktører i Norge.

Nøkkeltall for økonomi, samt informasjon om selskapsform og eierskap er tilgjengelig fra Brønnøysundregistrene. Anbudsgrunnlag og kontrakter gir også god informasjon om vilkårene og kravene de private er forpliktet til å følge i leveransen av helse- og omsorgstjenestene.

En mulig tilnærming for å øke åpenheten og tilliten kan være at virksomhetene eller organisasjonene som representerer dem innfører retningslinjer som omhandler åpenhet rundt selskapsstruktur, skatt, lønnsomhet, fagdekning og lønns- og arbeidsforhold, for å nevne noe. Utvikling av flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer, måling og tilgjengeliggjøring av resultater for kommunale, private og ideelle aktører er sentralt. Spesielt innen hjemmebaserte tjenester er det få indikatorer i dag.

Utviklingen av flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer er, som Riksrevisjonen påpeker, Helsedirektoratets ansvar. Det vil også være sentralt å tilrettelegge for gode læringsarenaer der de ulike aktørene i velferdsmiksen kan overføre erfaringer og lære av hverandre.

3.3.3 Konkurransemekanismer som begrenser unormalt høye overskudd

En av forutsetningene for at bruk av private skal være hensiktsmessig, er at det er konkurransemekanismer som hindrer at det er mulig å drive med unormalt høye overskudd.

Hvis det er slik at overskuddene blir urimelig høye, er det antakelig tre mulige forklaringer. Det kan være fordi det offentlige utformer dårlige betingelser i kontraktene, eller at konkurransen er for dårlig. Begge deler ligger det til kommunene å ivareta, gjennom bestillerrollen, jf. kap 3.4. En tredje forklaring kan være at den private eller ideelle leverandøren eventuelt vil kunne produsere med lavere ressursbruk enn det offentlige.

Menon Economics gjorde på oppdrag fra NHO Service og Handel en analyse i 2018 av omsetning, resultat før skatt, utbytte og disponering av overskudd i private og ideelle virksomheter innen ulike helse- og omsorgstjenester. Rapporten tar for seg årene 2015, 2016 og 2017 og baserer seg på regnskapsdata for AS og stiftelser separat innen flere ulike helse- og omsorgstjenester i statlig og kommunal regi.

Aksjeselskap innen sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg hadde en samlet omsetning i 2017 på 5,2 mrd. kroner. Gjennomsnittlig driftsmargin for de over 120 aktive selskapene i treårsperioden 2015–2017 har vært 2 prosent.

Rapporten viser at det er relativt lave driftsmarginer innenfor sektoren, noe som kan tyde på at kommunene som har tatt i bruk private og ideelle har ivaretatt bestillerrollen, og sikret effektiv ressursbruk.

Offentlig sektor kjøper varer og tjenester av private selskap innen en rekke næringer. Ser man på gjennomsnittlig driftsmargin i perioden 2015–2017 for alle næringer (eks. finans) varierer denne fra 7,4–9,8 prosent i perioden. Innen tjenesteytende bransjer (forretningsmessig tjenesteyting) var driftsmarginen i størrelsesorden 5–6 prosent i samme periode.[14]

3.4 Hvordan ta i bruk private og ideelle – sørge-for-ansvaret og bestillerfunksjonen

3.4.1 Helhetlig politikk og sørge-for-ansvar

Helse- og omsorgstjenesteloven definerer hvilke oppgaver innenfor omsorgsområdet kommunene har ansvaret for. Det følger av det kommunale selvstyret at det er opp til kommunene selv hvordan de organiserer oppgaveløsningen.

Loven pålegger kommunene et sørge-for-ansvar. Dette innebærer å sørge for et tilstrekkelig og forsvarlig helse- og omsorgstilbud til sine innbyggere, ved å sette sammen et tilbud ved hjelp av de leverandørene som totalt sett gir best mulig bruk av kommunens ressurser. Det er opp til kommunene selv å velge hvilke tjenesteleverandører som benyttes. Dette er en parallell til det sørge-for-ansvaret de regionale helseforetakene er pålagt gjennom helseforetaksloven.

Oppfyllelse av sørge-for-ansvaret innebærer en helhetlig tilnærming hvor alle virkemidler og aktuelle tjenesteytere vurderes for å sette sammen et best mulig tjenestetilbud.

3.4.2 Hvordan kan kommunene ivareta sørge-for-ansvaret?

Både kommuner og regionale helseforetak ivaretar dette ansvaret ved egne tjenestetilbud og tjenester kjøpt fra private og ideelle tjenesteleverandører.

Hovedmekanismen for utøvelse av sørge-for-ansvaret i forhold til private og ideelle er bruk av anbud etter de regler som framgår av Lov om offentlige anskaffelser (LOA) og tilhørende forskrift.

Gjennom konkurranseutsetting kan ideelle og private virksomheter konkurrere om å levere tjenester til befolkningen, på vegne av det offentlige. Da er det det offentlige, ofte kommuner, som bestemmer konkurransevilkårene og finansierer tjenesten. Handlingsrommet i forbindelse med innkjøp av tjenester er stort (Perspektivmeldingen 2017).

Det kan imidlertid også tenkes andre former for ivaretakelse av sørge-for-ansvaret:

14 SSB, 07371

Tabell 3.1

Økonomiske nøkkeltall for private sykehjem og hjemmebasert omsorg 2015–2017

Sykehjem og hjemmebasert omsorg	2015	2016	2017
Omsetning (mill. NOK)	4 467	4 872	5 222
Driftsmargin (prosent)	2 %	2 %	2 %
Antall aktive selskap	120	136	135
Utbytte (mill. NOK)	25,2	14,1	27
Overskudd tilbakeført til selskapet (mill. NOK)	135,9	101,9	185,3
Skattebidrag (selskapskatt) (mill. NOK)	31,9	39,8	39,5

Menon økonomiske nøkkeltall

Tilskudd

Tilskudd gis i dag over de kommunale budsjetter til drift av private, godkjente barnehager. Dette gjøres med bakgrunn i barnehageloven og tilhørende forskrift. Barnehagetilskuddet finansieres av kommunenes frie inntekter (rammetilskuddet og skatteinntekter). Det vil si at det er kommunene som vedtar hvor mye de skal bruke på barnehager over sine kommunebudsjetter. Kommunene gir tilskudd til godkjente private (private, fylkeskommunale og statlige barnehager) og barnehagene skal behandles likeverdig ved tildeling av tilskudd. Tilsvarende modell kan også vurderes anvendt på andre velferdsområder.

