Cathrine Strindin Amundsen

DEN INTERNASJONALE VELFERDSPROFITTEN OG BENDELORMØKONOMIEN

Om hvordan profittjag og finanskapital fortærer offentlig finansiering, kvalitet og arbeidsvilkår i velferden

FV

Cathrine Strindin Amundsen
Den internasjonale velferdsprofitten og bendelormøkonomien.
Om hvordan profittjag og finanskapital fortærer offentlig finansiering, kvalitet og arbeidsvilkår i velferden.

Utgitt av For velferdsstaten
www.velferdsstaten.no
Oslo, mai 2023

Bokdesign: Elin Myrekrok Skrede
Papir: Munken Print Cream
Trykk og innbinding: Aksell - aksell.no
ISBN: 978-82-9251-530-3
1. opplag

DIGITAL VERSJON

Innholdet i denne rapporten kan fritt benyttes og siteres,
så lenge For velferdsstaten oppgis som kilde og referanse.

for velferdsstaten

Innhold

5 Forord

6 **Innledning**
11 Boks: Hvem som finansierer og hvem som drifter er viktig for velferdstjenestene
11 Boks: Noen begreper som benyttes i rapporten

12 **Kapittel 1 | Hjemmetjenestejuks i Sverige: Mangfoldskaos og valgfrihetsbløff**
14 Hjemmetjenestemafiaen
15 Offentlig ansvarsfraskrivelse og offentlig styrt res mot bunnen
16 Pårørende utnytter og utnyttes
17 Store mørketall, skadelidende eldre og ansatte
17 De ansattes arbeidsforhold har blitt verre
18 Naiv tro på markedet og ny konkurransekultur i kommunene
20 Catch 22: Markedssystemet skulle gi frihet, men gir rigid overbyråkratisering
22 Fortjenestemotiv truer kvaliteten

23 **Kapittel 2 | Farlig eldreomsorg i USA**
24 Eierskap betyr noe - finansielt eierskap er dyrest og dårligst
25 Forretningsmodellen i praksis
26 Lobbymakt truer politisk handlekraft

27 **Kapittel 3 | Franske Orpea: Omsorgsprofittens stygge ansikt**
28 Eiendomsspekulasjon med offentlige penger og på bekostning av forsvarlig drift
29 Sale-leaseback-avtaler i europeiske sykehjem og norske barnehager

32 **Kapittel 4 | Krise i sykehus og helse- og omsorgssektoren i Storbritannia**
33 Sykehussektoren: National Health Service (NHS)
34 Privatiserte helse- og omsorgstjenester
36 Kritisk dårlige arbeidsforhold og store rekrutteringsproblemer
37 Finansspekulasjon i sykehjemssektoren
38 Elendige arbeidsvilkår gir lav kvalitet

41 **Kapittel 5 | Markedsskolen i Sverige og markedsbarnehagene i Norge**
42 Ingen begrensning på profitt
43 Stor spiser liten: Konserndannelser og minkende mangfold
44 Profittmålet i konflikt med målene for skoledrift
45 «For barnas skyld»: Kvinnelige gründere og mannlige velferdskapitalister

49 **Kapittel 6 | Bendelormøkonomien**
50 Det grå gullet - milliardbusiness i eldreomsorgen
51 Attendo: Omsorgsgigant i Norden
52 Ambeas Stendi: Norsk barnevern på børs
54 Vet barnevernsbyråkratene hvem de handler med?
56 Anskaffelsesbyråkratenes naive forhold til Aberia Ung AS
57 Finansnæringens inntog i velferden
59 Sikker betaling gir interessante markeder for investorer
59 Jakten på velferdskronene og den gjemte superprofitten
60 Eiere som følger pengene og satser på politiske løftebrudd
61 Lobbyisme og demokrati som «politisk risiko» for eierne

64 **Kapittel 7 | Privatisering av sykehjem i Norge**
64 Sykehjem på anbud: Kommersialisering og finansialisering

67 **Kapittel 8 | Jakten på billig arbeidskraft gir dårligere arbeidsvilkår**
67 Globale omsorgskjeder, omsorgskrise og arbeidende fattige

70 **Kapittel 9 | Privatisering og Covid-19: En dødelig kombinasjon**
71 Smitteutbruddet hos Villa Skaar Eidsvoll
71 Kommersielle sykehjem: Lavere bemanning, kompetanse og mer midlertidig arbeidskraft
72 Den første Covid-19-bølgen i Sverige og Norge: Dødsfall i eldreomsorgen

75 **Kapittel 10 | Eldreomsorgens utfordringer løses ikke med mer marked**
75 Eldreomsorg i «eldrebølgens» tid
77 Skandaler i media gir forsøk på nye reguleringer
78 NHO vil ha regulering for å sikre markedsretting

80 **Kapittel 11 | Hva bør vi lære av erfaringene med privatisering i velferden?**
80 Eierskap betyr mye og finansialiseringen gir nye utfordringer
81 Fortjenestemotivet truer kvaliteten
82 Privatisering og markedsretting gir mindre valgfrihet
83 Standardisering og byråkratisering gir mindre valgfrihet
84 Dårlige arbeidsvilkår gir dårligere kvalitet
85 Privatisering er dyrt for fellesskapet
86 Finansialisering truer offentlig finansiering av velferden
86 Avslutning: Privatiseringsideologi og velferdslobbyisme må møtes med kunnskap, organisering og satsing på fellesskapet

88 Noter

Forord

For velferdsstaten, som er utgiver av denne rapporten, ble opprettet allerede i 1999 for å gi styrke til fellesaksjoner mot privatisering, deregulering og markedsliberalisme – og for en sterk offentlig sektor. Kampen mellom en solidarisk samfunnsmodell og en markedsbasert forskjellsmodell står fortsatt. Behovet for kunnskap og brede allianser er dermed like aktuelt i dag.

Denne rapporten er en del av For velferdsstatens langsiktige arbeid med å dokumentere konsekvensene av privatisering og kommersialisering i velferden. Da vi i 2010 ga ut vår første større gjennomgang av norske erfaringer med kommersiell velferd med heftet «Private sugerør i fellesskapets kasser», skrev daværende daglig leder Asbjørn Wahl at «Finanskapitalens og skatteparadisenes inntog i våre velferdstjenester representerer en udetonert bombe under velferdsstaten.» Denne rapporten understreker dette ytterligere.

Privatisering av velferden er i dag så å si ensbetydende med kommersialisering, som igjen åpner for finansielle eiere med kun profitt for øyet. Med finanskapitalens inntog følger et rått profittjag og finansiell akrobatikk som går hardt utover kvalitet, arbeidsvilkår, likhetsidealer og demokratisk kontroll. I denne rapporten er hovedfokuset på de internasjonale erfaringene, men vi har også vektlagt å trekke paralleller til den norske situasjonen. Det er nemlig kun politiske vedtak om offentlig eller ideell drift som stopper kommersialisering, ikke landegrenser eller sektorforskjeller.

Vi håper denne rapporten kan bidra til at flere utfordrer høyresidens tomme lovnader og privatiseringspropaganda med fakta. Politiske veivalg i velferden må ta utgangspunkt i hvordan virkeligheten ser ut, ikke i fjerne ideologiske drømmer om markedets velsignelser. Vi har en solidarisk velferdsmodell å tape. Skal vi vinne, er vi avhengige av at mange deltar i kampen.

Linn Herning, daglig leder i For velferdsstaten
Oslo 22.05.23

INNLEDNING

Uansett hvor du setter din fot på kloden så ønsker alle mennesker seg en *vel ferd* gjennom livet. For å sikre at velferden når alle, har de nordiske landene valgt å finansiere grunnleggende behov i fellesskap, gjennom skatt. Kun slik kan vi sikre et sosialt sikkerhetsnett for alle gjennom folketrygden. Velferdstjenester som barnehager, skoler, barnevern, helse- og omsorgstjenester og sykehus, finansieres i all hovedsak av felleskapet. De driftes også i hovedsak av det offentlige, med folkevalgt kontroll. Ingenting av dette er selvsagt. Dette er resultat av politiske valg og derfor må det alltid kjempes for.

I Norge lover Høyre og Frp mer privatisering av velferdstjenestene om de får makt i kommunene og på Stortinget. Denne rapporten handler om kampen som nå står om de grunnleggende velferdstjenestene. I flere europeiske land og i USA er privatiseringen av velferden så omfattende at fellesskapet ikke stiller opp for alle når de trenger det. Den formen for privatisering som nå foregår i hele Europa, også i Norden, truer prinsippet om offentlig finansiering og universell tilgang til velferden. Denne rapporten beskriver truslene den solidariske velferdsmodellen vår møter. Forretningsstrategiene som brer om seg i de internasjonale velferdssektorene er ikke forenlige med en offentlig finansiert og behovsstyrt velferd. De siste tiårene har nemlig finansverdenen toget inn i velferden. I dag er eierne til kommersielle velferdsselskap stadig oftere rene finansielle aktører med profitt som eneste mål. De ideelle aktørene og de lokalbaserte små bedriftene som i noen tilfeller dominerte i velferdsprivatiseringens innledende fase, er på vikende front.

Bendelormøkonomi er et uttrykk for at det nå er et stort misforhold mellom profittjag og offentlig finansiering. Uttrykket brukes om at velferdsselskapene spiser av penger som skulle gått til velferd. Jo større bevilgninger, jo mer spiser bendelormen. Bevilger det offentlige mer av fellesskapets penger til velferd, forsvinner betydelige deler rett i bendelormen. I privatiserte tjenester er det derfor ikke lenger sikkert at økte offentlige bevilgninger vil gi mer penger til drift, bedre tjenester og økt kvalitet. Misforholdet mellom profittjag og offentlig finansiering og kontroll er nå så stort i flere land, at økte offentlige bevilgninger til velferden kan være nytteløse. Bendelormen må fjernes, ikke mates, er derfor kravet. Velferden må avkommersialiseres.

I offentlig driftede velferdstjenester eller velferdstjenester drevet av ideelle organisasjoner uten mål om fortjeneste, er det ikke eiere som tar ut profitt. Kommersielle selskaper, derimot, har alltid mål om profitt. Mange av de kommersielle velferdsselskapene drifter ulike tjenester i flere land, i internasjonale markeder. Forretningsmodellene er også internasjonale og brukes i alle land, men kilden til profitten er ulik. I land med lav offentlig finansiering, kommer en større del av profitten fra egenbetaling enten direkte eller via forsikringsselskap. Det er uansett alltid befolkningene som betaler for tjenestene og profitten, enten gjennom skatt, egenbetaling eller i en kombinasjon av disse. Folks behov for velferdstjenester forsvinner aldri, men tilgangen til dem kan likevel tas bort med stor sosial ulikhet som konsekvens.

De kommersielle velferdsselskapene med finansielle eiere opererer i velferden på akkurat samme måte som finansselskaper i næringslivet ellers. Markedshensyn kommer først. I de landene som har drevet denne utviklingen lengst, er problemene tydeligst. Men akkurat samme eierskap er også til stede i Norge i de sektorene der politikerne har gitt de tilgang. Deres markedsandeler øker også hos oss. Det er politikerne som bestemmer hvor omfattende privatiseringen i velferden skal bli. Når høyresiden går til valg på å privatisere velferdstjenester, er det en invitasjon til de internasjonale aktørene, både norske og utenlandske, om at nye markeder skal åpnes i Norge.

Uansett hvordan myndighetene har valgt å privatisere velferd, så fører privatiseringen til press på lønns-, arbeids- og pensjonsvilkår. Kommersiell drift, uansett innramming, er i land etter land og studie etter studie, forbundet med svekkede vilkår for de ansatte. Det skyldes at de kommersielle selskapene for å tjene penger kutter i det som koster mest, og i arbeidsintensive tjenester er det personalkostnader. Eneste alternativ er overfinansiering og mer penger rett i bendelormen.

Sammenhengen mellom press på arbeidsvilkår og svekket kvalitet er også entydig. Nok folk på jobb med rett kompetanse gir bedre kvalitet enn lite folk på jobb og lav kompetanse. Skikkelige lønns- og arbeidsvilkår gir bedre forutsetninger for god rekruttering enn dårlige lønns- og arbeidsvilkår. Faste ansettelser gir bedre stabilitet og kvalitet i tjenestene enn løse ansettelsesforhold og midlertidig arbeid. Det siste er imidlertid billigere enn det første og privatisering til kommersielle selskap gir press mot å velge løsningene som gir mest igjen til eiernes fortjeneste.

Guide til rapporten

I denne rapporten er engelske, svenske og norske kilder prioritert, fordi de er lettest tilgjengelige for oss som arbeider i For velferdsstaten og kanskje også for leserne. Italienske, franske, spanske eller tyske kilder kunne vært valgt, og sannsynligheten er stor for at mange av funnene og konklusjonene ville ligne. Det skyldes at privatiseringen av velferden er internasjonal, på samme måte som ordinære næringslivsmarkeder er internasjonale. Land kan privatisere i ulik grad og på ulike måter, men velferdsselskapene driver etter de samme forretningsmodellene uansett hvilke land de slipper til i. Åpnes et marked er det EUs konkurranseregler som gjelder for det markedet, også i Norge.

Rapporten har et hovedfokus på eldreomsorgen fordi her står mange land ovenfor økte utfordringer. Den lenge varsla eldrebølgen, der andelen eldre i forhold til andelen yngre i befolkningen øker, treffer nå store deler av Europa og USA. Også i Norge står vi ved et veiskille. Behovene øker, og det må også føre til et økt tilbud. Vi kan velge om vi skal løse dette innenfor

vår solidariske velferdsmodell, eller om vi skal privatisere driften av tjenestene og på sikt risikere også å privatisere tilgangen til dem. Høyresiden går for det siste. Men det er en gedigen hake ved privatisering som løsning på eldreomsorgens utfordringer: det har ikke løst utfordringene i et eneste land til nå, snarere tvert imot! I rapporten illustreres dette med eksempler fra Norge, Sverige, USA, Canada, Frankrike og Storbritannia.

Eksemplene i rapporten er valgt fordi de viser til noe utover seg selv. I Sverige falt valget på hjemmetjenesten, selv om privatiseringen av sykehjem også er omfattende i mange svenske kommuner. Når hjemmetjenesten likevel gis grundigst behandling er det fordi modellen Sverige har valgt for sin privatisering her, er den samme som Solberg-regjeringen fremmet for Stortinget i sin regjeringsperiode. Åpnes det opp for en brukervalgsstyrt hjemmetjenestesektor slik Høyre vil, er derfor sannsynligheten stor for at vi kan oppleve samme mangfoldskaos og juks som har foregått i svenske kommuner. Eksemplene som er valgt fra USA, Frankrike og Storbritannia viser konsekvensene av finansstrategiene i velferdssektorene. Disse strategiene er til stede i alle land med privatisert velferd. I kapittelet om Storbritannia vises det hvor avhengig vi er av samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgssektoren for å få en god eldreomsorg, og hvor fundamentalt det kan svikte når deler av systemet nærmest totalt overlates til markedskreftene.

Heller ikke i Norge er erfaringene med privatisering i eldreomsorgen gode. Dette er tema i rapportens kapittel om privatisering av sykehjem i Norge. Norge er unikt i europeisk sammenheng ved at trenden har gått motsatt vei. Hos oss har de siste årene vært preget av rekommunalisering, noe høyresiden altså lover å snu igjen til rekommersialisering dersom de vinner valg. I kapittelet om at eldreomsorgens utfordringer ikke løses med mer marked, drøftes avhengigheten mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgssektoren med utgangspunkt i situasjonen i Norge. Her tas det også opp at de kommersielle aktørene, deres organisasjoner og høyresiden ivrer for målinger og sammenligninger. Mantraet er at det skal konkurreres på kvalitet. Dette gjør de selv om slike målinger bare kan fange opp en liten del av en velferdstjenestes innhold og de kan innrettes slik at det er enkelt å oppnå gode resultater, uten mye innsats og investeringer. I delen om erfaringene under pandemien vises det til Sverige, Norge og Canada. Pandemien ble en stresstest for helsesystemene og viser at det som gir kvalitet i normaltid er det samme som gir god beredskap i krisetid.

Markedsskolen i Sverige og markedsbarnehagene i Norge er valgt fordi det viser at utfordringene med privatisering ikke kjenner noen sektor. Markedsaktørene opererer alle steder der de slipper til, med de samme strategiene for å tjene penger. Derfor har Norge endt opp med samme type eiendomsspekulasjon i barnehagesektoren, som andre land opplever i sin privatiserte sykehjemssektor. Hadde vi undersøkt andre privatiserte velferdssektorer som involverer eiendom, er det sannsynlig at vi ville funnet eiendomsspekulasjon også der. Privatiseringen i svensk hjemmetjeneste involverer ikke eiendom og har isteden altså gitt et mangfoldskaos. I Storbritannias hjemmetjeneste har privatiseringer og innstramminger resultert i et res mot bunnen. Det er altså om og hvordan myndighetene velger å privatisere, som avgjør hvilke problemer som oppstår og hvor omfattende problemene blir, ikke hvilken sektor eller hvilket land det er snakk om.