Utvidet egenregi

Utvidet egenregi kan gi et unntak fra anskaffelsesreglene ved at det skapes en sterk grad av integrasjon mellom oppdragsgiver og leverandør på en slik måte at det etableres et tydelig avhengighetsforhold mellom offentlige myndigheter og en ideell organisasjon. Det er to krav som må oppfylles. For det første må mer enn 80 prosent av den aktuelle leverandørens

virksomhet utøves på oppdrag fra den aktuelle oppdragsgiver. For det andre må samme oppdragsgiver utøve en kontroll over leverandøren som tilsvarer det oppdragsgiver kan utøve internt i egne organisasjoner, hvilket også forutsetter at nivået av privat innflytelse er helt ubetydelig. Slik situasjonen er i dag er ideelle organisasjoner normalt selveiende og uavhengige av offentlige myndigheter og det er derfor i utgangspunktet vanskelig å se at oppfyllelse av kontrollkriteriet er realistisk i forbindelse med samarbeid mellom offentlige myndigheter og en ideell leverandør.

Partnerskap

Dette er en modell hvor man tenker seg et samarbeid hvor forpliktelsene til henholdsvis offentlige myndigheter og ideelle organisasjoner ikke bygger på kontraktsrettslig grunnlag, men for eksempel på en ordning for finansiell støtte til aktører som yter helse- og sosialtjenester. Hvorvidt det foreligger en kontrakt i anskaffelsesdirektivets forstand, vil bero på en konkret vurdering av de underliggende realiteter. For å definere samarbeidet som noe annet enn et kontraktsforhold, er det nødvendig at kontrollen over tjenestene i noen grad blir flyttet fra oppdragsgiversiden til leverandørsiden.

Innovasjonspartnerskap

Innovasjonspartnerskap er prosedyren for innovative anskaffelser som det nå er tilrettelagt for i anskaffelsesreglene. Hensikten er å legge til rette for tettere og bedre samarbeid mellom ulike offentlige, ideelle og private aktører, for å trekke veksel på erfaringene og kompetansene på tvers av offentlig og privat og sektor for å løse viktige samfunnsutfordringer.

Innovativ anskaffelse innebærer at oppdragsgiver går i dialog med markedet før anskaffelsen. Oppdragsgiver formidler behovet og lar leverandørene foreslå den beste løsningen. Ved å fokusere på ytelsen til tjenesten, heller enn detaljerte krav, kan man finne nye og bedre måter å løse oppgavene på.[15]

Mangfoldet av aktører vil generere flere miljøer for utvikling, og konkurransedynamikken bidrar til høyere intensitet for utviklingstakten. Ulike innovative anskaffelsesprosedyrer og metoder omfatter:

- Innovasjonspartnerskap
- Før-kommersielle anskaffelser (pre-kommersielt kjøp)
- Forsknings- og utviklingskontrakter
- Konkurransepreget dialog
- Plan- og designkonkurranse[16]

Anskaffelser kan gjennomføres av enkeltkommuner, men det er også mulig at flere kommuner går sammen om en innovativ anskaffelse. Et godt eksempel på dette er de 30 Agderkommunene som gikk sammen om en felles anskaffelse av trygghets- og varslingsteknologi for hjemmetjeneste og sykehjem, teknisk driftsløsning og teknisk responssenterløsning. Fellesanskaffelsen gjorde at kommunene fikk økt innkjøpsmakt og kunne trekke veksel på hverandres erfaringer både i og etter kjøpsprosessen.[17]

15 Difi 2018a
16 Difi 2018b
17 Difi 2018. 29. okt 2018. 30 kommuner med fellesanskaffelser av velferdsteknologi

«Det viktige i bestillerrollen er å sikre størst mulig helse- og omsorgsgevinst med tilgjengelige ressurser.»

Kommuner og andre offentlige instanser som ønsker å gjennomføre innovasjonspartnerskap eller før-kommersielle anskaffelser kan også søke finansiering fra Innovasjon Norge og Forskningsrådet.

Brukervalg

Brukervalg er et virkemiddel for å oppfylle sørge-for-ansvaret. Rammeavtale og tjenestekonsesjonskontrakt har så langt vært de kontraktsformene som kommunene oftest benytter ved kjøp av helse- og omsorgstjenester fra private tjenesteytere i forbindelse med fritt brukervalg.

Brukervalg betyr at det er brukeren selv (evt. assistert av pårørende) som velger tjenesteyter fra kommunen eller blant de tjenesteyterne kommunen har godkjent eller har avtale med. Det er fortsatt kommunen som tildeler retten til å få tjenesten til brukerne, og i de aller fleste tilfeller er også kommunen en av aktørene brukeren kan velge.

På denne måten innføres konkurranse ved at de som leverer tjenestene må få brukerne til å velge nettopp dem, i motsetning til konkurranseutsetting der det er kommunen som velger tjenesteyteren. Denne valgfriheten handler også om å kunne velge bort en tjenesteyter man ikke er fornøyd med. Brukervalg kan også innebære valg mellom flere kommunale tjenester.

Norske kommuner har foreløpig begrenset med erfaringer med brukervalg. 20 av 422 kommuner har innført fritt brukervalg for hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand, tilsvarende 5 prosent av kommunene. I Sverige har over halvparten av kommunene fritt brukervalg[18], og i Danmark har 95 prosent av kommunene brukervalg.

Koordinering

Koordinering av tjenestetilbud som er tilgjengelig for brukere etter autorisasjon/godkjenningsordninger kan også være en del av ivaretakelsen av sørge-for-ansvaret. Vi har allerede en form for dette gjennom tildeling og finansiering av fastlegehjemler og fysioterapi. Hjemmetjenester med fritt brukervalg er naturlige områder for dette.

Offentlig-privat samarbeid (OPS)

OPS kommer i flere ulike former og er en organisering av offentlig tjenesteproduksjon i form av et samarbeid mellom offentlige og private aktører. Ansvaret og den finansielle risikoen fordeles mellom partene. Denne samarbeidsformen har vært hyppigst brukt innen samferdselssektoren, men også til å bygge og drive nye skole- og helsebygg. Det er den offentlige parten som har det endelige ansvaret for leveringssikkerheten til innbyggerne (Perspektivmeldingen 2017).

Uavhengig av hvordan sørge-for-ansvaret ivaretas, vil et godt samarbeid mellom kommuner og

18 Almega 2018. Privat vårdfakta

Boks 3.10

Å våge å prøve noe nytt – bestilleren som driver for innovasjon

Det er viktig med innkjøpere som tør satse på gründere og nye løsninger, også før referansene er på plass. Bydel St. Hanshaugen i Oslo ved leder for helse og omsorg, Sven Bue Berger, var første norske kommunale oppdragsgiver for medisinsk avstandsoppfølgning med Dignio AS i 2012. Dette resulterte i et pilotprosjekt med i de til sammen fire bydelene tilknyttet Lovi-senberg Diakonale Sykehus i Oslo. Resultatene var svært gode:32 prosent færre sykehusinnleggelser, 42 prosent færre legebesøk og 50 prosent færre akuttinnleggelser. Brukerne fikk større trygghetsfølelse og kontroll over egen helse.

I 2019 har Dignio AS faste samarbeid med femti kommuner, ytterligere hundre kommuner er interessert i å samarbeide. Selskapet har også fått kontrakter i Kina, og inngikk nylig samarbeid med Birmingham University om utvikling av behandlingsforløp for kreft. Det at Bydel St. Hanshaugen ga de en mulighet har vært helt avgjørende for utviklingen av tjenesten flere kommuner og helseforetak nå kan dra nytte av.

private/ideelle leverandører stille krav til bestillerfunksjonen. Kommunene gjør i dag en god jobb som oppdragsgiver og bestiller. De endringer som nå er gjort i regelverket gir imidlertid et handlingsrom det er viktig å benytte for å møte fremtidens utfordringer.

Profesjonelle oppdragsgivere som hele tiden arbeider med videreutvikling av sin bestillerkompetanse er vesentlig for et godt resultat for kommunenes innbyggere. Utgangspunktet for den profesjonelle bestiller er en helhetlig vurdering av hvordan det samlede tjenestetilbud, som består av offentlige, private og ideelle tilbud, settes sammen med sikte på størst mulig effekt for tjenestemottakerne.

Kommunene har både en bestillerrolle og en eierrolle ved at de selv leverer tjenester til sine innbyggere. En forutsetning for å skille disse rollene er at det ligger en klar rolleforståelse i bunn. Det viktige i bestillerrollen er å sikre størst mulig helse- og omsorgsgevinst med tilgjengelige ressurser ut fra perspektivet; en befolkning – et behov – en ressursmengde. Det betyr at man allerede i utgangspunktet må foreta en samlet vurdering av behov og tilgjengelige ressurser, for deretter å finne en god balanse mellom tilbud fra offentlige, private og ideelle og offentlige tjenester.

Ved enhver anskaffelse kommunene gjør må det gjennomføres en grundig behovskartlegging.

«En av nøklene for bedre samspill mellom offentlig og privat sektor er at det offentlige blir enda bedre innkjøpere.»

Behovskartleggingen må skje i samarbeid med både egne tjenesteytere og private og ideelle tjenesteytere. Behovskartleggingen bør inneholde blant annet følgende elementer:

Analyse av behovsutviklingen ut fra demografi, sykdomsbilde og omsorgsbehov innen aktuelt område.

- Analyse av tallmateriell med tanke på hvilke områder det er behov for tjenester
- En oppsummering av innmeldte behov fra hjemmetjenester, sykehjem og fastleger
- Erfaringer fra avtaleoppfølging i forrige perioder
- Vurdering av forskjellige måter å dekke behovet på
- Geografisk komponent

Kontraktsoppfølging av tjenesteleverandører er en del av grunnlaget for nye behovsvurderinger. Det samme gjelder forvaltningsoppfølging av egne tjenesteleverandører.

På bakgrunn av denne behovskartleggingen er det viktig å foreta en helhetlig vurdering av hvordan det samlede tjenestetilbud settes sammen på best mulig måte i forhold til den effekt man ønsker å oppnå innen tjenestetilbudet.

Samtidig som utnytting av offentlig kapasitet er viktig, er det viktig å se på tilgjengelige private og ideelle ressurser og hvordan disse kan utnyttes på best mulig måte.

Dette innebærer også å se på både samarbeidsløsninger og løsninger hvor oppgaver kan overføres til private og ideelle.

3.4.3 Videreutvikling av bestillerfunksjonen

Mange norske kommuner er i dag gode innkjøpere. Dette er et godt grunnlag for den videreutvikling av bestillerfunksjonen som er nødvendig for å møte omsorgsutfordringen.

En av nøklene for bedre samspill mellom offentlig og privat sektor, er at det offentlige blir enda bedre innkjøpere. En videreutvikling av bestillerfunksjonen betyr at man ikke bare gjør mer av det samme, men at man hele tiden ser på nye modeller for offentlig – privat/ideelt samarbeid og andre måter å innrette konkurranser og samarbeid på.