I delen om bendelormøkonomien trekkes erfaringene med konkurranse og finansielle aktører i velferden sammen. I denne delen beskrives også den omfattende velferdslobbyen som

følger med på lasset i markedsaktørenes jakt på velferdskronene og hvordan dette er en stor utfordring for demokratiet. Byråkratiet markedsrettes også når politikerne setter byråkratene til å forvalte privatisering og konkurranse. Her gir rapporten eksempler fra svenske kommuner i deres håndtering av hjemmetjenesteselskaper og i fra det norske statlige barnevernsbyråkratiets forhold til de store kommersielle aktørene de handler med.

I alle velferdssektorene fører privatisering til standardisering og byråkratisering. Det skyldes blant annet at myndighetene forsøker å ramme inn tjenestene for å sikre kontroll over penger og innhold. Denne formen for kvalitetskontroll er ikke enkel i velferdstjenester hvor kvalitet er umulig å måle presist. Den er også ødeleggende for valgfriheten i førstelinjene der ansatte og brukere møtes hver dag. Dynamikken som gir byråkratisering og standardisering, i sammen med presset på lønns- og arbeidsvilkår, er svært viktig å forstå. Fordi her ligger hovedårsaken til at høyresidens løfte om valgfrihet gjennom privatisering ikke kan holdes. Rapportens siste kapittel oppsummerer dette.

Privatiseringsdebatten må vinnes for en solidarisk velferdsmodell

Når privatisering av velferdstjenester er oppe til debatt er mange opptatt av hvor omfattende den er. Om den i Norge «bare» utgjør om lag 14% så kan det vel ikke være så farlig? Vi vil ikke offentlige tjenester til livs, bare ha «supplement», «alle gode krefter», «proffentlig», og «en velferdsmiks», er høyresidens omkved. Argumentasjonen skjuler en dyrekjøpt erfaring både i Norge og internasjonalt: For det første så finnes det ingen grense for hvor store markedsandeler selskapene kan tenke seg så lenge det kan oppnås fortjeneste. Ved å invitere de inn, inviterer vi samtidig inn et kontinuerlig press for fortsatt og økt privatisering. For det andre påvirkes hele velferdssystemet av privatisering. Press på kvalitet gjennom svekkede arbeidsvilkår, byråkratisering og standardisering, rammer også offentlig sektor når en andel av tjenestene privatiseres, ettersom markedsmodeller påvirker alle tjenesteleverandører. Sagt med markedstenkningens språk må det offentlige og de ideelle drive like «effektivt», når de kommersielle utkonkurrerer de på pris.

Argumentet om effektivitet skjuler at økonomisk effektiv velferd ikke betyr god velferd. I arbeidsintensive tjenester er det grenser for hvor mye du kan spare før det går utover kvaliteten og de som skal motta tjenestene. De kommersielle selskapene har bevist at de klarer å tjene penger uansett. I sektorer der de får stor markedsmakt presser de også på for økt offentlig finansiering uten krav til at det kun skal dekke deres faktiske kostnader. Det har vi blant annet erfaring med i norsk barnehagesektor. Men som bendelorm-metaforen forklarer, så gir ikke økte offentlige bevilgninger seg nødvendigvis utslag i styrkede vilkår for arbeidstakerne og økt kvalitet i tjenestene. Vilkårene er allerede presset nedover og kommersielle selskap med stor markedsmakt kan ta imot økt betaling uten at dette får synlige konsekvenser i tjenestene.

Internasjonalt har det foregått en omfattende privatisering av velferden helt siden 1980-tallet. Norge startet i all hovedsak sin privatisering i deler av de grunnleggende velferdstjenestene først ved tusenårsskiftet. Fra 80-tallet til i dag har markedene endret seg. Kampen for en solidarisk velferd har mange steder tapt. Vi må lære av erfaringene andre land har gjort. At vi yter skatt etter evne og får ved behov, er en forutsetning for at alle - uavhengig av inntekt og bosted - skal kunne ha likeverdige rettigheter til velferd. En stor og omfordelende velferdsstat er en hovedårsak til at

forskjellene mellom folk i Norden har vært langt mindre enn i mange andre land.

Utviklingen internasjonalt er et varsko. Når det blir vanskelig å forsvare økte offentlige bevilgninger før lekkasjeproblemet er løst, viser det konsekvensene av kommersialisering. I land der mange må betale selv er de sosiale og geografiske forskjellene mellom folk ofte hjerteskjærende store. Offentlige penger bevilget til velferd må gå til velferd, det må bidra til en sunn samfunnsøkonomi og befolkningens felles bidrag gjennom skatt må forvaltes med omhu. Hvis ikke svekkes både viljen og evnen til å sikre en fellesfinansiert velferd befolkningen eier og har rettigheter til, sammen. Alternativet er en deling av befolkningen der bare de med solid privatøkonomi sikres gode velferdstjenester.

Privatiseringsiveren må møtes med kunnskap om konsekvensene. Mange land har store problemer med å sikre befolkningen gode og likeverdige tjenester. De mest privatiserte landene står lengst unna løsningene. Privatiseringen kan gi mer valgfrihet for de få, men gir mindre valgfrihet for de mange. Når profittjaget først er sluppet løs, er det en enorm politisk oppgave å forsøke å stoppe det igjen. De kommersielle selskapene i velferden og deres organisasjoner har betydelige økonomiske, politiske og juridiske muskler. Jo mer av velferden som er privatisert, jo større blir også deres lobbymakt. De blir mektige politiske aktører som får stor innflytelse på utviklingen av landenes velferdspolitikk.

Mange av de samme problemene som det skrives om i denne rapporten, kjenner vi også i fra Norge. Underbemanning, fagarbeidermangel og for mange deltidsstillinger. Markedsretting innad i offentlige tjenester som svekker fagutøvernes handlingsrom i møte med de som skal motta tjenester. I landene som i stor grad har privatisert tjenestene er problemene vanskeligere å løse fordi markedsretting, underbemanning og ufaglært arbeidskraft er del av selve forretningsmodellen. I Norge har vi fortsatt muligheten til å velge politikere som vil satse på fellesskapet, ruste de offentlige tjenestene til å møte framtidas behov, gi førstelinjene økt tillit og avstå fra skattekutt, innstramminger og privatiseringspolitikk.

Hvis høyresida vinner kampen om virkelighetsforståelsen og innfører mer konkurranse i velferden, vil den internasjonale erfaringen over tid slå ut i full utstrekning også i Norge. For velferdsstaten gir ut denne rapporten for å bidra til kunnskap og politiske argumenter i kampen for en solidarisk velferdsmodell og mot privatisering av velferdstjenester.

Hvem som finansierer og hvem som drifter er viktig for velferdstjenestene

Finansiering av velferdstjenester: Velferdstjenestene kan finansieres enten gjennom skatt, ved at folk må betale for de selv eller i en kombinasjon av disse. I Europa og USA har alle land valgt en kombinasjon, men hvor stor andel den offentlige finansieringen dekker er høyst ulik. I land med lav andel offentlig finansiering er det størst ulikhet i befolkningens tilgang til velferdstjenester.

Drift av velferdstjenester: Velferdstjenestene kan driftes av det *offentlige*, av *ideelle* aktører uten profittmotiv eller av *kommersielle* aktører med profittmotiv. Både ideelle og kommersielle aktører er «private», men det er altså bare de kommersielle aktørene som er i tjenestene for å tjene penger. I Norge er det lang tradisjon for at det offentlige har samarbeidet med ideelle organisasjoner om drift av velferdstjenestene. Kommersiell drift i velferdstjenestene er av nyere dato, og har i Norge i all hovedsak spredd om seg etter tusenårsskiftet.

Noen begreper som benyttes i rapporten:

Finansialisering: Uttrykket brukes for å beskrive at finanssektoren de siste 40 årene har vokst seg stor og mektig sammenlignet med realøkonomien. Finanssektoren styres av krav til kortsiktig avkastning. Finansialisering, med påfølgende strategier og adferd fra finansbransjen, øker nå også i velferdstjenester som barnehage, skole, barnevern, helsetjenester og helse- og omsorgstjenester. Det skyldes at markedsandelene til rene finansielle investorer er økende i de privatiserte velferdssektorene. Velferdsselskaper kan være eid av alle typer finansaktører som for eksempel Private Equity (PE), hedgefond, pensjonsfond og banker. Disse bruker ulike finansielle strategier som opptak av gjeld, og flytting av penger mellom selskaper, og de er ofte registrert i, eller opererer via, skatteparadis.

Private Equity (PE): Er et samlebegrep for finansielle fond som investerer i bedrifter som ikke er notert på børs. De blir også kalt oppkjøpsfond eller aktive eierfond. Selv om PE-fond kjøper opp selskaper som ikke er på børs, kan PE-fondet selv være børsnotert. PE-fonds mål er å øke verdien av selskapet i løpet av eierperioden slik at de kan selge eller børsnotere selskapet til en høyere pris enn de kjøpte det for. På den måten tjener investorene i fondene penger. PE-fondenes inntog i velferden har vakt særlig bekymring ettersom de er kjent for dramatiske kutt og omstruktureringer i bedriftene de kjøper opp.

Selskapsorganisering der eiendom skilles fra driften: De siste tiårene har mange kommersielle velferdsselskaper skilt ut eiendom fra driften, både i Norge og internasjonalt. Eiermodellen ble i hovedsak utviklet av PE-fond og investeringsbanker, og mye brukt for eksempel i hotellbransjen. Internasjonalt kalles dette for en «Opco/Propco structure». Det innebærer at et driftsselskap (Operation Company) overfører eierskapet til sine eiendommer til et eiendoms- eller holdingselskap (Property Company), opprettet for dette formålet. Driftsselskapet betaler deretter leie til selskapet i eget konsern.

En annen variant er at eiendommene selges til eiendomsselskaper eller andre utenfor eget konsern og at det inngås «**sale-leaseback-avtaler**». Jo høyere salgssum eierne av selskapet som selger eiendom får, jo større sannsynlighet er det for at de har inngått langsiktige leieavtaler til en høy pris.

1

HJEMMETJENESTEJUKS I SVERIGE: MANGFOLDSKAOS OG VALGFRIHETSBLØFF

Noe av det siste Solberg-regjeringen gjorde før den tapte valget i 2021 var å lovfeste en godkjenningsmodell for fritt brukervalg i kommunale helse- og omsorgstjenester. Høyre-regjeringen erklærte Sveriges Lag om valfrihet (LOV) som sitt forbilde.[1] Ap/Sp-regjeringen og det nye stortingsflertallet var derimot raske med å trekke loven tilbake.[2] Det var et tydelig signal til kommunene om at Ap/Sp-regjeringen ikke anbefaler kommunene å innføre samme system i helse- og omsorgstjenester som det mange svenske kommuner har. Kommunene bør lytte. Den svenske erfaringen er nemlig svært viktig for Norge, fordi velferdssystemene i de to landene har store likheter. Norge kan ende opp med samme problemer som Sverige.

Når høyresiden vil privatisere eldreomsorgen kaller de det økt mangfold og valgfrihet. Fasit i svenske hjemmetjenester, etter at de har prøvd dette ut siden 2009, er et mangfoldskaos i flere kommuner. Systemet som følger av Lagen om valfrihet (LOV) i Sverige, har ført til svindel og forsømte eldre. Gjentatte ganger er det avdekket at private profittmotiv ikke lar seg styre og kontrollere.

I Høyres stortingsvalgprogram 2021-2025 står det at partiet vil «innføre en bytterett for eldre som bor på sykehjem eller mottar hjemmehjelpstjenester, som de kan benytte seg av dersom de ikke er fornøyd med tilbudet de får».[3] Å kunne bytte dersom en ikke er fornøyd med tjenesten en mottar har vært et sentralt argument for å innføre brukervalg gjennom konkurranse mellom tilbydere. Kommersielle selskaper, kommunens egne tjenester og eventuelle ideelle tilbydere, får rett til offentlig finansiering dersom eldre velger eller bytter til tjenesten. Pengene følger altså brukeren. Men hvordan fungerer en slik «bytterett» i praksis?

Erfaringen fra svensk hjemmetjeneste er at høyresidens budskap om valgfrihet er en bløff. Brukerne skal velge blant utførerne i kommunens brukervalgssystem, men kan ikke bestemme over tjenestens innhold eller hvilke personer som skal utføre den. I et offentlig finansiert system som det svenske og norske, er fullstendig valgfrihet over tjenestenes innhold ikke mulig. I et universelt system som skal nå alle, uavhengig av kjøpekraft, må det prioriteres etter lovens formål. Blant annet skal den som trenger hjelp mest, ha hjelp først. Det er ressursene vi som felleskap er villig til å bruke på eldreomsorgen som avgjør hvor stor valgfrihet som kan finnes i det som betyr noe, de daglige møtene mellom ansatte og eldre.

Da Solberg-regjeringen la fram sitt lovforslag om brukervalg i hjemmetjenestene skrev de at konkurranse skulle skje på kvalitet, ikke på pris. Samtidig skrev regjeringen om Sverige: «Det har vært vanskelig å dokumentere endring i kvalitet for brukerne og hva endringen evt. skyldes, men erfaringene synes likevel å være at de brukerne som er i stand til å treffe beslutninger er fornøyde med å ha valgmuligheter».[4] Solberg-regjeringen ville altså innføre et system for eldre som «er i stand til å treffe beslutninger» og der påstanden var at det ikke var mulig å si noe om kvalitet. Det betyr at de ønsker et system som kan fungere for de friskeste eldre eller de med sterke pårørende. Men hva med alle de andre? Mange av de som trenger tjenestene mest?

Svenske forskere som har undersøkt helsen til den eldre befolkningen over 77 år har konkludert med at de eldre som er mest avhengig av pleie og omsorg og skulle hatt mest nytte av å gjøre «det gode valget», samtidig er de som har den høyeste forekomsten av kognitive og fysiske begrensninger. Dette begrenser eller umuliggjør deres mulighet til å være en rasjonell konsument av pleie og omsorg.[5] Flere studier i Sverige viser at få eldre aktivt velger utfører. En studie fra Stockholms Universitet viser at om lag halvparten av de eldre ikke vet at de har foretatt et valg og at cirka 4 prosent foretar omvalg.[6] I en doktorgradsoppgave fra Lunds universitet om brukervalgssystemet i svensk hjemmetjeneste svarer så godt som alle informantene at det ikke er mulig å sikre kvalitet gjennom valg og markedsmekanismer. Eldre mennesker opptrer generelt ikke som kunder og har vanskeligheter med å forstå markedet.[7]

Svar fra to ansatte i svensk hjemmetjeneste i doktograden «Taking Care of Business»

«[D] isse stakkars menneskene kan ikke velge! Og da må vi sørge for at de ikke ender opp i en dårlig situasjon. Så det skulle egentlig ikke (...) vært et alternativ for disse menneskene som er veldig sårbare, at de må stemme med føttene sine, som du sier.» (informant 1)

«Hvis du snakker med de eldre menneskene som mottar hjemmetjeneste, så bryr de seg egentlig ikke om selskapet, men om enkeltmenneskene (i selskapet). Hvis det er noen du ikke liker, får du dem til å gjøre det som er nødvendig og sender dem av gårde. Det ser ut som det blir lagt for mye vekt på valgfriheten. Det er til slutt, forholdene mellom disse menneskene som er viktig, ikke hvilken selskapslogo som er på klærne deres.» (informant 2)

*Vårt utdrag og oversettelse.[8]

I brukervalgssystemer er likevel grunntanken at brukernes valg og bortvalg, skal bidra til å styre kvaliteten. Tanken er at selskaper som leverer godt vil få mange kunder og at de som leverer dårlig vil få færre kunder. I virkeligheten skjer ikke dette. Snarere er den svenske erfaringen at systemet gir mindre valgfrihet for de mange og mer valgfrihet for de få som er sterke kunder og har privatøkonomi til å kjøpe seg tilleggstjenester som staten attpåtil subsidierer i såkalte RUT-fradrag. RUT-fradrag er en form for skattefradrag for privatpersoner. RUT-fradraget innebærer at man får rett til skattereduksjon for diverse tjenester og arbeid som skjer i hjemmet. Muligheten til slike tilleggstjenester var også med i Solberg-regjeringens lovforslag. I regjeringsplattformen ville Solberg-regjeringen «vurdere endringer og insentiver som gjør det enklere å få utført tjenester i hjemmet på lovlig vis, og hvor skattereglene følges.»[9]

Hjemmetjenestemafiaen

Da boken «Hemtjänstmaffian»[i] kom ut i 2021, viste den en systematikk og et omfang som gjør at svikten i systemet ikke lenger kan omtales som enkeltsaker.