Dette kan innebære at kommunene i større grad:

- Legger til grunn en oppgave-/funksjonsfordeling mellom offentlig/privat/ideell
- Utvikler samarbeidsmodeller offentlig/privat/ideell
- Tilrettelegger for tjenestemottakernes frie valg

Metoder for bruk i dette arbeidet med å videreutvikle bestillerfunksjonen vil være:

- Forankringsarbeid i kommunens politiske organer og kommuneadministrasjonen
- Etablere kapasitet og kompetanse på helseøkonomiske analyser av private, ideelle og offentlige helsetjenestetilbud
- Gjennomføre behovsanalyser som også innebærer en analyse av alternativkostnader av private, ideelle og offentlige tjenestetilbud
- Gjennomføre behovsanalyser som baserer seg på en optimal sammensetning av private, ideelle og offentlige tjenestetilbud
- Stimulere til konkurranse og velfungerende markeder ved å vurdere både geografisk oppdeling av konkurranser og begrensninger på tildeling av volum til en enkelt leverandør.

3.4.4 Hvordan bruke private og ideelle tjenesteleverandører – alternative modeller

De private og ideelle er allerede en del av løsningen i dag, og vil være en like naturlig og nødvendig del av løsningen i fremtiden. Det betyr at det det er viktig også å se på nye modeller for samarbeid offentlig – privat – ideell.

Forskjellige måter å ivareta sørge-for-ansvaret på er beskrevet tidligere under punkt 3.4.2.

Innenfor rammen av avtaler inngått av kommunene kan modeller for et slik samarbeid være at private/ideelle aktører:[19]

- Fungerer som underleverandør til en kommunal tjenesteyter
- Drifter et helhetlig sykehjemstilbud eller deler av sykehjemstilbudet
- Drifter hele eller deler av den kommunale institusjonslegetjenesten
- Drifter forsterkede sykehjemsposter
- Drifter hele eller deler av hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, praktisk bistand og BPA)
- Gis et ansvar for å levere hele eller deler av tjenestetilbudet i et gitt geografisk område
- Drifter tilbud til personer med omfattende behov for pleie og omsorg
- Drifter tilbud innenfor psykisk helsevern og rusomsorg
- Drifter tilbud innenfor rehabilitering
- Drifter ressurssenter for velferdsteknologi og/eller fungerer som alarmsentral
- Tettere samarbeid mellom fastleger og institusjoner

Som nevnt tidligere har både kommuner og regionale helseforetak den samme lovfestede plikten til å sørge for tjenester til befolkningen.

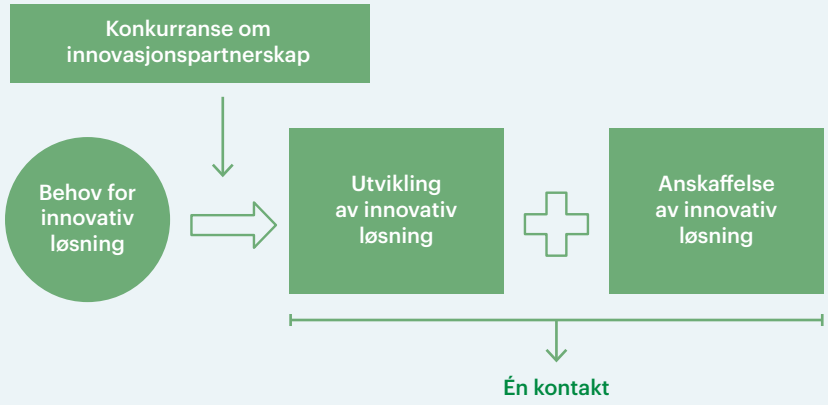
De endringer som nå er foretatt i anskaffelsesregelverket gir oppdragsgiver et stort handlingsrom i forhold til utforming av konkurransegrunnlaget.

I tillegg til bruk av anbud kan det også vurderes modeller for samarbeid gjennom tilskuddsordninger, former for utvidet egenregi, partnerskap, innovative anskaffelser og koordinering som omtalt ovenfor.

19 Eksempler på slike modeller finnes også i de regionale helseforetakenes strategier for samarbeid med private leverandører av helsetjenester.

Figur 3.3

Innovasjonspartnerskap kombinerer utvikling av løsning og påfølgende kjøp i samme kontrakt



Kilde: Regjeringen.no 2018

Innovasjonspartnerskap

I 2017 trådte en ny lov om offentlige anskaffelser i kraft. Loven introduserte en ny juridisk prosedyre, innovasjonspartnerskap. Hensikten var å legge til rette for tettere og bedre samarbeid mellom ulike offentlige og private aktører, for å trekke veksel på erfaringene og kompetansene på tvers av offentlig og privat og sektor for å løse viktige samfunnsutfordringer. Danmark var Europas første land til å ta metoden i bruk, og dette la grunnlag for den norske modellen av innovasjonspartnerskap. I innovasjonspartnerskap samarbeider ulike aktører, gjerne fra forsknings- og utviklingsmiljøer, leverandører og bestillende virksomhet. (Se figur 3.3)

Difi (2018) beskriver særtrekkene i innovasjonspartnerskap som:

- Benyttes for anskaffelser av varer og tjenester som per i dag ikke finnes
- Innovasjonspartnerskap inngås med forhandling
- Det kan inngås partnerskap med en eller flere leverandører
- Selve utviklingsarbeidet skal struktureres i faser med delmål
- Etter hver fase kan oppdragsgiver, på bakgrunn av de avtalte delmålene, avslutte innovasjonspartnerskapet (Difi 2018).