Alle som har fulgt svensk velferdsdebatt visste at det jevnlig dukket opp saker i svenske medier der kommuner hadde avslørt grove forsømmelser blant hjemmetjenesteselskaper. Ofte dreide det seg om juks for å tjene mer penger på bekostning av de eldre pasientene. Nå viste boken at 66 hjemmetjenesteselskap i årene 2013-2020 har blitt kastet ut av svenske kommuner for juks. Mørketallene regnes i tillegg for å være store. Det er altså sannsynlig at det er langt mer juks i hjemmetjenestene enn det som avdekkes.

De vanligste måtene å jukse på er teknikker som kan øke eiernes fortjeneste:

- Grove feil i tidsregistrering, gjort for å øke inntjeningen.
- Lavere utdanning, kompetanse og språkkunnskaper blant ansatte, enn kravene i kontrakt.
- Ulovlig bruk av pårørendeansatte.
- Feil beskrivelse av eldres bistandsbehov, for å øke retten til antall timer og ressurser.
- Brudd på arbeidsmiljølov og annen arbeidslivslovgivning.

Selskaper har også:

- Spekulert i tilskuddsordninger ment for å få langtidsledige inn i arbeidsmarkedet, arbeidsinnvandring og arbeidstillatelser for personer født utenfor EU.
- Forfalsket utdanningsbevis på ansatte.
- Lurt penger fra brukerne.

Ofte har selskapene som blir tatt for mislighold, tatt betalt for hjemmetjeneste som aldri ble utført. Flere selskaper har også samarbeidet med eldre om å lure kommunens bestillerkontor. Ved hjemmebesøk for å utrede bistandsbehovet har kommunens fagfolk møtt eldre som har virket sykere og mer pleietrengende enn de faktisk var.

I forbindelse med en mafia-etterforskning i Södertälje gjorde politiet telefonavlyttinger, som avdekket at juks var satt i system og at hjemmetjenestemarkedet hadde forgreininger til byens kriminelle familienettverk. Telefonavlyttingen avdekket at eiere og ansatte i flere selskaper samarbeidet blant annet om å ta bort medisiner for å få frem smerteuttrykk når kommunen kom på besøk

Hjemmetjenesten: En tumleplass for kriminelle

«När hemtjänsten privatiserades och Lagen om valfrihetssystem, Lov, infördes. Lagen skulle innebära att brukarna har några alternativ att välja på. Marknaden skulle smidigt reglera så att företagen konkurrerade ut de som inte höll måttet. «Hemtjänstmaffian» visar med all önskvärd tydlighet att så inte har blivit fallet. Istället har hemtjänsten blivit en tummelplats för kriminella, slavliknande arbetsvillkor och människohandel.»

Leder Aftonbladet, 22.09.21.[10]

i Dette kapittelet er i all hovedsak bygd på boken «Hemtjänstmaffian», Mira Klinberg Hjorth og Karl Martinsson, Atlas 2021. Der kilden er en annen oppgis det fortløpende.

for å vurdere bistandsbehov. Eldre fikk beskjed om å bruke rullatorer de ikke trengte eller legge seg under dyna når bestillerkontoret kom på besøk.

Telefonavlyttingen dreide seg om opprulling av kriminelle nettverk, men viste seg altså å ha forgreininger til hjemmetjenestemarkedet. Det sier seg selv at de fleste granskninger av hjemmetjenesteselskap ikke driver telefonavlytting eller har hjemmel til dette. De første funnene via avlyttingen var en tilfeldighet, men den viste hva slags problemer som fantes i markedet for hjemmetjenester. Den viste også at de vanlige midlene en kommune har for å gå selskapene etter i sømmene ikke er egnet til å avdekke det.

Offentlig ansvarsfraskrivelse og offentlig styrt res mot bunnen

I Sverige, som i Norge, er retten til hjemmetjeneste lovfestet. Retten innvilges etter en vurdering av bistandsbehov av kommunen og er finansiert av fellesskapet gjennom skatt. Kommunen står ansvarlig for tjenesten uansett hvem som utfører den. Krisen i eldreomsorgen skyldes i bunn og grunn offentlig ansvarsfraskrivelse. Valgfrihetssystemet ble innført samtidig som det i mange kommuner ble gjort økonomiske innstramminger og disse har fortsatt. Dermed står betalingen for hjemmetjenesten i mange kommuner ikke i forhold til tjenesten som skal utføres. Likebehandlingsprinsippet i den svenske bestiller-utfører-modellen, innebærer at det skal være lik konkurranse mellom kommunens egen drift og selskapenes drift. Det betales det samme for utført hjemmetjenestetid, uansett hvem som drifter. Tid som går med til planlegging, reise, lunsj, dobesøk og så videre, er som hovedregel ikke betalt. Tanken var at det skulle dekkes inn av betalingen for utført tid hjemme hos de eldre (kundene). Resultatet er en konstant dragkamp om denne utenomtiden. Ansatte risikerer i verste fall å ikke få betalt for hele arbeidsdagen og det blir hele veien en kamp mot klokka som går utover de eldre.

I flere kommuner har man erfart at det ikke er mulig å drive kommunal hjemmetjeneste under lave offentlige bevilgninger uten at det går kraftig på bekostning av de ansattes lønns- og arbeidsvilkår og tjenesten de eldre har fått innvilget rett til. Istedenfor å gjøre noe med grunnproblemet, for lav finansiering til forsvarlig drift, har flere kommuner valgt å legge ned egen drift. Forklaringen som oftest gis er at den kommunale hjemmetjenesten legges ned fordi den ikke er lønnsom.[11] Moderaternas politiker i Täby, Thomas Nilsonne, la ingen ting imellom da de la ned den kommunale hjemmetjenesten og han forklarte at «Det handler om lønnsnivå og at vi i Täby har sagt at vi skal tilby heltidsjobber. Kommunen får ikke ha like mange timeansatte. Mye av dette har helt fra begynnelsen blitt urettferdig for den kommunale siden, det er ikke de samme spillereglene.»

Enkelte store etablerte selskap har valgt å trekke seg ut av enkeltkommuner. De vil ikke kompromisse mer på kvalitet og vilkår, og da kan de ikke tjene penger.[12]

«Systemet i sig manar till fusk, ersättningsdelen är redan från början för låg, så pass låg att grundförutsättningarna för en vinst för arbetsgivaren är att endera fuska- eller ha gravt undermåliga arbetsvillkor för personalen, eller i värsta fall båda delarna.»

Sykepleieren Elisabeth Anfolk til Kommunal, 17.09.21.[13]

Selskap som likevel under slike forhold både klarer å drifte og sikre eierne fortjeneste har dermed ofte mange i bemanningen med lav eller ingen utdannelse, betaler dårlig og tilbyr dårlige arbeidsforhold. De kompromisser garantert med kvaliteten, men det er vanskelig å måle og dermed å bevise. I andre sektorer ville vi kalt dette for sosial dumping. Det er i hvert fall et offentlig styrt res mot bunnen. Selskapene må ta sin del av ansvaret for brudd på lover og regler, men presset på kvalitet for de eldre og de ansattes lønns- og arbeidsvilkår er drevet fram av myndighetene selv.

Den svenske professoren og eldreomsorgsforskeren Marta Szebehely beskriver i boken «Hemtjänstmaffian» at inntoget av kommersielle selskap har gitt svenske politikere et stort dilemma. På den ene siden får man det man betaler for. Hvis de private selskapene klarer seg, men kommunen ikke gjør det, så bør politikerne fundere på hvorfor. Har de lavere lønninger, dårligere arbeidsvilkår, sparer de mindre til pensjon? Men på den andre siden, å øke utbetalingene til selskap som gjør fortjeneste, frister kanskje ikke. Det er jo skattepenger det er snakk om, sier Szebehely. Dette er nøyaktig det samme dilemmaet over hele Europa og i USA. Økte offentlige bevilgninger er helt nødvendig, men uten at velferden avkommersialiseres vil det fortsette å mate «bendelormen» (se mer på side 49).

Pårørende utnytter og utnyttes

I alle de nordiske landene blir vi flere eldre i forhold til antall yngre. Mang en offentlig utredning har pekt på at dette må løses ved å knytte pårørende og frivillige tettere til omsorgen. I Norge diskuteres med jevne mellomrom bedre omsorgslønnsordninger og andre tiltak for at det som i dag i stor grad er gratis arbeid utført av kvinner, i framtida kan bli en mer verdsatt og integrert del av omsorgen. Argumentet er at den demografiske utviklingen tilsier at vi ikke vil ha nok helsearbeidere til at det alene kan sikre skrøpelige eldre en verdig alderdom.

I Sverige har de forsøkt å komme denne problemstillingen i møte ved å åpne for det de kaller pårørendeansettelser. Slike ansettelser har vist seg å være en viktig kilde til inntjening for kommersielle selskap. I flere saker om juks går det igjen at pårørende har utført oppgaver som ifølge loven skal utføres av personer med godkjent utdanning. Eller at det er andre enn de som har fått lønnen som har utført oppgavene. Det er billigere for selskapene å lønne personer med lav kompetanse, enn personer med rett kompetanse og dette spekuleres det i for å tjene penger. Det finnes også flere tilfeller der personer i samarbeid med juksende selskap har brukt sin status som pårørende til å tjene noen kroner, uten at det eldre familiemedlemmet trenger bistand eller at eldre som trenger det ikke har fått den bistanden kommunen har betalt for. Pårørende, som mange mener vi vil være avhengige av i fremtidens eldreomsorg, risikerer å bli grovt utnyttet når de blir del av et kommersielt system. I Sverige har flere kommuner nå forbudt pårørendeansettelser, fordi de har vist seg å gjøre det enklere å jukse og vanskeligere å føre tilsyn.[14]

Store mørketall, skadelidende eldre og ansatte

Mange selskap som kastes ut i en kommune fortsetter i andre kommuner som om ingen ting har hendt. Over tid har det knyttet seg et nettverk av selskaper med overlappende bånd, også familiebånd. Det har foregått «salg» og «stjeling» både av kunder og ansatte mellom selskapene. Dette skjer gjerne i forbindelse med at et selskap trues med å ikke få fortsette på grunn av mislighold.

Når useriøse selskap forlater en kommune må de eldre velge seg et nytt selskap eller så må kommunen overta om den tilbyr hjemmetjeneste. Men som nevnt finnes det svenske kommuner som har lagt ned den kommunale hjemmetjenesten. Flere eldre i Sverige har vært i denne situasjonen flere ganger, at de må bytte leverandør fordi den de har ikke skal drive mer. I de tilfellene der driften og ansatte overføres til et nytt selskap man ikke har valgt, er det ikke snakk om noen reell valgfrihet.

Ansatte forteller at de vet at hvis de legger seg ut med ledelsen i et selskap og fagorganiserer seg, så vil dørene lukkes for jobb i andre selskaper. Slik har arbeidstakere, ofte med ikke-svensk bakgrunn, blitt grovt utnyttet. Ofte havner også hjemmetjenesteselskaper i konflikt med hverandre. Useriøse aktører varsler på andre useriøse aktører til kommunen for å få de ut av markedet og ta over kundene deres.

> *«Er dere så dumme at dere deler ut penger og tror at vi ikke tar dem. Da får dere skylde dere selv.»*
>
> Sjef i et jukseselskap til Greger Lilliebladh, ansatt i Södertäljes kommuneadministrasjon.[15]

I byen Sundbyberg har kommunens kontrollører vært ekstra iherdige. De har gjemt seg utenfor adresser og registrert i sanntid at hjemmetjenesteselskap registreres inn i det digitale registreringssystemet, uten at noen faktisk kommer til eller forlater adressen. Det er bevis på manipulering av registreringssystemet. I systemet ser det ut som om noen har mottatt hjemmetjeneste på et gitt tidspunkt, mens faktum er at det ikke har foregått. Kommunen avdekket i 2017 og 2018 juks i åtte selskaper som ikke fikk fortsette i kommunen. I intervju med forfatterne av boken «Hemtjänstmaffian» sier de kommuneansatte at ansatte i andre kommuner lo av at de gjemte seg i buskene. Men Sundbybergs ansatte tror ikke de har vært særlig hardt rammet av juks, men at de har jobbet bedre med å kontrollere enn andre.

Det sier seg selv at det er svært tidkrevende for kommunen og krever store byråkratiske ressurser å forsøke å kontrollere selskapene. Mange kommuner har ikke disse ressursene. Mye har måttet passere, det skal jo også være igjen penger til driften av hjemmetjenesten. Mørketallene regnes derfor for å være store.

De ansattes arbeidsforhold har blitt verre

Da høyresiden innførte loven om valgfrihet i Sverige var lovnaden at kvalitet og effektivitet skulle bedres ved at kommunens egne tjenester fikk konkurranse av private utførere. Kommersialisering av velferden og stramme kommunebudsjetter har isteden ført til rigide, byråkratiske og helseskadelige arbeidshverdager. I konkurransesystemet ble tidsregistreringer normen. De ansatte fikk på minuttet angitt hvor lang tid de skulle bruke hos hver bruker. Slike systemer omtales gjerne som «stoppeklokkeomsorg» i Norge. Også hos oss har flere kommuner innført slike systemer, selv uten private aktører. Likevel henger slik tidsregistrering tett sammen med konkurransetankegang

i helse. Det er også et forsøk på å kontrollere tilgang til tjenestene og kontrollere de ansatte. Tidsregistreringssystemene er bygd på mistillit. Ansatte i mange kommuner er utstyrt med elektroniske nøkler som avleses mot kodebrikker i pasientenes hjem. Likevel klarer altså mange selskap å manipulere systemet. Derfor har man nå begynt å diskutere bruk av GPS og kameraer. Det som holder tilbake, er blant annet pasientenes personvern i eget hjem. Dette er et eksempel på det vi ofte ser i privatiserte velferdsmarkeder, nemlig at behovet for kontroll med selskap som utnytter systemet gjør at kravene til kontroll stadig øker.

I Sverige har også det som kalles «delade turer» vært vanlig i pleie- og omsorgssektoren. Det innebærer at den ansatte jobber for eksempel fire timer for så å ha opphold i arbeidsdagen i fire timer, for så å stille på jobb igjen i nye fire. Mange har ikke fått noen eller fått lav betaling for tiden imellom skiftene. Dette skiftarbeidet er der fordi kommuner og selskaper vil spare penger, men er svært belastende for ansatte og deres familier.

Reisetiden imellom oppdragene er også konstant gjenstand for konflikt mellom fagbevegelsen, kommuner og selskaper. Skal de ansatte få betalt hvis de må tisse? Skal de i det hele tatt få betalt for tiden det tar å komme seg fra hjem til hjem? For selskapene ligger det en mulighet til å øke fortjenesten dersom de ansatte ikke får betalt for transporttiden. For kommunene som skal konkurrere med selskapene kan det også være fristende å spare i stramme budsjetter. Systemene er som tidligere nevnt ofte laget slik at betaling for reisetid skal være innbakt i betalingen for oppdragene. Fordi dette er en skjematisk utregning, slår den veldig uheldig ut der det er lengre distanse mellom oppdrag. I Sverige er det stadig konflikter om dette. Systemene skapt både for beregning av tid hos pasient og av transporttid, skaper dårlige arbeidsforhold. I Strømstad kommune anmeldte de ansatte reisetid til Arbetsmiljöverket i februar 2022. En strekning som kunne ta 30 minutter, var registret som en tre minutters tur. De skjematiske utregningene av reisetid var regnet i fugleperspektiv og tok verken hensyn til vinterføre eller trafikk. Resultatet er stressede ansatte som kjører for fort, og har for mange pasienter på listen til å rekke å gi alle deres nøye tilmålte tid.[16]

Forskere har dokumentert at arbeidsforholdene for de ansatte har blitt dårligere, de løper stadig fortere, får flere pasienter på en vakt og får kortere tid sammen med pasientene. Det oppgis som en grunn til at mange forlater yrket. På 1980-tallet hjalp en ansatt i snitt fire personer på en dag, i 2005 var tallet steget til om lag ni personer og i 2015 var antallet nesten tolv personer per ansatt i gjennomsnitt per dag.[17]

Naiv tro på markedet og ny konkurransekultur i kommunene

I Södertälje ble det rettsprosess etter jukset som ble avdekket i forbindelse med etterforskningen av mafiaen. 24 involverte ble dømt i retten, to av dem til fengsel. Direktøren for det ene selskapet ble dømt til fire års fengsel for bedrageri. Denne saken er imidlertid unntaket. Få kommuner anmelder hjemmetjenesteselskap når de opphever kontraktene på grunn av mislighold. Forfatterne av boken «Hemtjänstmaffian» har heller ikke lykkes å finne eksempler på at politianmeldelser har ført til tiltale eller fellende dom. Det er altså fortsatt relativt risikofritt å svindle svenske kommuner for fellesskapets midler som skulle gått til hjemmetjeneste. Flere eiere i selskap som er tatt i juks

har allerede tatt millioner ut av selskapet før jukset oppdages. Selskapene kan miste avtalen, men pengene de allerede har klart å sikre seg mister de ikke, og i aksjeselskap er ikke eierne personlig ansvarlig for selskapenes tap.