Boks 3.11

Stavanger kommune – Innovasjonspartnerskap

Som den første kommunen i landet og en av de første offentlige aktørene i Europa har Stavanger kommune inngått et offentlig-privat innovasjonspartnerskap, som kombinerer utvikling og kjøp i en kontrakt. Målet er å tenke nytt om hvordan kommunens heldøgnpasienter kan få økt livskvalitet, være mer aktive og leve selvstendige liv, blant annet gjennom prosjektet «Leve HELE LIVET». Stavanger har inngått kontrakt med to leverandører som skal bidra til å gjøre brukere mer aktive og selvhjulpne. Løsningene som skal utvikles og testes med brukere, ansatte og pårørende er:

- Aktiviseringsroboten Berntsen, utviklet av Innocom AS. Roboten skal gi motivasjon, veiledning og støtte til å mestre hverdagen i eget hjem.
- Smartrullator, utviklet av TOPRO Industri AS. Rullatoren registrerer aktivitet og bevegelse hos brukeren i kombinasjon med brukertilpassede applikasjoner på f.eks. et nettbrett. Kan kommunisere og dele informasjon med pårørende og helsepersonell.

To oppdragsgivere som har vært tidlig ute i å ta innovasjonspartnerskap i bruk er Stavanger kommune og Sykehuset i Østfold HF. (Se boks 3.11)

3.5 Oppsummering – behov for en velferdsmiks

«Kommunene bør i sine velferdsstrategier vurdere å ivareta brukernes behov ved en kombinasjon av ulike aktører, en velferdsmiks.»

Utviklingen går nå fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg. Flere trinn i omsorgstrappen bidrar til at flere kan bo hjemme lengre. For at kommunene i fremtiden skal tilby best mulige, og forsvarlige omsorgstjenester i tråd med dette er det viktig med tjenester med følgende egenskaper, det vil si de kan bidra til:

- Innovasjon og nye arbeidsformer
- Å løse kapasitetsutfordringen
- God/rett kvalitet på tjenestene
- Integrert bruk av velferdsteknologi
- Valgfrihet for brukerne
- Sømløse tjenester og bedre samhandling

Det er i lys av disse behovene bruk av private og ideelle tjenesteleverandører må vurderes.

Hvorfor bruke private og ideelle?

- Innovasjon og nye arbeidsformer.
  Et system med flere ulike aktører gir mangfold og med det muligheter for innovasjon og utvikling av nye arbeidsformer, til nytte for alle tjenesteleverandørene, også de kommunale.
- Kapasitet. Norge har en lang tradisjon med private og ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester, og omfanget er i dag betydelig. De private og ideelle tjenesteleverandørene kan bidra med kapasitet.
- Kapital. De private og ideelle har rammebetingelser, beslutningsrom og kapitaltilgang som gjør det mulig å kunne bidra.
- Kvalitet. Mangfold og konkurranse kan bidra til effektivisering, innovasjon og kvalitetsheving. Både mellom leverandørene, men også med overføringsverdi til kommunene.
- Økt bruk av velferdsteknologi vil avhjelpe utfordringene ved at det åpner for helt nye måter å levere tjenester. Mange private aktører har tatt i bruk ny teknologi, og har kompetanse og erfaringer som kan være nyttig også for kommunene.
- Valgmuligheter. Det å sette brukeren i sentrum innebærer også å gi brukerne valgmuligheter. Bruk av private og ideelle bidrar til dette.

Kommunene bør i sine velferdsstrategier vurdere å ivareta brukernes behov ved en kombinasjon av ulike aktører, en *velferdsmiks*. Det er ikke gitt at det er hensiktsmessig med en velferdsmiks i alle kommuner. Det må vurderes ut fra lokale behov og forhold.

Det er noen forutsetninger som må ligge til grunn for at private og ideelle skal være en del av løsningen:

- Ordnede lønns- og arbeidsvilkår
- Åpenhet rundt kvalitet, bemanning, økonomi og eierskap
- Konkurransemekanismer som hindrer mulighet for unormalt høye overskudd

For å sikre en balansert og helhetlig velferdsmiks er det viktig at bestillerfunksjonen stadig videreutvikles. Konkurransene må bidra til kvalitetsheving, ikke kun bli en teknikk for å redusere pris. Bestiller må tenke helhetlig i forhold til hva som er den beste sammensetning av tilbudet, med tanke på behovsdekning, kvalitet og effektiv ressursbruk.

04
Anbefalinger

I kapitlene 2 og 3 har vi beskrevet utfordringsbildet og vurdert hvordan private og ideelle aktører kan bidra for å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Utvalgets konklusjoner er oppsummert i hvert av disse kapitlene. Det er også beskrevet hvordan kommunene kan ivareta det samlede sørge-for-ansvaret.

Rapportens hovedkonklusjon er at kommunene i sine velferdsstrategier bør vurdere å ivareta brukernes behov ved en kombinasjon av ulike aktører, en velferdsmiks.

Det er visse forutsetninger for at bruk av private og ideelle skal være ønskelig og hensiktsmessig (jf. kapittel 3.3 og pkt. 4.6 nedenfor).

I dette kapitlet vil utvalget komme med noen ytterligere anbefalinger som understøtter konklusjonene i kapittel 3. Anbefalingene berører hva som kreves for at Kommune-Norge skal klare å utvikle innovative velferdsstrategier med den rette miks av velferdstjenester fra kommunale, private og ideelle tilbydere.

Anbefalingene i 4.1–4.3 dreier seg dels om forhold som kommunene selv har ansvar for, 4.4 og 4.5 berører kommunale og statlige virkemidler, mens 4.6 gjelder forhold som de private og ideelle aktørene selv i stor grad kan ta tak i. Avslutningsvis pekes det i 4.7 og 4.8 på noen overordnede politiske forhold som bør vurderes.

4.1 Innovative velferdsstrategier med fokus på læring

En kritisk suksessfaktor for å få til gode tiltak både i offentlig og privat sektor er at det løpende arbeides med å fornye og forbedre tilbudene. Det krever i denne sammenheng strategier for innovasjon som vektlegger nye arbeidsformer, sømløse og koordinerte tilbud, og bruk av velferdsteknologi. Kommunenes velferdsstrategier bør berøre hvordan det legges til rette for læring innen og på tvers av organisasjoner. Noe av argumentasjonen for bruk av private og ideelle aktører er at det bidrar til læring, som igjen bidrar til å gjøre både det private, ideelle og det kommunale tjenestetilbudet bedre.

Læring kan oppnås på flere måter, enten gjennom etablering av læringsarenaer og direkte kontakt mellom aktørene, eller gjennom læring og utvikling som oppdragsgiver. Det er mange læringsarenaer i kommunene og mellom kommuner, men det er utvalgets inntrykk at private og ideelle aktører i varierende grad er en del av disse arenaene.

Det bør etableres flere læringsarenaer der private og ideelle aktører også deltar, sammen med kommunale tilbydere.

Læring kan også skje ved at kommunen som bestiller får innblikk i nye arbeidsformer og kvalitetsutvikling, som i neste omgang blir til krav i neste anbudsrunde eller oppfølging av egne virksomheter. Bærum kommune har ett privat sykehjem, og beskriver at en effekt av dette er at de har kommet lenger i arbeidet med kvalitetsutvikling i alle sykehjemmene.

Norske kommuner bør vurdere bruk av private og ideelle aktører som et ledd i en innovasjons- og læringsstrategi.

Kommuner og offentlige etater som forvalter offentlige oppgaver kan søke Innovasjon Norge og Forskningsrådet om midler til å gjennomføre innovative anskaffelser. Dette kan gi store gevinster for de kommunene som finner nye løsninger. Det ligger imidlertid et stort uforløst potensial i ringvirkningseffektene til andre kommuner som ønsker å implementere andre kommuners innovasjoner. For å øke omfanget av helt nye løsninger/innovasjoner som har potensial for å gi gevinster, bør det vurderes å etablere gode læringsarenaer og støtteordninger for kommuner som ønsker å implementere en annen kommunes innovative løsning.

Utvalget mener at man bør styrke støtten til anskaffelser av innovasjoner i kommunene på helse- og omsorgsfeltet, og tilrettelegge for læring og støtte for at innovasjonene skal komme flere kommuner til gode.

4.2 Klarhet i roller og ansvar

Det er viktig at det er klarhet i *roller og ansvar*. Et område hvor det er viktig med en klar rolleforståelse dreier seg om skillet mellom kommunens sørge-for-ansvar (bestillerrollen) og kommunen som tjenesteleverandør (eierrollen). Sørge-for-ansvaret kan ivaretas ved hjelp av en rekke ulike aktører, både kommunale, private ideelle og frivillige, og må håndteres uavhengig av leverandørrollen. I små kommuner kan det være vanskelig å ha skarpe organisatoriske skiller mellom disse rollene, men det er nødvendig å ha bevissthet rundt dette for å utøve bestillerrollen på en profesjonell måte.

Kommunene bør tydeliggjøre skillet mellom de to rollene som tjenesteleverandør og sørge-for-ansvarlig (bestiller). Det er i den siste rollen kommunene bør vurdere hvordan private og ideelle aktører kan inngå i det samlede tjenestetilbudet.

4.3 Alternative samarbeidsformer mellom kommunale, private og ideelle aktører

Utfordringene framover er så store at det er viktig å mobilisere både offentlige, private og ideelle ressurser, og finne nye veier til samarbeid mellom disse aktørene på tvers av tradisjonelle skillelinjer for å utnytte innsikt, skaperkraft og teknologi for å gi innbyggerne et best mulig tjenestetilbud og valgmuligheter. Som nevnt i kapittel 3 er det flere mulige modeller i tillegg til vanlig konkurranseutsetting, for eksempel:

- Tilskuddsmodeller
- Utvidet egenregi
- Partnerskap
- Offentlig-privat samarbeid
- Innovative anskaffelser, for eksempel innovasjonspartnerskap

Utvalget vil spesielt trekke frem betydningen av å utvikle innovasjonspartnerskap mellom kommunene og tjenesteleverandører. Flere kommuner har tatt i bruk denne nye anskaffelsesprosedyren for anskaffelser fra leverandører av velferdsteknologi og liknende. Innovasjonspartnerskap bør også i større grad vurderes ved kjøp av omsorgstjenester.

Profesjonell utøvelse av bestillerrollen krever kompetanse. Som belyst i kapittel 2 vil utfordringene når det gjelder demografi og kompetanse særlig treffe mange av de små kommunene. Det er flere eksempler på at mindre kommuner samarbeider om innkjøp.

Utvalget ser bestillersamarbeid mellom mindre kommuner som et viktig virkemiddel for å kunne bruke private og ideelle aktører i omsorgssektoren.

4.4 Mer forsøk- og forskningsvirksomhet

Det bør stimuleres til mer forskning på de kommunale tjenestene, i samarbeid med utdannings- og forskningsinstitusjoner. Nærliggende tema i denne sammenheng vil være planlegging og organisering av de fremtidige tjenestene, herunder hvordan ulike samarbeidsløsninger mellom ulike aktører kan bidra til å finne gode modeller og tiltak. Sammenligning (benchmarking og benchlearning) av ressursinnsats og resultater mellom ulike organisatoriske løsninger og modeller vil også kunne bidra til kvalitetsutvikling og læring. Det finnes ikke noe enkelt svar på hvordan ulike kommuner i praksis skal klare å finne fram til den rette velferdsmiksen. Derfor må det igangsettes mer systematiske *forsøk og forskning* av og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom forsøk og forskning kan kommunesektoren lære mye om hvordan ulike samarbeidsformer mellom kommunale, ideelle og private aktører fungerer i praksis.

Utvalget er kjent med at det har vært en økning i forskningsmidler til omsorgsområdet, og at det er en satsing på dette området blant annet i Forskningsrådet, i regi av Horisont21 og gjennom Senter for omsorgsforskning. Samtidig foregår det langt mindre forskning og forsøksvirksomhet i den lokale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten jf. kapittel 2.

Skal den lokale helse- og omsorgstjenesten bli en likeverdig partner med spesialisthelsetjenesten må den bli likestilt med hensyn til både forskning, forsøk og fagutvikling. Utvalget foreslår å styrke forskningen på effekten av tiltak i kommunene. Som et ledd i dette bør det også forskes nærmere på erfaringer med bruk av private og ideelle tilbydere.