Mirjam Katzin har skrevet doktorgraden «Taking Care of business» på Lunds universitets juridiske fakultet. Et av hennes funn er at innføringen av valgfrihetssystemet har endret kulturen i kommuneadministrasjoner. Tiltro til at markedet kan fungere og oppfordring om å hjelpe småselskaper til etablering og drift, har gitt vilje til å strekke seg langt også når selskaper bryter kontrakter.

I 2017 gransket Stockholms eldreforvaltning Högtorgets vårdcentral som i tillegg til primærhelsetjenester, også drev hjemmetjeneste. Det viste seg at bare 11 prosent av de ansatte hadde den utdannelsen som krevdes, mot kommunes krav på 50 prosent. Selskapet hadde pårørende og objektansatte (andre nærstående), selv om dette var ettertrykkelig forbudt. De fulgte ikke arbeidsmiljølovens regler om døgn- og ukehvile. Personalet kunne ikke godt nok svensk, de hadde ikke arbeidsklær og håndteringen av nøklene til hjemmene var ikke sikker. De hadde jukset med registreringen av besøk ved å logge inn og ut på bosteder den ansatte befant seg langt unna og slått sammen flere korte besøk til færre lengre. Selv et så stort omfang av mislighold av kontrakt fikk ikke Stockholm til å si opp kontrakten, isteden fikk selskapet tid til å rette feilene. Selskapet leverte inn dokumentasjon på at feilene var rettet opp. Seks måneder senere fulgte kommunen opp og det viste seg at ingenting var rettet opp. Dokumentasjonen kommunen hadde mottatt var ikke verdt papiret det var skrevet på. Først da sa kommunen opp avtalen.

Selskapet Enklare Vardag fikk et og et halvt år på seg før Nacka kommune sa opp avtalen. Dette til tross for dokumentasjon på feil i tidsregistreringer og brukere som ikke hadde fått hjelp. Etter avsløringer i media i mars 2019 utviklet saken seg til en av de største hjemmetjenesteskandalene i Sverige, der ansatte hadde slavelignende vilkår og sårbare eldre var forsømt.[18] Selv et slikt selskap mente kommunen lenge at det gikk an å samarbeide med for å rette opp feil.

Eksemplene er ikke enkelttilfeller. Sendrektighet når mislighold oppdages skjer i mange svenske kommuner. I mange tilfeller har også selskaper fått knytte til seg nye brukere mens granskning pågår. Det er eksempler på selskap som har drevet i seks år etter at de første advarslene om å rette feil er gitt, uten at feil er rettet.

Organisert kriminalitet i assistentordningen

I boka «Hemtjänstmaffian» vies et helt kapittel til juks knyttet til Sveriges assistentordning. I Sverige er det Forsikringskassen (staten) som betaler ut støtte til personlig assistanse. Her er det jevnlig oppdaget juks og flere svindlere er dømt til fengselsstraff. Mange tror at omfanget av juks ikke er mindre i den øvrige velferden, men at kommunene har mindre ressurser til å forfølge det og at politiet har mye annet å ta seg av.[19]

I svensk politis rapport om organisert kriminalitet i 2021 framgikk det at assistentordningen var særlig utsatt, med feil utbetalinger tilsvarende 2,2 - 4,2 milliarder hvert år. Den statlige assistentordningen utnyttes i kombinasjon med Sveriges regler om arbeidsinnvandring og nystartsjobber (en form for arbeidsmarkedstiltak). Arbeidstillatelse innen personlig assistanse utnyttes systematisk for illegal migrasjon, arbeidskraftutnyttelse og brukerimport. Med brukerimport menes å få personer med funksjonsnedsettelse til landet for å søke midler til assistanse. Politiet mente også at det var koblinger mellom denne kriminaliteten og voldelig ekstremisme.[20]

Sendrektighet kan skyldes både naiv tiltro til markedsaktørene og vanskeligheter med det juridiske grunnlaget for å si opp kontrakter. Kommuneansatte vegrer seg for å gi råd til eldre om å holde seg unna selskap de vet er dårlige, i frykt for at de da utfordrer EU-reglenes bestemmelser om konkurransenøytralitet. Selskap kan gå rettens vei og søke erstatning gjennom resursskrevede rettsprosesser. Kommunene må derfor være helt sikre på at de har alt det juridiske i orden før de tar affære. Juridisk holder det heller ikke alltid at et selskap har misligholdt kontrakter i én kommune. Neste kommune må kunne bevise at det samme er tilfellet der for å oppheve sin kontrakt. Dette er det verdt å merke seg for norske kommuner som vil være underlagt samme EU-lovgivning gjennom EØS-avtalen. Like viktig er det da å vite at dette kun gjelder dersom kommunen velger å organisere hjemmetjenesten sin i et marked.

I flere saker har juks i en kommune heller ikke ført til granskning i andre kommuner som betaler samme selskap for å utføre hjemmetjeneste hos seg. Politikere kan vite om juks i andre kommuner, uten å være interessert i å finne ut av om de misligholder kontrakten også hos dem. Uansett årsak er konsekvensen at mislighold som går utover de eldre, kvaliteten i tjenesten og de ansattes arbeidsforhold, rammer flere og over lang tid.

Denne svenske erfaringen viser at det i praksis ikke er enkelt å regulere, kontrollere og styre et marked for tjenester til sårbare brukere. Erfaringen er direkte overførbar til Norge. Det er ingen særlige forhold her som gjør at ikke samme problemer kan utvikles dersom en åpner for liknende system. Styring gjennom rettsprosesser sikrer ikke gode tjenester, tar tid og er svært ressurs- og kostnadskrevende. Transaksjonskostnadene blir svært høye. Over tid blir også en forvaltning som er satt til å skape marked selv markedsrettet. Det innebærer at byråkratiet får en svært krevende dobbeltrolle, både som tilrettelegger og samarbeidspartner med kommersielle selskap og kontrollør av de samme selskapene. I Norge er denne dynamikken for eksempel avdekket i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) sin samhandling med kommersielle barnevernsselskaper. Barnevernsbyråkratiet er av politikerne både gitt oppgaven med å forvalte et marked og å være fagutvikler som skal sikre god kvalitet i tjenestene. Forholdene mellom det norske barnevernsbyråkratiet og de kommersielle selskapene, kan se ut til å ligne de forholdene som beskrives mellom kommuneadministrasjoner og kommersielle hjemmetjenesteselskap i Sverige (se side 56).

Catch 22: Markedssystemet skulle gi frihet, men gir rigid overbyråkratisering

«Diskusjonene kan virke absurde. Vi har altså et system der kommuner på alvor overveier å overvåke ansatte med hjelp av kameraer i brukernes hjem. For at selskap – som kommunen selv går god for – ikke skal lure kommunen for penger», skriver forfatterne av «Hemtjänstmaffian».

For å motvirke jukset og sikre kvaliteten har hjemmetjenesten blitt stadig mer detaljstyrt og standardisert. Det uttalte målet med valgfrihetsreformen var imidlertid det motsatte. Løftet var at fri konkurranse om drift av hjemmetjenester skulle gi innovasjon og mangfold brukerne kunne velge blant. Isteden er problemet svenske kommuner nå står ovenfor å bryte ned kvaliteten

i kontraktfestingen på en måte som er mulig å følge opp. Kontraktene blir derfor stadig mer detaljerte. Det som kan kontrolleres blir kontrollert, derfor blir fokuset på dokumentasjon av prosessene og rutinene, ikke resultatet (kvaliteten på omsorgen). Problemet er bare at også selskap som jukser kan score høyt på dokumentasjon av prosess og rutiner, det sier egentlig lite om hva som faktisk har foregått ute i tjenesten.

«Det er et catch 22 moment. Enten er kravene så detaljerte at det ikke finnes mulighet for et valgfrihetssystem i det hele tatt. Eller så kommer det til å finnes rom for juks. Det er ikke mulig å finne en balanse der, det er en innebygd konflikt i systemet.»

Sitat doktorand Mirjam Katzin, «Hemtjänstmaffian».[21]

Kostnadene det offentlige har med å lage kontrakter, følge de opp og kontrollere, kalles transaksjonskostnader. I tillegg bruker mange kommuner store ressurser på veiledning og ulike samarbeid med hjemmetjenesteselskapene. I doktorgradsavhandlingen «Taking Care of Business» ga kommuneansatte uttrykk for at det iblant føltes som at kommunen skaper selskapet sammen med entreprenøren, og ikke forholder seg til det som en uavhengig kontrollør.[22] Ingen sitter på fullstendig oversikt over hvor mye alt dette koster, men det sier seg selv at det er snakk om betydelige ressurser. I tillegg kommer all den tiden ansatte i hjemmetjenesten må bruke på dokumentasjonsarbeidet. Det er mye som tyder på at eventuelle innsparinger ved privatisering, blir borte hvis man regner inn transaksjonskostnadene. Det norske velferdstjenesteutvalget pekte på at dersom myndighetene ikke bare regnet på den direkte kostnaden med å drive en tjeneste, men også tok med transaksjonskostnader og indirekte styringskostnader, så kan det bli dyrere for det offentlige å bruke private leverandører.[23]

I Sverige tar flere av de som vil jukset til livs til orde for en statlig finansiering av alle velferdstjenester. Argumentet er at kommunene ikke klarer å hanskes med selskaper og kontroller. Det er forståelig at man roper på staten, men dette er samtidig en politisk løsning som vil redusere kommunenes betydning og lokaldemokratiet. I Norge har Frp foreslått statlig finansiering av eldreomsorgen og Erna Solbergs regjeringer satte i gang forsøk. Det ligger betydelig lokal makt i kommunebudsjettene og i dag kan befolkningen påvirke både gjennom lokalvalg, råd, utvalg, frivillig sektors samarbeid med kommunen og så videre. Sentralisering av makt, som forslaget om statlig overtakelse innebærer, vil være en kraftig nedbygging av lokaldemokratiet. Kommunene vil reduseres til administratorer og innkjøpere, og til driftere, der de ikke har satt ut hele tjenester til markedet.

Kommersialiseringen øker kontrollbehovet og gir dermed mindre valgfrihet i det som betyr mest: de daglige møtene mellom brukere og personalet. Kontrollbehovet i eldreomsorgen skyldes at brukerne ofte er sårbare, tjenestene livsviktige og myndighetene står ansvarlig for at penger blir rett brukt og at innbyggernes rettigheter blir oppfylt. Når aktører med fortjenestemotiv får drive offentlig finansiert velferd så øker dette kontrollbehovet drastisk, fordi jakten på fortjeneste hele tiden står i konflikt med tjenestens formål. Dermed øker myndighetenes forsøk på å sikre kvalitet gjennom detaljstyring i rigide systemer og kravspesifiseringer. Det skjer en byråkratisering som rammer ansatte og brukeres handlingsrom og dermed valg. Dette er et klassisk dilemma: fordi letter myndighetene på trykket, for å gi ansatte og brukere større frihet i utføringen av tjenesten, ja så øker igjen risikoen for at noen jukser fordi eierne er i tjenesten for å tjene penger.

Fortjenestemotiv truer kvaliteten

«Vi setter gränsen vid kvaliteten», svarte Stockholms eldreborgerråd kristendemokraten Erik Slottner, da han ble intervjuet dagen etter at jukset i selskapet Enklare Vardag ble avdekket. Han ville ikke mene noe om 10 prosent i profitt var for høyt for eiere av hjemmetjenesteselskap som lever på offentlig finansiering: «Nej det finns ingen sån gräns. Det blir konstigt om jag säger att den går vid tio och då tycker någon att nio är helt okej. Vi sätter gränsen vid kvaliteten. Vid vilken kvalitetsnivå stryper vi avtalet? Det är ju egentligen det som är det viktiga.»[24]

Argumentet om at det er kvaliteten som er viktig, ikke eierskap og ikke profittuttak, bruker privatiseringstilhengere over hele Europa. Påstanden er at profitt ikke er et problem i seg selv, det er først når kvaliteten i tjenesten blir dårlig at vi har problemer. Argumentet ser bort ifra at kvaliteten er svært krevende å måle i omsorgstjenester og at profittmotivet står i et konstant konkurranseforhold med den. Erfaringen fra svensk hjemmetjeneste viser i tillegg at høy fortjeneste er koblet til risiko for juks. Det skyldes at finansieringen av hjemmetjenesten ikke gir rom for høye fortjenester, dersom selskapet driver med rett bemanning.

Velferdstjenester er arbeidsintensive tjenester der det er vanskelig å måle så presist at målingen favner alle sider ved kvaliteten i tjenesten. Velferdstjenester er tusenvis av daglige møter mellom forskjellige mennesker som arbeider i og mottar tjenestene. Du kan registrere at det for eksempel er foretatt et sårskift, men bare en kontroll kan avdekke om det faktisk er gjort. Hvordan den som hadde såret opplevde sårskiftet, om den ansatte var stresset eller avslappet og så videre, er det imidlertid svært vanskelig å måle og dessuten ville slike målinger bli så omfattende at datamaterialet ikke er anvendbart. I en hjemmetjeneste ligger mye av kvaliteten i det mellommenneskelige.

En rekke strukturelle faktorer legger rammene som kan gjøre det mer eller mindre sannsynlig at de daglige møtene blir av god kvalitet. Det er faktorer som antallet folk på jobb i forhold til antall tjenestemottakere, tiden en har å bruke på hver tjenestemottaker, samt utdanningsnivå og opplæring. Tar selskapet ut mye i profitt, er sannsynligheten stor for at de har kompromisset med de fleste av de faktorene som legger grunnlaget for god kvalitet. Å si at «jeg setter grensen ved kvalitet», slik som den ansvarlige for eldreomsorgen i Stockholm gjorde, er dermed å se bort ifra alt dette, for å forsvare at eiere skal kunne tjene penger på en tjeneste finansiert av fellesskapet.

2

FARLIG ELDREOMSORG I USA

I august 2022 skrev avisen The New Yorker om «the silver tsunami», en eldrebølge som trolig vil øke inntektene til USAs sykehjemsindustri med 25 prosent de neste fem årene.[1] En av seks amerikanere er sekstifem år eller eldre. I 2035 er det ventet at eldre over sekstifem år vil være flere enn antallet barn, for første gang i historien.

I dag er 70 prosent av sykehjemssektoren i USA drevet av kommersielle selskap. En kongressrapport anslår at 11 prosent av de er drevet av Private Equity-selskaper. Disse selskapene, som også kalles PE-fond eller oppkjøpsfond, er en form for finansielle investorer som kjøper opp, effektiviserer, restrukturerer og så selger andre selskaper.[2] PE-investeringer i amerikansk sykehjemsindustri har eksplodert fra 5 milliarder dollar i år 2000, til 100 milliarder dollar i 2018 (se boks side 11 for forklaring av PE-fond).

Ifølge forskere har de kommersielle sykehjemsselskapene samme strategier for å tjene penger, men finansielle investorer har den høyeste forventning til profitt.[3] Som i andre industrier kjøper investorer seg inn i virksomheter de tror har potensiale for videre vekst, slik at de oppnår profitt. Denne profitten realiseres ofte først når virksomheten selges videre.

I sykehjemsindustrien er inntektssiden imidlertid mindre variabel enn i andre markeder. Behovene for helse- og omsorgstjenester er alltid til stede og nå økende. Offentlig finansiering og/eller betalende kunder gir derfor rimelig sikkerhet for finansiering framover. Det er imidlertid en grense for hvor mye en kan øke kravene til inntekter. I offentlig finansierte systemer vil ikke det offentlige betale mer enn hva som anses som rimelig for å få en god tjeneste. Der eldre må betale alt eller en stor andel selv for å benytte tjenesten, vil andelen av befolkningen som har råd gå kraftig ned dersom tjenesten blir altfor dyr. En nøkkel for å få til vekst viser seg dermed å være at selskapene kutter i

> *«The Administration is committed to these urgent actions as first steps toward fulfilling a broader commitment to ensure taxpayer dollars go toward the safe, adequate, and respectful care seniors and people with disabilities deserve—not to the pockets of predatory owners and operators who seek to maximize their profits at the expense of vulnerable residents' health and safety.»*
>
> The White House, 28.02.22.[4]

kostnader i driften, i tillegg til å kreve økt betaling der det er mulig. I sykehjem er den desidert største kostnaden de ansatte. Samtidig er de ansatte den desidert viktigste faktoren for kvaliteten.

Nye aggressive, finansielle eiere i den kommersialiserte amerikanske sykehjemsindustrien har fått alarmbjellene til å ringe i USA. Koronapandemien avslørte virkelig de dødelige konsekvensene av profittjaget i landets sykehjem. President Joe Biden adresserte dette i sin State of The Union-tale[5] 1. mars 2022 da han sa at «når firmaer på Wall Street tar over sykehjem, så har kvaliteten på disse hjemmene sunket og kostnadene gått opp. Dette ender på min vakt.» Det Hvite Hus annonserte samtidig en reform for «å beskytte eldre ved å forbedre sikkerheten og kvaliteten i nasjonens sykehjem.» Ikke i noe tilfelle skulle et sted for helsehjelp skade pasienten, ble det slått fast.

Eierskap betyr noe – finansielt eierskap er dyrest og dårligst

I faktaarket utsendt av Det Hvite Hus ble det slått fast at penger bevilget eldreomsorgen ikke skulle havne i lommene på «predatory owners».[6] Den amerikanske presidentadministrasjonen kaller altså en god del av eierne i sykehjemssektoren for rovdyrkapitalister. Det er sterke ord fra Biden-administrasjonen i det som er velferdsprivatiseringens hjemland og forbilde for markedsliberalister over hele verden.

Mer enn 1,4 millioner amerikanere bor i over 15 500 sykehjem som er godkjent for offentlig finansiering (Medicare og Medicaid). I 2020-21 døde 200 000 beboere og ansatte av Covid-19. Det utgjorde nesten en fjerdedel av Covid-dødsfallene i USA. Presidentadministrasjonen skrev at pandemien har satt flomlys på den lave standarden i sykehjem. På tross av at «tens of billions» av skattebetalernes dollar går til sykehjemmene hvert år så fortsetter for mange av dem å tilby pleie og omsorg som ikke holder mål. Dette fører til at pasientene utsettes for skade som kunne vært unngått, het det. I årene 2013-2017, hadde 82 prosent av sykehjemmene det ble ført tilsyn med store mangler. Uten handling kan disse uakseptable forholdene bli verre, slo myndighetene fast og fortsatte: Private Equity-selskaper har kjøpt opp sykehjem som allerede sliter. Forskning viser også at sykehjem eid av Private Equity (PE) har et signifikant dårligere resultat for pasientene, samtidig som de koster skattebetalerne mer.

For ofte har PE-modellen satt profitt over folk, dette er en særlig farlig modell når det gjelder helsen og sikkerheten til sårbare eldre og personer med funksjonsnedsettelser, skrev administrasjonen. De viste til forskning som dokumenterer at beboere i PE-eide sykehjem løper 11,1 prosent større risiko for å ende på et akuttmottak som kunne vært forhindret og 8,7 prosent større risiko for å oppleve sykehusinnleggelse som kunne vært forhindret. En undersøkelse av 18 000 sykehjem over en syttenårsperiode viste at PE-eide sykehjem hadde en overdødelighet på 10 prosent, 50 prosent høyere forbruk av antipsykotiske legemidler, 3 prosent færre sykepleiertimer i tjenesten og 11 prosent høyere forbruk av skattebetalernes penger per beboer (increased taxpayer spending per resident by 11%). Dette gjør det sannsynlig at 20 150 liv er tapt som følge av PE-eierskap, konkluderte presidentadministrasjonen. De viste til en studie som fant at PE-eide sykehjem hadde Covid-smitte som var 30-40 prosent høyere enn det nasjonale gjennomsnittet. På

tross av kritisk lav kvalitet på pleie- og omsorgstjenestene de drifter, så har likevel PE-selskapenes inntog ifølge den amerikanske presidentadministrasjonen ført til en økning i det offentliges utgifter.

Forretningsmodellen i praksis

Forklaringen på hvorfor kommersielle eierskap, som PE-fond, kan bli dødelig for pasientene og samtidig dyrere for det offentlige ligger i forretningsmodellen. Denne modellens konsekvenser beskrives i nevnte The New Yorker-artikkel med eksempelet St. Joseph's Home for the Aged, i Richmond, Virginia. Denne katolske sykehjemsorganisasjonen var så gammel (opprettet i 1839) at Charles Dickens skrev om den. St. Joseph's var kjent for god pleie og omsorg og lange ventelister. Slik fortsatte det til 2021, men dette ble raskt endret da sykehjemmet ble solgt til PE-selskapet Portopiccolo Group. Selskapet er basert i New Jersey med en portefølje på cirka 130 sykehjem med til sammen 15 000 senger (august 2021). Det gjorde selskapet til en av USAs største sykehjemskjeder og alt var oppnådd på seks år gjennom en aggressiv oppkjøpsstrategi.

De nye eierne endret navnet til Karolwood Gardens, reduserte bemanningen kraftig, tok vekk kultur-, aktivitets- og matordninger, økte beboernes egenbetaling og la om driften til høyere belegg og sykere pasienter som gir høyere offentlig betaling. De nye eierne ville ha inn pasienter som kvalifiserte til Medicare-utbetaling fra det offentlige (585 dollar per dag), istedenfor Medicaid-pasienter som gir lavere utbetaling (245 dollar per dag). Kvaliteten på pleie og omsorg falt drastisk i løpet av kort tid og la grunnlaget for et dødelig utbrudd av Covid-19 i sykehjemmet. Før Portopiccolo overtok hadde sykehjemmet fire tilfeller av Covid-smitte og ingen dødsfall. Ansatte ble testet jevnlig og de hadde kun en ansatt fra et vikarbyrå som forpliktet seg til kun å jobbe på dette sykehjemmet. Da Portopiccolo tok over, ble sykehjemmet avhengig av innleide sykepleiere og testingen ble dårligere. Etter fire måneder under ny eier hadde sykehjemmet en Covid-statistikk blant de verste i hele USA. Også dødsfall fra andre årsaker enn Covid steg under den nye ledelsen, fra syv året før til syv på fire måneder.

Da ansatte tok opp underbemanningen skal den nye lederen ha svart at «This isn't about the nurses and residents. This is business». Pårørende varslet. Raskt ble personalet som var igjen mer stresset og uoppmerksomme. Eldre hadde bleier som ble brune før de ble skiftet, gikk raskt ned i vekt, mange fikk ikke vasket seg på uker og hårvask kunne ta måneder, tenner var tykke av plakk og pasienter som trengte akutthjelp fikk det altfor sent. Feilmedisinering ble et problem og pasienter døde som direkte følge av dette. Tilsynsrapporter og pårørendevarsler fortalte om den samme tilstanden i flere andre av Portopiccolos sykehjem. I North Carolina var de gjenstand for massesøksmål for kritisk underbemanning. I et sykehjem skal tilstanden ha vært så alvorlig at en av beboerne ble observert spisende på en mus. En ambulansearbeider som var innom varslet myndighetene og ba om at de måtte gripe inn umiddelbart.

Alle innsparingstiltakene som var i sving hos PE-fondet Portopiccolo er vanlige i den kommersielle sykehjemssektoren. I tillegg kommer mer finansielle strategier som å ta opp store lån med sikkerhet i hjemmene, for å kunne kjøpe opp flere hjem. Da Portopiccolo tok over St. Joseph's

var sykehjemmets drift og eiendom organisert i samme ideelle organisasjon. Dette ble endret til et eiendomsselskap, et driftsselskap og et ledelsesselskap. Eierne på toppen, The Portopiccolo Group, var adskilt fra det laveste nivået med minst to selskapsnivåer. Saksøkernes advokat i den føderale rettsaken, John Hughes, beskrev konsernorganiseringen som et sandslott «med en gang du rører det så bryter det sammen.» Konsernorganiseringen Hughes beskriver er den samme vi finner i mange av de store kommersielle velferdsselskapene som også driver i Norge. Denne organiseringen er laget for profitt, for å kunne unndra pengestrømmene innsyn og offentlig kontroll, samt for å kunne organisere seg bort fra ansvar om noe skulle skje (se også kapittel 3, side 27, og kapittel 6, side 49). Finansielt eierskap og spekulative konsernstrukturer gjør sektoren sårbar for ustabile eierforhold og konkurser. I 2022 var helsesektoren den sektoren i USA med flest konkurser.[7] Konkurser får i helse- og omsorgssektoren enorme menneskelige konsekvenser både for pasienter, pårørende og ansatte. Det er også svært krevende for myndighetene.

Lobbymakt truer politisk handlekraft

På tross av sterk retorikk er det usikkert om tiltakene i reformen Biden annonserte er tilstrekkelige og om de vil bli gjennomført. En bemanningsnorm for sykehjem var for eksempel del av President Bidens «Build Back Better Act», men ble tatt ut igjen. Dette skjedde etter at USAs største lobbygruppe i sykehjemssektoren, American Health Care Association, gikk sterkt imot forslaget. Deres hovedargument var at det ikke var mulig å styrke bemanningen uten økte føderale bevilgninger. For de som ønsker endring i amerikansk sykehjemssektor regnes likevel bare det at Biden-administrasjonen har erkjent krisen, som et fremskritt. Trump-administrasjonen gikk i motsatt retning da den sørget for at risikoen for bøter for sykehjem som brøt kvalitetskrav ble svekket.

USA er et eksempel på hvor ille det kan gå der det mangler politisk bevissthet om at eierskap betyr noe i velferden. Det er svært vanskelig å gjenvinne felleskapets kontroll over en sektor politikerne har overgitt til kommersielle eieres profittjag. Norge er langt ifra skjermet fra utviklingen med finansielle investorer i velferden. Det er derfor all grunn til å ta lærdom fra USA selv om deres system er betydelig mer kommersialisert. Velferdstjenesteutredningen (NOU 2020:13) dokumenterte at det har skjedd en forskyvning i eierskap hos private velferdsaktører fra mindre norske foretak til større norskeide konsern og noen helt eller delvis utenlandsk eide konsern. Det gjelder i spesielt stor grad barnevern og i helse- og omsorgssektoren. Av 17 utenlandske aktører var fem PE-fond, flere hvilket er registrert i lavskatteland.[8] Forskjellen på Norge og USA, er selvsagt at norske folkevalgte har langt bedre forutsetninger for å sette bremsene på. Noe flere politikere i norske kommuner allerede har gjort, blant annet i Oslo. Høyresiden ivrer derimot fortsatt for kommersielle sykehjem (les om private sykehjem i Norge på side 64).

3

FRANSKE ORPEA: OMSORGSPROFITTENS STYGGE ANSIKT

Europa største sykehjemsselskap, Orpea, har blitt omsorgsprofittens stygge ansikt, står det i rapporten «Caring for people or profit? The Financial Engineering & Real Estate Investment of Groupe Orpea».[ii] Rapporten er skrevet av utredere i organisasjonen CICTAR, som blant annet arbeider med finansialiseringen i den offentlig finansierte velferden.[1] Hvordan har Orpea drevet sitt gigantkonsern for å fortjene betegnelser som «omsorgsprofittens stygge ansikt» og «gravrøvere»?

Omfanget av Orpea-skandalen ble avdekket da den franske journalisten Victor Castanet ga ut boka «Les fossoyeurs» (The Gravediggers) i januar 2022. Boka har en undertittel som kan oversettes til «Avsløringer om systemet som behandler våre eldre ille». Skandaler knyttet til flere av selskapets sykehjem var allerede kjent gjennom media, men i boka ble behandlingen av de eldre satt i sammenheng med den bakenforliggende forretningsmodellen i Orpea. Castanet jobbet med boken i over sju år og intervjuet over 250 varslere i Frankrike, inkludert tidligere driftsansvarlige for konsernets sykehjem. Forfatteren dokumenterer hvordan den sentrale ledelsen i Orpea hadde et enormt fokus på «optimalisering av lønnsmassen» for å sikre inntjening i det enkelte sykehjem. Dette inntektskravet førte til gjennomgående lav bemanning, systematisk høy bruk av midlertidig ansatte og enormt gjennomtrekk av ansatte. Gjennom denne driftsmodellen har Orpea utsatt ansatte for harde og usikre arbeidsvilkår og de eldre pasientene har i mange tilfeller vært i alvorlig fare og fått svært dårlig behandling.

Boken viser godt sammenhengen mellom høye krav til inntjening fra eierne, dårlige arbeidsvilkår for de ansatte og farlige situasjoner for eldre og utsatte pasienter.[2] Forfatteren ble tilbudt 15 millioner euro av selskapet for å ikke utgi boken, noe han avstod fra. Castanet har i etterkant fått flere priser for undersøkende journalistikk. Selskapets direktør gikk av rett etter at boken kom ut, etter beskyldninger om innsidehandel. Det ble også avdekket tette bånd til fransk toppolitikk der ministere har vært med på å tilrettelegge for selskapets ekspansjon. Castanet ga i 2023 ut en utvidet versjon av boka med 10 nye kapitler.

ii CICTAR: Center of International Corporate Tax Accontability and Research. Internasjonalt utrednings-institutt dannet av fagbevegelse og sivilsamfunn for å skaffe kunnskap om multinasjonale selskapers skatteorganisering.

Orpea har også blitt anklaget for fagforeningsknusning. Blant annet skal de ha betalt egne representanter for å møte opp på fagforeningsmøter og for å påta seg faglige tillitsverv. Selskapet har ligget i langvarig konflikt med franske fagforeninger og deres internasjonale fagorganisasjoner for å inngå avtaler med husforeninger og internasjonale fagorganisasjoner uten forhandlingsrett.

I følge CICTAR driver selskapets hovedkontor i Frankrike 1 114 sykehjem og andre private helseinstitusjoner i 23 land, med til sammen over 111 800 senger. Nesten halvparten av institusjonene er i Frankrike og Benelux- landene, som står for mer enn 60 prosent av Orpeas inntekter. Orpeas strategi er kontinuerlig og rask vekst. Siden 2015 skal selskapet ha kjøpt en seng i timen. I 2020 kjøpte Orpea en ny institusjon hver 3,3 dag. Orpeas inntekter og profitt har vokst tilsvarende. Omsetningen økte med 64 prosent fra 2015 til 2020 (fra 2,4 milliarder euro til 3,9 milliarder euro), og profitten med 15 prosent (fra 183 milliarder euro til 210 milliarder euro). I tillegg til Frankrike, Belgia, Nederland og Luxembourg, driver selskapet i Tyskland, Spania, Portugal, Østerrike, Italia, Sveits, Polen, Tsjekkia, Slovenia og Irland. Selskapet har også virksomhet i Brasil, Uruguay, Chile og Mexico.[3] Selskapets ekspansjon er i stor grad lånefinansiert. Den store eiendomsgjelden betaler de på med innsparinger i driften. Det er derfor også en klar sammenheng mellom driftsmodellen og forretningsstrategien der eiendomsspekulasjon er en sentral del.

Eiendomsspekulasjon med offentlige penger og på bekostning av forsvarlig drift

Debattene om velferdsprofitt har en tendens til å fokusere på profitten knyttet til velferdskonsernenes driftsselskap, men overser ofte pengestrømmer knyttet til eiendomsselskapene og leieavtaler, mener CICTARs utredere.[4] For kjernen i Orpeas forretningsmodell er altså eiendomsspekulasjon, og Orpea-skandalen viser hvordan denne forretningsmodellen går via harde innsparingskrav i driften som gir brutale arbeidsforhold og dårlig pasientbehandling.

Orpea har brukt pengene som er spart inn i sykehjemmene, hvor en stor andel kommer ifra offentlig finansiering, til å skaffe seg en eiendomsportefølje beregnet til en verdi av om lag 7,4 milliarder euro. For å skaffe seg denne eiendomsporteføljen har Orpea tatt opp store lån. Den årlige kostnaden til disse lånene har vokst dobbelt så fort som Orpeas årlige inntekter. Orpeas konsernstruktur er designet slik at tilbakebetaling av gjeld, dekkes gjennom inntektene (driftsmidlene) fra selskapets nylig ervervede sykehjem. Disse inntektene er i all hovedsak offentlig finansiering og ellers beboernes egenbetaling. Samtidig har Orpea begynt å selge eiendomsporteføljen videre til investerings-fond som spesialiserer seg på eiendom. Disse eiendomssalgene, som i hovedsak består av sykehjemsbygg og tomter, gir enorme fortjenester til Orpeas aksjeeiere.

Orpea selger altså eiendommene, men de beholder driftsselskapet. Dette driftsselskapet inngår såkalte sale-leaseback-avtaler som innebærer at Orpea leier tilbake sykehjemsbyggene de tidligere eide. Og jo høyere salgssum, jo høyere husleie er kontraktsfestet. Høye husleier spiser på sykehjemmenes driftsbudsjett. En større andel av de offentlige bevilgningene går altså til å betale disse husleiene og mindre av pengene går til driften av tjenesten, pleie og omsorg for eldre. Sykehjemmene brukes til å betale for Orpeas eiendomsspekulasjon. Gjeldsbyrden øker, mens

bemanningen i sykehjemmene reduseres og driftsprofitten faller. Denne eiendomsspekulasjonen med sale-leaseback-avtaler er særlig gunstig i velferdstjenester sett fra selskapenes side, fordi det er lav risiko for at finansieringen av driftsselskapet tørker inn. Behovene for sykehjemsplasser forsvinner ikke. Et stadig tilsig av eldre gir sikkerhet for framtidige inntekter.
Eiendomsspekulasjon på rimelig sikre inntekter finnes i alle typer kommersielt drevne velferdstjenester, der driften er tett knyttet til bygninger og eiendom. Her ser vi et klart skille til utviklingen i velferdstjenester som leveres i hjemmet, slik som hjemmetjenester. Og tjenester der selskapene kun gis tilgang til drift og det offentlige beholder eierskap til bygg og eiendom.