4.5 Videreutvikling av kvalitetsindikatorer

Som nevnt i kapitlene 2 og 3 er det behov for mer kunnskap om kvaliteten i omsorgssektoren. Det er også påpekt behov for å utvikle flere kvalitetsindikatorer (kilde: Riksrevisjonen). Det er utviklet noen nye indikatorer de siste årene, men det er det få kvalitetsindikatorer, særlig i hjemmetjenestene.

Kvalitetsindikatorer gir bedre grunnlag for å styre og utvikle tjenesten, og det gir brukere bedre mulighet til å foreta valg der det er mulighet for det. Kvalitetsindikatorer er viktig for at kommunene skal kunne ta i bruk og følge opp private og ideelle tilbydere, men også i forhold oppfølging av egne tjenester. Når indikatorene blir publisert offentlig, gir de grunnlag for en allmenn debatt om standard og forventninger knyttet til omsorgstjenester.

Kvalitetsindikatorer er i varierende grad tatt i bruk i bruk og utviklet på kommunalt nivå. En del kommuner (for eksempel Oslo) har kommet langt med dette. Likevel mangler brukere, pårørende og allmenheten fortsatt informasjon om den pleiefaglige og opplevde kvaliteten i de fleste av landets sykehjem og hjemmetjenester. Et problem er at informasjonen om kvalitet presenteres på kommunenivå, få kommuner har tilgjengeliggjort dette på virksomhetsnivå (pr. sykehjem eller hjemmetjenesteleverandør).

Utvalget støtter derfor anbefalingene fra Riksrevisjonen om flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er videre viktig at det er åpen informasjon om kvalitet på institusjonsnivå for sykehjem og virksomhetsnivå for hjemmebasert omsorg. Kvalitetsundersøkelsene bør være presentert på en slik måte at den har verdi også for brukere, pårørende og allmennheten. Dette bør gjelde for alle tjenesteleverandører, kommunale, private og ideelle.

4.6 Rammebetingelser for private og ideelle – behov for retningslinjer

Det er mange som er enige i at private og ideelle vil kunne bidra for å møte fremtidens omsorgsutfordringer, men det er ulike syn på hvilke forutsetninger og rammer som må være på plass for at det skal være ønskelig. I rapportens kapittel 3 beskrives noen forutsetninger som må ligge til grunn for at disse skal være en del av tjenestetilbudet. Det er:

1. Ordnede lønns- og arbeidsvilkår
2. Åpenhet om økonomi, eierskap og kvalitet
3. Konkurransemekanismer som hindrer unormalt høye overskudd

Utvalget har ikke detaljert beskrevet disse forutsetningene. Kommunene kan gjennom bestillerrollen stille krav til disse forholdene i det enkelte anbud. Samtidig kan det også være behov for et sett med retningslinjer som gjelder for aktører innenfor velferdssektoren generelt. De aller fleste aktørene i sektoren er seriøse, og er minst like opptatt av disse spørsmålene som offentlige aktører, eller bedrifter i andre bransjer. I lys av

debatten om aktørenes rolle og motiver vil det likevel kunne være en fordel for bransjen selv å tydeliggjøre slike retningslinjer.

Utvalget vil derfor anbefale at aktørene selv, eller organisasjoner som representerer dem, vurderer utvikling av et sett med retningslinjer for private og ideelle velferdsaktører.

4.7 En helhetlig og sektorovergripende politikk

Det er kommunene som har og bør ha ansvaret for omsorgssektoren. Staten må bidra med rammebetingelser slik at de kan oppfylle ansvaret, herunder gjennom en rekke virkemidler på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Det er ikke mangel på reformer og «løft» innen omsorgssektoren (kvalitetsreform, kompetanseløft, omsorgsplan, demensplan mv). I «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017–2018)» beskrives ca. 20 forskjellige planer, meldinger og strategier som berører omsorgsområdet. Det er med andre ord en rekke satsinger, men det gjør også at politikken kan bli fragmentert.

Det er lagt fram en del meldinger og planer for hele omsorgsfeltet. Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, og planen *Omsorg 2020* hadde et helhetlig perspektiv. Helhetlig politikk var også et av budskapene stortingsmeldingen om *Fremtidens primærhelsetjeneste* (Meld. St. 26 (2014–2015)), men denne berører mer helse enn omsorg. *Leve hele livet* ser også på en rekke virkemidler, også på tvers av politikkområder, men hovedfokus er «kvalitetsreform».

Omsorgspolitikken må også sees i sammenheng med andre politikkområder som for eksempel helse, utdanning, forskning, familiepolitikk, arbeidslivspolitikk, næringspolitikk og boligpolitikk. Et eksempel er den kommende stortingsmeldingen om helsenæringen, som også er viktig for omsorgssektoren.

Utvalget mener det er behov for en helhetlig politikk innenfor omsorgsfeltet. Det er også behov for en sektorovergripende tilnærming, hvor omsorgspolitikken i større grad ses i sammenheng med andre politikkområder.

4.8 Behov for tverrpolitiske løsninger

Det er stor grad av enighet om at vi står overfor store utfordringer på omsorgssektoren, men det er ulike syn på virkemiddelbruken. Utfordringene krever politiske grep nå, som har betydning for flere tiår fremover. Det er i Norge tradisjon for å finne gode tverrpolitiske løsninger når utfordringene er tydelige og krevende. Pensjonsforliket og barnehageforliket er gode eksempler på dette. Det bør være mulig å få til samme pragmatiske tilnærming til omsorgssektoren, jf. utvalgets forslag til en «velferdsmiks» når det gjelder virkemiddelbruken. Forlik med enighet om langsiktige løsninger gir forutsigbarhet for alle aktører, og sikrer ressurser og kvalitet i tjenestene.

Det bør arbeides for et «omsorgsforlik» om virkemiddelbruken, som flertallet av politiske partier kan stille seg bak.