CICTARs undersøkelse viser at Orpea kjøper og selger sin voksende eiendomsportefølje via en kompleks struktur med over 40 underselskaper som de har etablert i Luxembourg. Denne porteføljen er ikke Orpea åpen om og det er ingen som har full oversikt, men det er avdekket tilfeller som involverer skallselskaper i de karibiske skatteparadisene Panama og De britiske jomfruøyene. CICTAR skriver at de ikke har gjort funn som er ulovlige i seg selv. De understreker samtidig at Orpea er signifikant mindre transparente enn andre selskaper i den offentlig finansierte velferdsindustrien. Så har det foregått ulovligheter, ville ikke CICTARs undersøkelse vært i stand til å avdekke det. CICTAR viser til studier fra blant annet Tyskland, Storbritannia og Australia som alle viser at Orpea-strategien sprer seg over hele verden. Dokumentasjonen på at dette gir press på tjenestene, lavere kvalitet og dårlige arbeidsforhold er raskt voksende.

Sale-leaseback-avtaler i europeiske sykehjem og norske barnehager

Strukturen på Orpeas sale-leseback-opplegg er den samme som flere av de store norske barnehagekjedene har etablert. Dette er det verdt å være oppmerksom på når de store barnehagekjedene viser til små marginer[5] eller at de går med underskudd. Da er det altså driftsselskapene de snakker om, og de lave marginene kan skyldes at de har flyttet pengene over i eiendomsselskaper eller solgt og inngått sale-leaseback-avtaler.

Da et av verdens største infrastrukturfond, kanadiske Brookfield[6], kjøpte seg inn i norsk barnehageeiendom i 2022, var dette deres beskrivelse av hva investeringen innebar: «Sterk og forutsigbar, lav-risiko, inflasjonssikrede pengestrømmer støttet av AAA-offentlig finansiering».[7] AAA betyr høyeste score i internasjonal kredittsertifisering og står for «ekstrem sterk evne til å møte sine finansielle forpliktelser».[8] I klartekst betyr dette at det ikke finnes noen sikrere betaler enn den norske stat for internasjonale finansinvestorer. Altså det norske folk sin betaling av skatt og vår felles nasjonalformue, organisert i en velferdsstat. Oppkjøpet ga Brookfield en eierandel på 49 prosent i over 300 norske barnehagebygg.[9]

Men dette var ikke første gangen norske barnehager ble solgt. Kjedene Norlandia, Læringsverkstedet og Trygge barnehager har tidligere solgt 450 barnehageeiendommer for til sammen 11,53 milliarder til henholdsvis det australske pensjonsfondet Wilhelm Capital (Norlandia) og Samhällsbyggnadsbolaget i Norden (SBB) (Læringsverkstedet og Trygge Barnehager). SBB eide også eiendommer i norske Espira, som SBB fikk med da de kjøpte Hemfosa Fastigheter i 2019. SBB videresolgte senere deler av eiendommene til Brookfield (for oversikt over barnehagesalgene, se boks på side 31).

De høye salgssummene skyldes altså sale-leaseback-avtaler som gjør at barnehagene har forpliktet seg til høye husleier mange år fram i tid. Eierne av kjedene innkasserer ikke bare en høy salgssum; i Læringsverkstedets tilfelle er det også avdekket at barnehagekjeden fikk aksjer i SBB. Går SBB godt – det vil si at det offentlige betaler kjeden, slik at de kan dekke de høye husleiene – sitter eierne også igjen med jevnlig utbytte fra aksjepostene.[10]

Dokumenter fra det amerikanske kredittilsynet viser ifølge Dagbladet at Brookfield-fondet har registrerte enheter i Canada, Delaware (USA) og Luxemburg. Brookfields talsperson opplyste til avisen at investeringen gjøres via Ontario i Canada, og at forvalteren av fondet er registrert i USA. Dagbladet fikk ikke svar på om registreringen i USA er i Delaware, som av mange regnes som et skatteparadis. Dagbladets opptelling viser at cirka 230 av SBBs 300 norske barnehager ble bygget med lån fra Husbanken. Det skyldes at Husbanken fram til 2021 ga lån til barnehagebygg, som del av Stortingets barnehageforlik i 2003. SBB skal ha arvet lån med 30 års løpetid og svært gunstig rente verdt 72 millioner som følge av oppkjøpet i eiendomsselskapet Hemfosa Fastigheter, som eide barnehageeiendommer i Espira. Brookfield vil ikke oppgi hvem som eier deres andel i barnehagebyggene, altså hvem investorene er.[11] Utviklingen til de største barnehagekjedene i Norge viser med all tydelighet at velferdsprofittmarkedene er internasjonale og at Norge er integrert i dette markedet.

Penger fra disse eiendomssalgene er antagelig også med på flyttelasset når norske barnehagemilliardærer har flyttet til Sveits for å sikre seg lavere skatteforpliktelser[12] (se side 44). Sett fra barnehageeiernes side er sale-leaseback-opplegget genialt. De oppnår høy salgsprofitt fordi de forplikter barnehagene til høye husleier. Når husleien så er høy og barnehagens penger til drift krymper, så blir de med i aksjoner for økt offentlig finansiering og «likebehandling».[13] Sett ifra den norske befolkningens side, som finansierer dette gildet, er det en rå forretningsdrift politikerne aldri burde tillatt i offentlig finansierte velferdstjenester.

Barnehagesalg

Læringsverkstedet

- Eid og etablert av ekteparet Hans Jacob og Randi Sundby i 2003.
- Omfatter over 240 barnehager. Mange av dem har kommet til gjennom oppkjøp av små kjeder og enkeltstående barnehager.
- Omsetter for rundt tre milliarder i året.
- Har drevet med mellom åtte og tolv prosent driftsmargin 2014-2018.
- Hadde resultat på over 100 millioner kroner i 2017.
- Solgte 138 barnehageeiendommer til SBB sommeren 2020, for 4,25 milliarder kroner.
- Årlig husleie til SBB vil være 251,4 millioner kroner.
- Konsernet hadde da fem milliarder kroner i gjeld, blant annet i form av et obligasjonslån på 1,5 milliarder kroner.

Fus/Trygge barnehager

- Ekteparet Eli Sævareid og Sigurd Aase eier barnehagekjeden Fus gjennom selskapet Trygge barnehager AS, som også har bygget barnehager for andre aktører. Fus ble etablert i 2001.
- Fus-kjeden omfatter rundt 180 barnehager. Mange av dem har kommet til gjennom oppkjøp av små kjeder og enkeltstående barnehager.
- Har drevet med driftsmarginer på mellom åtte og elleve prosent i perioden 2014-2018. Over flere år er over 900 millioner kroner ført ut av barnehagevirksomheten og oppover i konsernet der pengene er investert i næringsvirksomhet. Blant annet er det gjort betydelige investeringer i oljevirksomhet.
- Solgte 142 barnehageeiendommer til SBB i desember 2021 for 4,6 milliarder kroner.
- Årlig husleie til SBB vil være 262 millioner kroner.

Espira

- Omfatter i dag over 100 barnehager.
- Etablert under navnet Barnebygg-gruppen av Einar Magne Jansen.
- Jansen solgte deler av konsernet til oppkjøpsfondet CapMan i 2009.
- Jansen beholdt 46 barnehagebygg som han leide ut til Espira gjennom selskapet Service Property AS. Husleiene var for flere barnehager så høye at de drev barnehagene til konkursens rand.
- Jansen solgte de 46 barnehagebyggene til Adolfsen-brødrenes Pioneer Public Properties i 2014.
- Omtrent på samme tid solgte CapMan selskapet til det svenske selskapet Academedia, eid av oppkjøpsfondet EQT.
- Academedia skilte ut ti barnehagebygg som fulgte med, og solgte dem til det svenske selskapet Hemfosa Fastigheter, som igjen ble kjøpt av SBB i 2019.

Norlandia

- Omfatter i dag rundt 50 barnehager.
- Etablert av Kristian og Roger Adolfsen, Benn Eidissen og Helge Carlsen.
- Benn Eidissen og Helge Carlsen solgte seg ut av konsernet i 2016 for 500 millioner kroner.
- I 2019 solgte Adolfsen-brødrene 170 barnehageeiendommer i Norge, Sverige og Finland til det australske pensjonsfondet Whitehelm Capital for 2,7 milliarder kroner.

Kilde: Ida Søraunet Wangberg, Fagbladet.[14]

4

KRISE I SYKEHUS OG HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN I STORBRITANNIA

Det anslås at om lag 1,5 millioner av den voksne befolkningen i Storbritannia[iii] ikke har tilgang til tjenestene de trenger.[1] I de tre første månedene av 2022 ble det oppgitt at mangel på personell gjorde at det ble kuttet 2,2 millioner hjemmetjenestetimer.[2] Problemene er så omfattende og systemiske, at det er allment erkjent at det er en landsomfattende krise. Krisen omfatter spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og helse- og omsorgssektoren.[3] Også i Storbritannia har mange tilgang på gode omsorgs- og helsetjenester, men tilgangen er ikke rettferdig fordelt.

Krisen i sykehusene, som beskrives som den mest alvorlige noensinne, og krisen i helse- og omsorgssektoren er tett forbundet med hverandre. Sykehussektoren er et statlig ansvar og offentlig finansiert. Helse- og omsorgssektoren finansieres i hovedsak over lokale budsjetter og er preget av årevis med innstramming i sentrale overføringer og utstrakt privatisering. Mange pasienter som trenger helse- og omsorgstjenester blir på sykehusene, fordi det ikke finnes tjenester som kan ta de imot der de bor eller som de har råd til.

Sykehussektoren: National Health Service (NHS)

«*The greatest gift a country could ever give itself.*»

Storbritannia var i 1948 tidlig ute med det som lenge ble regnet som det beste og mest moderne sykehusvesenet i verden. Storbritannias offentlige sykehusvesen, National Health Service (NHS), er omtalt som det nærmeste britene kom noen religion. «The greatest gift a country could ever give itself», ifølge historikeren Peter Hannessy.[4] Britisk helsevesen har som det norske vært offentlig finansiert og gitt tjenester til alle som trenger det, uavhengig av betalingsevne.

iii Flertallet av de refererte kildene benevner området de undersøker som «Storbritannia». Derfor brukes benevnelsen også i denne rapporten. Undersøkelsene har likevel sitt tyngdepunkt i England. Wales, Skottland og Nord-Irland har til dels en annen organisering av tjenestene, og er ikke undersøkt i denne rapporten.

I 2023 var imidlertid britisk og internasjonal presse full av alarmerende overskrifter om at det britiske helsevesenet kollapser. I januar 2023 skrev CNN «Why is Britain's health service, a much-loved national treasure, falling apart?» Scener som inntil nylig hadde vært utenkelige, har nå blitt vanlige. Sykehus driver langt over sin kapasitet. Mange pasienter får ikke behandling i behandlingsrom, men i korridorer, bak i ambulanser, venterom og kabinetter. Eller de får ikke behandling i det hele tatt. Det ligner en krigssone, sa en NHS-arbeider i Liverpool.[5]

Care Quality Commission, 21/22

«In 2022, the health and care system is gridlocked, unable to operate effectively. Most people are still receiving good care when they can access it – although this is less likely to be the case for people living in deprived areas, disabled people and people from ethnic minority groups. Too often, however, people just can't access the care they need. Capacity in adult social care has reduced and unmet need has increased. Only 2 in 5 people are able to leave hospital when they are ready to do so, contributing to record-breaking waits in emergency departments following a decision to admit, and dangerous ambulance handover delays.»[6]

Pandemien ble i alle land en stresstest for helsesystemene. Dette gjaldt også Storbritannia. Pandemien synliggjorde for alvor at helsevesenet ikke hadde klart å hente seg inn igjen etter finanskrisen i 2008. Da utsatte den konservative regjeringen NHS for lønnsfrys og kraftige innstramminger. Kuttene førte blant annet til at Storbritannia (sammen med Sverige) ifølge OECD har lavest antall sykehussenger per innbygger av sammenlignbare utviklede land. I november 2021 passerte ventelistene ved britiske sykehus seks millioner mennesker. Det utgjør rundt en tiendedel av befolkningen.[7] Helsevesenet har ikke klart å hente seg inn igjen og i 2023 var ventelistene enda lengre. I desember 2022 måtte 54 000 mennesker vente mer enn en 12 timer på en akuttutrykning, mot ingen de fem forutgående årene. Antall dødsfall som kunne vært unngått har økt. Bare den siste uken i desember 2022 var det 20 prosent flere dødsfall (1 474 personer) enn gjennomsnittet for de fem foregående årene.[8] Dette skjer samtidig med ny økonomisk krise og inflasjon i Storbritannia og Europa ellers. Dyrtiden gjør at pengene strekker til mindre, både i det offentlige og i befolkningen.

Vinteren 2022/23 startet den største og første helsearbeiderstreiken i NHS 75-årige historie.[9] Fagforeningsledere fortalte om sykepleiere i full jobb som tjente så lite at de måtte oppsøke matsentralene. Andre hadde ikke noe sted å bo og måtte sove i bilen.[10]

Så hva har egentlig skjedd med britenes «nasjonalreligion»? Uthulingen av det opprinnelige systemet har skjedd sakte, men sikkert. På 1980-tallet introduserte Margaret Thatcher markedsrettede bestiller-utfører-modeller innad i det offentlige systemet og på 1990-tallet var dette etablert sammen med et sterkere fokus på pasientene som «kunder». The Health and Social Care Act 2012 blir regnet som en av de virkelig store markedsrettingsreformene. Reformen innebar økonomiske insentiver kritikerne fryktet ville sette økonomiske hensyn over pasientenes beste, økt konkurranse mellom offentlige og private tilbydere, og et sterkere skille mellom NHS og politikerne. Mari Grepstad ved Folkehelseinstituttet beskrev reformen slik i Dagens Medisin: «Ideen er at mer klinisk lederskap, pasientvalg og konkurranse mellom private og offentlige tilbydere vil føre til et bærekraftig helsevesen som vil drive seg selv uten innblanding fra politikere.» Grepstad skrev at det er mange fellestrekk mellom det engelske og det norske helsevesenet, og at debattene ikke var

så ulike.[11] Kritikken av den norske helseforetaksmodellen er også at markedsrettingen har gått for langt, at politikernes styring på armlengdes avstand fører til en ansvarsfraskrivelse og at kronikere og eldre er blant pasientgruppene som taper mest i systemet (se side 75).

En studie fra Universitetet i Oxford i 2022, publisert i The Lancet, konkluderte med at privatiseringen har ført til dødsfall som kunne vært unngått/behandlet.[12] Forskerne skrev at innstramming i offentlige budsjetter ganske sikkert også har spilt en rolle, men at de i sin studie så spesifikt på om outsourcing har bidratt til økningen. Privatiseringen av NHS i England, gjennom anbudsutsetting av tjenester til kommersielle selskaper, økte konstant i årene 2013-2020. Studien oppga at 6 prosent av NHS sitt budsjett gikk til innkjøp i 2020. De konkluderte med at outsourcingen korresponderte med signifikant økning i dødsfall som kunne vært unngått/behandlet. Forskerne skrev at det i England i ti år før 2013 var nedgang i dødsfall som kunne vært unngått/behandlet. Siden 2013 så har det vært en negativ utvikling for slike dødsfall og landet er nå dårligere stilt enn andre høyinntektsland.[13]

Privatisering, markedsretting og innstramming er blant hovedårsakene til Storbritannias sykehuskrise. I tillegg mates krisen av en kritisk dårlig fungerende eldreomsorg som i stor grad er privatisert.

Privatiserte helse- og omsorgstjenester

Storbritannia møter økningen av eldres andel av befolkningen med kritisk lav offentlig beredskap. Den store majoriteten av både hjemmetjenesten og sykehjemmene i Storbritannia drives i dag av kommersielle selskap. Ifølge den globale fagforeningsføderasjonen Public Service International (PSI) var 2 av 3 sykehjemssenger i Storbritannia offentlige i 1979, noe som var redusert til 1 av 20 senger i 2017. 10 prosent av sykehjemssektoren er offentlig, resten er privat og 86 prosent av den private sektoren drives for profitt.[14] I hjemmetjenestene var så mye som 95 prosent av hjemmetjenestene fortsatt drevet av lokale myndigheter i 1993, men i 2012 var tallet sunket til kun 11 prosent.

I rapporten «The failure of privatised adult and social care in England» skriver professor Bob Hudson ved Centre for Health and the Public Interest (CHPI), at privatiseringen av de lokale helse- og omsorgstjenestene begynte på 1980-tallet. I etterkrigstida bygde den britiske velferdsstaten på fire pilarer: sosialt sikkerhetsnett, utdanning, bolig og helse. Fra 1970-tallet ble det skapt en ny pilar: «personal social services». Dette er lokale tjenester innen psykisk helse, funksjonsnedsettelser, eldreomsorg og det som tilsvarer barnevern i Norge. Denne siste pilaren ble en nøkkelsektor for nyliberale politikeres ønsker om å privatisere offentlige tjenester. Lovgivningen fra Margaret Thatchers periode og utover 1990-tallet bygde på at lokale myndigheter skulle være tilretteleggere for helse- og omsorgstjenester, som sykehjem og hjemmetjeneste. Kommunen skulle altså primært kjøpe i markedet og ikke drive tjenestene selv. Sentrale myndigheter bygde oppunder skiftet med økonomiske insentiver som krevde at 85 prosent av den offentlige finansieringen skulle brukes på tjenestekjøp i den private sektoren. Kommunen begynte dermed å inngå avtaler med private tilbydere, istedenfor å bygge offentlig beredskap.[15]

Det tok noen år før det å jobbe i helse- og omsorg ble blant de hardeste og dårligst betalte jobbene i Storbritannia (se side 36 og side 67). Men de siste tiårene har en tilnærmet helprivatisert britisk helse- og omsorgssektor også fått merke kraftige kutt i sentrale bevilgninger. Kutt i bevilgningene har ført til en sterkt presset profittdrevet sektor, og en nedgang i antallet eldre mennesker som mottar offentlig finansierte tjenester. Flere eldre finansierer derfor sin egen omsorg, samtidig som andre ikke får de tjenestene de har behov for. Av den private sykehjemssektorens inntekter kommer mindre enn halvparten (49 prosent) fra lokale myndigheter eller NHS, mens 51 prosent kommer ifra beboerne.[16]

Nasjonalt betalte i 2019 halvparten selv for tjenestene de mottok, uten noen form for offentlig støtte.[17] I velstående områder utgjør de som betaler selv en stor majoritet av kundene i omsorgsmarkedet. Bob Hudson skriver i sin rapport fra 2016 at det er tydelig bevis på at de selvfinansierende beboerne, som ofte har «valgt» sin omsorg på kort varsel og i en krise, betaler høyere avgifter. De selvbetalende kryssfinansierer offentlig finansierte beboere og uten dette ville ikke omsorgsmarkedet blitt ansett som levedyktig, skriver Hudson. Forskning fra de best kjente markedsanalytikerne i feltet indikerer at selvfinansierende beboere, i gjennomsnitt betaler 43 prosent mer enn offentlig finansierte beboere i det samme hjemmet, for samme type rom og omsorgsnivå. Dette har resultert i et driv fra omsorgsleverandørenes side, mot å tiltrekke seg selvfinansierende heller enn offentlig finansierte brukere, med påfølgende risiko for å utvikle et todelt marked, konkluderer Hudson.[18]

Omsorgsmarkedet er et ikke-effektivt marked hvor kjøp er gjort under stort press, skriver Hudson. For de som skal kjøpe har situasjonen ofte noe akutt over seg, de er presset, syke og sårbare, og tjenesten de skal motta vet de ikke kvaliteten på før de bor der. Det er svært få som bytter leverandør ved misnøye og det viser at disse tjenestene ikke er egnet for å shoppe rundt i et marked.[19] Storbritannias erfaring her er identisk med den som er beskrevet under kapitelet om den svenske hjemmetjenesten. Valgfrihet og kvalitetsstyring gjennom konkurranse mellom ulike tilbydere fungerer ikke, fordi det ikke finnes én kundemasse som kan benytte denne valgfriheten.

Behovene i britisk helse- og omsorgssektor øker samtidig som sektoren kjemper mot underbemanning, rekrutteringssvikt, økte kostnader og innstramminger. I 2016 var andelen offentlige ansatte i den britiske helse- og omsorgssektoren 14 prosent. Brorparten av de som arbeider i sektoren er tilknyttet kommersielle selskaper og får sin lønn derifra. De få offentlig ansatte som er igjen har tjent bedre enn sine kolleger i kommersiell sektor, har hatt bedre pensjonsordninger, flere kollegaer på jobb og flere har en utdanning innenfor helse og omsorg.[20]

Kritisk dårlige arbeidsforhold og store rekrutteringsproblemer

Lønna i helse- og omsorgsektoren har sakket akterut både målt mot for eksempel assistentlønn i NHS og butikkarbeid. En studie fra The King's Fund (heretter: KF) viser at supermarkedene tilbyr bedre timebetaling enn helse- og omsorgssektoren.

KF skriver at for omsorgsarbeid var minimumsnivået for personell over 23 år i juni 2022 9,50 pund – nasjonal minstestandard for livsopphold (National Living Wage). KF skriver videre at det har blitt anslått at rundt 50 prosent av omsorgsarbeiderne tjener innen 30 pence av dette nivået (National Living Wage Level). Uheldigvis for omsorgssektoren, og folkene den tilbyr tjenester, så betalte 9 av de 10 største supermarkedkjedene bedre enn dette, skriver KF.

Fristelsen for personell til å bytte sektor er klar og må være sterkest blant de lavest betalte, skriver KF. De oppgir videre at det er anslått at 30 prosent av omsorgsarbeiderne blir betalt enten minimumsnivået eller innen 9 pence av minimumsnivået. Hvis en omsorgsarbeider betalt på dette nivået hadde klart å sikre seg en jobb hos Tesco i juni 2022, ville de fått, som et minimum, en umiddelbar lønnsøkning på 6,3 prosent, konkluderer KF.[21]

> *«I love my job. Where I work, I absolutely love my job, but I don't love the pay. I think the pay is horrendous for what they're expecting me to do and for some situations we get put in. I think it's disgusting.»*
>
> Emily, informant i rapporten «Held to Ransom, What happens when investment firms take over UK Care homes».[22]

Rekrutteringsproblemer i helsesektorene deler Storbritannia med mange andre land, men de er særlig ille ute. At det å jobbe i omsorgen er hardt underbetalt arbeid, målt mot andre lavlønnsyrker, forsterker rekrutteringsproblemene.[23] Ifølge nevnte CNN-artikkel stod 165 000 stillinger ubesatt. Gjennomtrekket (turnover) av ansatte i sykehjemssektoren er på 39,5 prosent.[24]

I helse- og omsorgstjenester er den desidert største kostnaden personalet i førstelinja. Det er derfor her kommersielle aktører finner kilden til profitt. Dette går igjen i alle kommersialiserte velferdssektorer. I Storbritannia viser flere studier hvilke strategier som er vanlige for å kutte i personalkostnadene, i tillegg til lav timelønn:

- Oppgaver, arbeidsrutiner og jobber blir standardiserte og reorganiserte for å redusere kostnadene. Selskaper som opplever innstramming i offentlig betaling eller dårlige marginer av andre årsaker, skjermer profitten ved å innføre strengere tidsstyring av de ansattes arbeid.
- Ustrakt bruk av utrygge arbeidskontrakter, som verken gir garanti for hvor mange arbeidstimer den enkelte får, rett til sykepenger, feriepenger eller pensjonsrettigheter. En rapport til House of Commons i 2015 oppga at rundt en tredjedel arbeidet på nulltimerskontrakter.
- Restriksjoner i årlige ferier, reduksjon i antall ansatte med helseutdanning, færre ansatte per bruker/pasient, bortfall av sykepenger, ingen betaling for reisetid mellom oppdrag, ubetalt opplæring på nett som skal gjennomføres hjemme, bortfall av betalte pauser og ubetalte vaktskifter.

At pressen avdekker dårlige arbeidsforhold er nå rutine, slo professor Bob Hudson fast og viste til en sak der et stort hjemmetjenesteselskap krevde at ansatte skulle tilby 24-timers pleie i en brukers hjem, men bare få betalt for den våkne tiden. I Storbritannia har helse- og omsorgsektoren dekket en god del av arbeidskraftbehovet gjennom migrantarbeidere, som er enda mer utsatt for utnyttelse fra arbeidsgivere. Statlige innstramminger i innvandringspolitikken fører derfor til diskusjoner om hvordan sektoren skal klare å rekruttere. En del av innstrammingene har vært knyttet til minstekrav om årlig inntekt til livsopphold. For mange i helse- og omsorgsektoren er lønningene så lave at de kommer under kravene.[25]

Finansspekulasjon i sykehjemssektoren

Mange av sykehjemskjedene i Storbritannia har finansielle eiere som driver i risikable finansielle strukturer. Det gjør sykehjemmene sårbare for spekulasjon, konkurser, omstruktureringer og eierskifter. Alt med mulig store skadelige konsekvenser for driften og dermed ansatte og beboere. Finansspekulasjon er tilstede i sykehjemssektoren over hele Europa og er til nå i rapporten beskrevet i tilfellet Orpea (se også kapittel 6, side 49).

I rapporten «Plugging the leaks in the UK care home industry. Strategies for resolving the financial crisis in the residential and nursing home sector» granskes 830 sykehjemsselskaper, som til sammen har 68 prosent av inntektene i sektoren.[26] «Å tette lekkasjen», er et uttrykk for at pengene beboere og det offentlige betaler for tjenestene, lekker ut i ublu profitt til finansielle eiere. Rapporten dokumenterer hvordan finansialiseringen gjør at myndighetene stadig frykter at deler av sektoren skal kollapse (for forklaring av finansialisering se side 11). Vanligvis vurderes selskapers lønnsomhet etter avkastning før skatt, men denne måten å vurdere profitt på er ikke tilstrekkelig i den internasjonale sykehjemsektoren, slår forfatteren Vivek Kotech fast. Mange av selskapene har høy gjeld. I de store kommersielle kjedene er kreditoren ofte selskaper i samme konsern og det er ofte høy rente. Flere av disse nærstående selskapene er også organisert i skatteparadis. Da flyttes ikke pengene bare ut av driftsselskapet (sykehjemstjenesten), men også ut av landet til lav eller ingen skatt. Fem av de største kommersielle kjedene er eid av PE-fond og fire av disse har selskaper i skatteparadis. Det er ikke tvil om at finansmodellen i den britiske sykehjemsindustrien ikke er bærekraftig, skriver Kotech.

De 26 største kjedene inngår i konsernstrukturer med over 2 500 selskaper. Mye av profitten ligger skjult i disse kompliserte konsernstrukturene og oppnås gjennom konsernbidrag, låne- salg og leieavtaler, og handel mellom nærstående selskap. I tillegg kommer direktørbonuser og skatteplanlegging. To av de store sykehjemskjedene, Southern Cross og Four Seasons, som til sammen hadde 45 000 beboere, har gått ut av sektoren eller blitt satt under administrasjon. Southern Cross-kjedens kollaps skyldtes blant annet at de hadde inngått svært ugunstige leieavtaler. Selv om Southern Cross' leieavtaler regnes som særlig dårlige, er det gjennomgående i sektoren at mye av inntektene går til høye husleier. De fleste av de 26 største selskapene har splittet drift og eiendom og flere har solgt eiendom med avtale om å leie den tilbake (kalt sale-leaseback-avtaler, se side 11). Jo høyere husleieforpliktelser, jo høyere salgssum, er regelen for slike avtaler.

I 784 mellomstore sykehjemsselskap anslås det at 7 av 100 pund i snitt gikk til profitt. For de 18 største selskapene var det samme tallet 15 av 100. Det anslås at 10 prosent av inntektene lekker ut av sektoren årlig.[27] Selv om lokale budsjetter er kraftig kuttet av sentrale myndigheter oppnår de kommersielle selskapene stor kapitalavkastning. I andre sektorer med like lav risiko som helse- og omsorgssektoren regnes 5 prosent avkastning som normalt. I sykehjemssektoren derimot har avkastning rundt 12 prosent blitt regnet som normalen.[28]

De kompliserte konsernstrukturene og den anslåtte lekkasjen, reiser spørsmål ved om sektorens krise kun skyldes mangel på finansiering. Med økte behov og flere eldre diskuteres økt offentlig satsing på helse- og omsorgssektoren i alle partier i Storbritannia. Det er samtidig økt bekymring for at mer offentlig finansiering i en gjennomkommersialisert sektor, ikke vil gi bedre tjenester. Politikere kan vanskelig forsvare økt bruk av skattebetalernes penger på en sektor som hvert år blør penger til finansselskaper og skatteparadis, og hvor eierne, selv under stramme offentlige budsjetter, har vist at de setter profitt over de ansattes vilkår og tjenestenes kvalitet.

Elendige arbeidsvilkår gir lav kvalitet

The King's Fund undersøker årlig befolkningens meninger om helsetjenestene. I undersøkelsen «Public satisfaction with the NHS and social care in 2021», fikk respondentene spørsmålet: Ut ifra dine egne erfaringer, eller hva du har hørt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helse- og omsorgstjenester for mennesker som ikke kan ta vare på seg selv på grunn av funksjonsnedsettelse, alder eller psykisk sykdom? 15 prosent svarte at de var fornøyde, mens 50 prosent svarte at de var misfornøyde. 33 prosent var verken fornøyd eller misfornøyd og 2 prosent visste ikke. Av halvparten som var misfornøyd oppga flest at betalingen, arbeidsforholdene og opplæringen til de ansatte er dårlig og at de følte at folk ikke fikk den hjelpen de trengte (henholdsvis 59 prosent og 59 prosent). Mange svarte at de var misfornøyde fordi de som trenger tjenestene ikke har råd til dem, og at det var dårlig pårørendestøtte (henholdsvis 44 prosent og 43 prosent). Et mindretall svarte at helsearbeiderne ikke behandlet brukerne med verdighet og respekt (14 prosent). Av de 15 prosent som svarte at de var fornøyde med tjenestene, så begrunnet flest dette med at helsearbeiderne behandlet brukerne med verdighet og respekt (57 prosent) og at nivået på tjenestene og tilgangen er god (56 prosent).[29]

Resultatet av undersøkelsen (som også er gjengitt av den statlige Care Quality Commision) kan leses som at de fleste ansatte gjør så godt de kan innenfor rammene som er til rådighet. Av de som er fornøyde fremhever et flertall at de ansatte er en årsak til dette, og av de som er misfornøyd kommer de ansatte langt ned på listen over hva de er misfornøyde med. Mange helse- og omsorgsarbeidere over hele verden gjør en stor innsats for at dårlige rammevilkår ikke skal ramme de som mottar tjenestene. Det er likevel grenser for hvor langt det er mulig å strekke seg og kompensere for dårlige arbeidsforhold. I arbeidsintensive velferdstjenester er kvaliteten på tjenesten tett forbundet med vilkårene til de som arbeider i den. Dårlige arbeidsvilkår, også i form av for få ansatte, gir derfor dårligere kvalitet.

I rapporten «Held to ransom» (Holdt som gissel) er seksten ansatte i selskaper som er kjøpt opp av finansielle investeringsselskap dybdeintervjuet.[30] De arbeidet i eldreomsorgen, i tjenester for mennesker med ulike funksjonsnedsettelser og i tjenester for psykisk syke. De fikk ikke vite at rapporten dreide seg om investeringsselskap og studien er godkjent av University of Surrey sin etiske komite. De ansatte uttrykte fem hovedbekymringer knyttet til deres nye arbeidsgiver:

- Utnyttelse av helsearbeiderne
- Kutt i tjenestene til beboerne
- Tildekking av feil
- Mangel på kommunikasjon
- Prioritering av profitt over omsorg

De ansatte fortalte om at de opplevde at det ble kuttet til beinet og at eierne brydde seg mer om pengene enn beboere og ansatte. Det ble kuttet i bemanningen så færre folk på jobb skulle gjøre samme jobb som før. Noen fortalte om innføring av rasjonering av medisinsk og sanitært utstyr. De fikk ikke lenger skifte bleier når de mente det var nødvendig. Det ble fortalt om dårlig mat uten næringsverdi, at mat ble rasjonert og at sultne beboere var urolige og våkne om natten. Det var kutt i vedlikehold og aktiviteter for beboerne ble tatt bort. Noen fortalte at de måtte drive vaktmestertjenester og vedlikehold selv. Sjekke brannalarmer, vanntemperaturer og ta legionellaprøver. Det ble masse ekstra papirarbeid. Andre fortalte om elektronisk utstyr som trengte reparasjon uten at det ble gjort. De ansatte ga uttrykk for at arbeidsgiveren sparte penger ved å sette helsearbeiderne til oppgaver som burde vært løst av andre og at det ble mindre tid igjen til beboerne. Noen fortalte også at renholdspersonell jevnlig ble satt inn i pleien. De ansatte fortalte at mange strakk seg langt for å kompensere for underbemanning og mangel på ressurser, slik at det ikke skulle gå utover beboerne. Noen ansatte hadde tatt med mat eller toalettartikler eller bidratt med penger til for eksempel julegaver. Flere fortalte om at ledelsen tildekket feil for eksempel ved å forfalske dokumentasjon eller å sette mer folk på jobb under inspeksjoner.