Kilder/litteratur:

A Almega. 2018. *Privat Vårdfakta*. https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2018/06/privat-vardfakta-2018.pdf

Aspøy, Arild og Mathilde Aarvold Bakke. 4/2018 (Volum 28). *Billig og bra med private, men...* Stat og Styring. 2018

B Bekkelund, Doksheim *En drøfting av argumenter for og mot private, kommersielle aktører i velferden*, Civita 2019

D Daatland, Svein Olav. *Boligorientert omsorg? Trender og kontraster i Skandinavisk eldreomsorg*. NOVA. 2015

Difi. 2018a.12.juni 2018. *Gå sammen om innovative anskaffelser og få større gevinster*

Difi. 2018b. *Innovative anskaffelser*. https://www.anskaffelser.no/innovasjon

Difi 2018c. 2.nov.2018. *Innovasjonspartnerskap*

Difi. 29.okt 18. *30 kommuner med fellesanskaffelse av velferdsteknologi*

E Eidsvoll kommune 2018. *Strategiplan for helse- og omsorgstjenester 2018–2028*

Effektiviseringsnettverkene https://www.bedrekommune.no/

F Fasting, Mathilde. 2018. *Velferdsdebatten som sporet av*

Farstad, Sindre. 2018. *Eldrebølgen, storm i et vannglass*, Fagbladet Samfunn & Økonomi

Finansdepartementet. Meld. St. 29 (2016–2017) *Perspektivmeldingen*. 2017

Finansdepartementet. NOU 2004:1. *Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida*

Forbrukerrådet. *Undersøkelse om fritt brukervalg*. 2015

For velferdsstaten, hjemmeside/artikler www.velferdsstaten.no/

G Gautun Heidi, Hanne Bogen og Anne Skevik Grødem 2013. *Konsekvenser av konkurranseutsetting*. Fafo-rapport 2013:24

H Helse og Omsorgsdepartementet (2017–2018) Meld.st.15. *Leve Hele livet. En kvalitetsreform for eldre*

Helse og Omsorgsdepartementet. 2016. *Rom for omsorg. Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*

Helse og Omsorgsdepartementet. 2011. NOU 2011–11: *Innovasjon i Omsorg*. Hagen-utvalget. 2011

Helse- og omsorgsdepartementet/KS 2017. *Notat om definisjonen av heldøgns omsorg*

Helse- og omsorgsdepartementet. *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*

Helsedirektoratet. *Kunnskapsoppsummering Velferdsteknologi*. 2017

E Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes. *Behovet for arbeidskraft og omsorgs-boliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*. SSB-rapport 2016

K Karmøy kommune. Helse- og omsorgsplan, heldøgnstilbud og alternative boformer. 2016

Kommunal og moderniseringsdepartementet. *Brukervalg i kommunal tjenesteyting. Veileder for kommuner som ønsker å innføre brukervalg*. 2015

Kommunal- og moderniseringsdepartementet *Brukervalg i kommunal tjenesteyting En kunnskapsoppdatering*. 2015

Kommunal og moderniseringsdepartementet. NOU 2000:19 *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? — En gjennomgang av nasjonale og internasjonale erfaringer*. Sandbekkutvalget. 2000

Kulturdepartementet, NOU 2016:12 *Ideell opprydding*

KS. *Rekrutteringsbehov i kommunesektoren frem mot 2028*. 2019

KS. *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser – fremtidens behov*. 2016, oppdatert 2018

KS *Arbeidsgivermonitor* 2017

M Menon Economics. 2018. *Finansielle nøkkeltall for den private behandlings- og omsorgsnæringen*. Publikasjon 95/2018. Erik W. Jakobsen og Lars Hallvard Lind

N NHO Service 2017. *Myter og Fakta*. Pensjonsundersøkelse blant NHO SHs medlemmer innen helse og omsorg 2015

P Pensjonistforbundet. *Fakta om eldre i Norge* https://www.pensjonistforbundet.no/side/64-fakta-om-eldre-i-norge

O Oslo Economics. Rapport om *Fremtidens helse- og omsorgstjeneste*. 2017

R Regjeringen.no (2017). 12.12.17. *Innovasjonspartnerskap*. Tilgjengelig fra URL: https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransepolitikk/offentlige-anskaffelser-/andre-kolonne/innovasjonspartnerskap/id2518749/

Riksrevisjonen. Dokument 3:5 (2018–2019) *Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet eldreomsorgen*

Rogne og Syse, *Framtidens eldre i by og bygd*, SSB 2017

S Stat og styring 2018. *Konkurranse er bra. Delvis*. https://www.statogstyring.no/konkurranse-er-bra-delvis/

SSB. *Befolkningsframskrivinger 2018*

SSB. Tabell 04232, *Fruktbarhetstall*

SSB. Tabell 0669, *Brukarar av pleie- og omsorgstenester, etter alder og tenestetype*

SSB. Tabell 09929: *Helse- og omsorgsinstitusjonar, etter eigarforhold* (F) 2009–2017

SSB. Tabell 12367: *Detaljerte regnskapstall driftsregnskapet, etter regnskapsomfang, funksjon og art* (K) 2015–2017

SSB tabell 07371: *Alle næringer. Nøkkeltall for ikke-finansielle aksjeselskaper 2007–2017*

SSB 16.06.2018. *Omsorgstjenester-årlig*. Tabell 10: Utgifter i kommunale helse- og omsorgstjenester

SSB. Notat 2019/12. *Private kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i helse- og omsorgstjenesten*

Sørvold, Martens Daatland, *Planer for et aldrende samfunn?* NOVA. 2014

T Teknologirådet. *Hvilken helserevolusjon vil vi ha. Scenarioer for helse-Norge i 2030*. Desember 2016

Teknologirådet. *Fem feller for fremtidens velferdsteknologi*. 2015

V Velferdsteknologi. Responssenteret. 2018. https://responssenteret.no/velferdsteknologi/

VID Agenda Kaupang. *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester*. 2016

Design: Anagram Design // Trykk: Konsis