«It's just basically containment and just wait for you to die and we'll get somebody else to fill your room.»
—Michael

«They just tell the cleaner, 'right, you're caring for the day'... they seem to think it's acceptable and they do it on a regular basis.»
—Michael

«All the medication is all hit and miss. There's one senior doing all three floors so she's probably giving out medication for at least 45 people. All the timings will be out.»
—Jennifer

«Even pads, they would tell us 'We are on a budget. You have to use one pad a day'.»
—Sarah

«There's no nutritional benefit in it, it's just crap. It's that bad right, that staff will bring cakes and things in for tea.»
—Michael

Ansatte intervjuet i rapporten «Held to Ransom».[31]

Summen av arbeidsforholdene de ansatte forteller om gir lave forutsetninger for å sikre beboere god kvalitet på tjenestene de mottar. Under konstant underbemanning og ressursmangel er det stor risiko for at de ansatte slutter å kompensere og gir opp. En ansatt kalt Jennifer sa: «The staff morale just went. It's just non-existent now. They're basically turning up to work to make sure they get paid at the end of the month.» Erfaringen Jennifer her gir uttrykk for ligner mange av

fortellingene fra britisk hjemmetjeneste. I boken «Innleid og underbetalt» gir forfatteren James Bloodworth en av dem. Han gikk undercover som arbeider i Carewatch UK, som var regnet som et rimelig bra hjemmetjenesteselskap. Selskapet sysselsatte 3 500 omsorgsarbeidere og hadde 150 avdelinger over hele landet. Bloodworth forteller at de harde arbeidsforholdene med vakter fra tidlig morgen til sene kvelden med en totimers ubetalt pause imellom, og den kontinuerlige kampen mot klokka, gjorde det umulig å gi omsorg av god kvalitet:

«Problemet er at alt du gjør, gjør du vel vitende om at det sannsynligvis sitter noen andre og venter. Dette motvirker ethvert incentiv til å få noe personlig forhold til personen du tar hånd om. (...) Jeg kunne se skuffelsen etse seg inn i ansiktene deres da vi pilte ut døra igjen, idet de innså at selv en kort prat var for mye å be om. Vi befant oss i et kappløp med tiden, og det var kunden som var taperen. For det var tross alt det de var – kunder, og de var involvert i en følelsesløs transaksjon med deg, en representant for foretaket.»[32]

5

MARKEDSSKOLEN I SVERIGE OG MARKEDSBARNEHAGENE I NORGE

Sveriges skolesystem ligner det norske barnehagesystemet.[iv] Den politiske bakgrunnen for den svenske friskolereformen på 1990-tallet og norsk barnehagereform på begynnelsen av 2000-tallet ligner hverandre. Det gjør også resultatene i begge land. Svenske politikere har i stor grad mistet kontrollen over den svenske skolen, som følge av et stadig mer dyptgripende markedssystem. I Norge har politikerne på tilsvarende måte stått maktesløse og sett på de store barnehagekjedenes eiendomsspekulasjoner og flytting av formuer til Sveits (se side 29 og 43-44).

Svenskene var altså først ute. Carl Bildts regjering fikk gjennom loven om «Valgfrihet og frittstående skoler» i Riksdagen i 1992. Målet med den svenske loven ble formulert slik: «I denne proposisjonen ligger forslag som gir frittstående skoler godkjente for vanlig skoleplikt forutsetninger for å virke på stort sett samme vilkår som de kommunale grunnskolene.»[1] I 1993 ble Private Barnehagers Landsforbund (PBL) stiftet i Norge. PBL arbeidet fra første stund for at Norge skulle innføre samme system i barnehagesektoren.[2] I det svenske skolesystemet følger pengene eleven på samme måte som i dagens norske barnehagesystem. Jo flere som velger en privat skole i en kommune, jo mindre penger blir igjen i den offentlige skolen. Og jo billigere en privat skole klarere å drive, jo mer blir igjen til eierne. Satser en kommune penger i sin offentlige skole, gir det automatisk privatskolene rett til tilsvarende økning i finansieringen.

Den norske barnehageloven etter det norske barnehageforliket i 2003 kom til å inneholde den samme forståelsen av likebehandling som den svenske friskoleloven. Både i Sverige og i Norge tok det noe tid før prinsippet om likbehandling også innebar samme tilskudd. I Bildt-loven 1992 het det at kommuner kunne trekke 15 prosent, fordi kommunene hadde det helhetlige ansvaret for elevers rett til skolegang og flere forpliktelser enn friskolene. Dette ble raskt endret. I 1995 kom en lovendring, denne gangen stod Sosialdemokratene og Miljøpartiet bak. Fra da av kunne ikke lenger kommunene trekke 15 prosent av friskolenes skolepenger. Fra da av skulle friskolenes tilskudd være likt kommunenes gjennomsnittlige kostnad i egne skoler.

iv Hoveddelen av dette kapitelet er bygd på boken *De Expansiva, En bok om skolmarknadens vinnare- och forlorare*, Marcus Larsson, Balans 2021. Andre kilder oppgis fortløpende.

For å nå målet om full barnehagedekning var det i det norske barnehagesystemet, etablert ved barnehagereformen (forliket) i 2003, tilnærmet fritt frem for private å starte barnehage. Etter en kort opptrappingsperiode, fikk private barnehager rett på samme finansiering som de kommunale barnehagene, og pengene følger barna.[3] Det vil si at de private barnehagene får offentlig tilskudd etter hvor mange barn som går i barnehagen beregnet ut ifra de kommunale barnehagenes kostnadsnivå. De private barnehagene får altså ikke tilskudd beregnet ut ifra sitt faktiske kostnadsnivå, men ut ifra kommunens. Det betyr at dersom de driver billigere enn kommunen, kan alt som blir igjen gjøres om til fortjeneste for eierne.[4] Systemet ble døpt «likbehandling» fordi alle barnehager skulle få like mye penger, men det var ikke tilsvarende krav til driften. Kommunene kunne bare kreve at de private barnehagene fulgte barnehageloven. De kunne ikke pålegge private aktører å følge kommunale opplegg eller krav. Norsk forskning har dokumentert at der kommunene har brukt mer på barnehage, så har også fortjenesten til de store kommersielle barnehagekjedene vært høyere.[5]

I boka Velferdsprofitørene skriver Linn Herning at sett fra de kommersielle aktørene side, med PBL i spissen, var det særlig to avgjørende seire som ble oppnådd med barnehageavtalen mellom opposisjonspartiene SV, Ap, Sp og Frp i 2002 og så barnehageforliket i Stortinget i 2003:

- De var startskuddet for en storstilt utbygging av barnehager med rause investeringstilskudd som dekket utgiftene til allerede gunstige lån i Husbanken.
- De innførte et nytt prinsipp om likebehandling av private og kommunale barnehager som ga de private barnehagene større driftsstilskudd og etter hvert fullfinansiering av driften.[6]

Ingen begrensning på profitt

Sverige er det eneste eller et av få land i verden der det er lov med ubegrenset profittutdeling fra skolevirksomhet som finansieres med felleskapets midler, skrev den svenske regjeringen 30 juni 2022. Den svenske regjeringen hadde da besluttet å sette ned utredningen «En skola utan vinstintresse». Oppdraget gikk ut på å foreslå forbud mot å ta ut fortjeneste fra barnehage, skole og fritidshjem (norsk SFO). Utredningen skulle vurdere om et forbud mot å ta ut profitt fra virksomhetene skal knyttes til at eiere må være ideelle aktører med et allmennyttig formål og hvordan det kan sikres at forbudet ikke omgås.[7] Utredningen hadde frist 29. februar 2024. Med borgerlig regjering i Sverige fra oktober 2022, er det når dette skrives uvisst hva som skjer videre med utredningen. Høyrepartiene i Sverige, med Moderaterna (svenske Høyre) i spissen, er og har hele tiden vært de fremste forsvarerne av markedsskolen.

I den norske barnehageloven har myndighetene opplistet krav som er ment å begrense eiernes adgang til å oppnå privat profitt. Dersom barnehagen oppfyller kravene, kan barnehagen disponere et eventuelt overskudd fritt. Erfaringene viser at den norske loven ikke har hindret eiere i å oppnå betydelig fortjeneste (se side 29 og 43-44). I den norske privatskoleloven heter det at alle offentlige tilskudd og skolepenger skal komme elevene til gode. Men selv det som omtales som «profittforbudet» i norsk skole, finnes det mange eksempler på at kommersielle aktører har omgått. Lærdommen synes å være at der kommersielle selskaper får lov til å drifte velferdstjenester, så finner de kilder til profitt, lovforbud eller ikke.

Stor spiser liten: Konserndannelser og minkende mangfold

Svenske politikere sa som de norske ved barnehageforliket, at systemet ville skape et mangfold av aktører. I proposisjonen da loven om valgfrihet og frittstående skoler ble vedtatt i Riksdagen i 1992 nevnes skoler med særskilt pedagogikk, emner og distriktsskoler. Den eneste typen eierskap som nevnes utenom kommunalt eide skoler, er foreldrekooperativ. Som i det norske barnehagesystemet fungerte det til dels slik med mange små enkeltstående og ideelle virksomheter i de første årene, men i dag er situasjonen kraftig endret. I boken De Expansiva skriver privatskolelæreren og utreder i tankesmien Balans, Marcus Larsson at (vår oversettelse):

«I forarbeidene til friskolereformen så savnes resonnement om eventuelle risikoer med å gjøre skolen om til et marked, der eiere (huvudmän) med ulike selskapsformer konkurrerer om barnas og elvenes skolepenger. Kanskje fantes det ikke en gang i politikernes villeste fantasi noen risiko for at de små førskolene og skolene drevet av aksjeselskap skulle kjøpes opp av større selskap, kanskje var det isteden slik at tanken helt fra begynnelsen var å skape et nytt vekstmarked for de store investorene. Uansett er det akkurat det siste som har skjedd.»

Eventuelle gode intensjoner hjelper altså lite når markedskreftene slippes løs innenfor skattefinansierte velferdstjenester. Markedssystemene gir over tid mindre mangfold. Store konsern har kjøpt opp stadig mer av de mindre skolene i Sverige. Som i norsk privat barnehagesektor tar kommersielle kjeder over stadig mer av markedet.

I en rapport svensk LO bestilte om skoleindustrien i 2018 het det at profittmotivet undergraver mangfoldet fordi det fører til konsentrasjon og oligopol. I 2016 gikk tre fjerdedeler av friskolepengene i Sverige til kommersielle aktører, mot halvparten ved tusenårsskiftet. De fem største skolekjedene omsatte en tredjedel av alle pengene bevilget til privatskoler i Sverige. De ideelle aktørene er marginaliserte i det svenske skolemarkedet.[8] Skoleåret 2020/21 var 90 prosent av de private videregående skolene eid av aksjeselskap og 30,5 prosent av svenske videregående elever gikk i en privatskole. I grunnskolen er 60 prosent av privatskolene eid av aksjeselskap og 16,1 prosent av elevene i grunnskolen går i en privatskole. Til sammenligning går i dag over halvparten av barna i Norge i en privat barnehage. De fem største kjedene eier 25 prosent av de private barnehagene og 40 prosent av barna som går i privat barnehage går i en av disse. Andelen private barnehager eid av aksjeselskap har steget fra 11 prosent til 52 prosent fra 2003-2021.[10] Samtidig har det blitt færre ideelle, og enkeltstående barnehager.[11]

> *«Et skattefinansiert marked med ubegrensede profittmuligheter, og med frihet til å kjøpe og selge, styres av en kapitalistisk logikk der stor spiser liten og konsentrasjonen tiltar.»*
>
> Kent Werne, journalist, Skolindustrin. Hur mangfald blev enfald.[9]

I følge Friskolornas riksförbund, som lagde en liste over de største privatskolefirmaene i Sverige i 2022, så driver de syv største, Academedia AB, Thoréngruppen AB, Internationella Engelska skolan AB, Kunskapsskolan i Sverige AB, Atvexa AB, Jensen Education AB og Dibber AB, 433 grunnskoler og videregående skoler. Det tilsvarer cirka en tredjedel av alle privatskoler.[12]

Skolekonsernet Dibber AB eies av Hans Jacob og Randi Sundby, eier-ekteparet bak Norges største barnehagekjede Læringsverkstedet. Fortjeneste fra norske skattefinansierte barnehager har altså bidratt til at de nå også driver et av Sveriges største privatskolekonsern. Sundby-ekteparets internasjonale ekspansjon så antagelig ikke norske politikere for seg da de inngikk barnehageforliket. Men ekteparets ekspansjon er bygd på gunstige betingelser og sikker offentlig betaling. Dette er helt typisk for hvordan de flernasjonale velferdsmarkedene har utviklet seg. Da ekteparet Sundby i 2022 flyttet til Sveits oppga de at «mesteparten av vår virksomhet er utenfor Norge, all vår vekst er utenfor Norge. Vi skal flytte videre til andre land og andre kontinenter. Og vi vil betale den skatten vi skal der hvor vi til enhver tid befinner oss.» De oppga da å ha virksomhet i ti land og på tre ulike kontinenter. De har størst virksomhet i Norden og de driver i Polen og Tyskland, med mål om oppstart i India og Sør-Afrika.[13]

Ekspansjon, oppkjøp og konsentrasjon i velferdsmarkedene er i Norden finansiert med skattepenger. Profitten som skapes i den offentlig finansierte driften omsettes i utvidelser av konsernene. Erfaringene både fra norsk barnehagesektor og svensk skolesektor er at når politikerne tilrettelegger for marked og setter få begrensninger, så vil aktører med profittmotiv melde seg til tjeneste. Deres virksomhet vil samtidig fortrenge mangfoldet av aktører. I det norske barnehagemarkedet, som har hatt en voldsom vekst, har dette først og fremst gått ut over små og/eller ideelle aktører. De ideelle eierne man så for seg at ville komme i det svenske skolemarkedet, kom ikke. I den svenske skolen har kommersialiseringen fortrengt offentlig drevne virksomheter, som sitter igjen med de mest krevende elevgruppene og tilbud utenfor de mest bemidlede områdene.

Profittmålet i konflikt med målene for skoledrift

I den svenske regjeringens mandat for utredningen «En skola utan vinstintresse», redegjorde regjeringen for hvorfor den mente at felleskapets mål for skoledrift kom i konflikt med de kommersielle skolenes profittmotiv. Fordi det ikke finnes begrensninger for profitt i lovverket, og gitt utviklingen der en stadig større andel av den private skolesektoren eies av store konsern, finnes det risiko for at skoleeiere har fortjeneste og ikke kvalitet som sin fremste drivkraft, slo den svenske regjeringen fast. Regjeringen viste til at Skoleverkets statistikk dokumenterer at privatskoler har lavere lærertetthet enn kommunale skoler og lavere andel lærere med pedagogisk utdanning. Elever ved privatskoler har mindre tilgang til skolebibliotek. Dette likner den norske barnehagesektoren der de fem største kjedene, som eier hver fjerde private barnehage, i snitt har lavere bemanning og bruker mer penger på husleie sammenlignet med andre private barnehager.[14]

Det råder bred konsensus i forskningen om at fritt skolevalg og økt privatisering har bidratt til økt sosial og etnisk segregering i den svenske grunnskolen. Privatskolene tenderer til å trekke til seg elever med en annen sosioøkonomisk bakgrunn enn elever i offentlige skoler. Myndighetene mener dette henger sammen med en stadig større ulikhet mellom skoletyper når det gjelder karakterer. De private skolene har flere elever med sterke resultater, solid sosioøkonomisk bakgrunn og færre med migrasjonsbakgrunn. Sverige har lenge hatt problemer med det som kalles «glädjebetyg». Uttrykket brukes for å beskrive ulik praksis i fastsetting av karakterer. Lærere ved

privatskoler setter gjennomgående høyere karakterer enn lærere i offentlige skoler. Regjeringen slo fast at karaktersetting utgjør myndighetsutøvelse mot de enkelte elevene. En rettssikker og likeverdig karaktersetting er av sentral betydning for samfunnet som helhet, da den blant annet er utvalgskriteria for høyere utdanning. Regjeringen mener at i et markedsorientert skolesystem der selskaper konkurrerer om penger og elever så vil det alltid finnes en risiko for at karakterer brukes som et konkurransemiddel.

Et av tiltakene regjeringen varslet for å gjøre noe med karakterproblemene var å øke de nasjonale prøvenes betydning ved karaktersetting og å øke tilsyn. Den svenske skolen blir dermed nok et eksempel på at kommersialisering lett leder til økt statlig styring og byråkratisering i forsøket på å gjenvinne kontroll. Lærernes og skolenes autonomi svekkes for å komme juks til livs og tilsyn med markedsaktører koster det offentlige dyrt. Dette er helt parallelt med utviklingen i svensk hjemmetjenestesektor beskrevet tidligere i denne rapporten. Det samme har også skjedd i norsk barnehagesektor. Innføring av bemanningsnormer, økte rapporteringskrav og byråkratisk byrde på barnehagene, er innført nasjonalt som en direkte respons på at de store barnehagekjedene har gjort offentlige tilskudd om til fortjeneste for eierne. Den svenske skolen, hjemmetjenesten og den norske barnehagesektoren er ulike sektorer, men felles er at de er kommersialisert. De tre sektorene er derfor eksempler på en allmenn erfaring om at kommersialisering fører til økt sentralisert regulering.

«For barnas skyld»: Kvinnelige gründere og mannlige velferdskapitalister

«Jag gör det här för samhällets och barnens skull – inte för att bli miljonär. Vi ställer inte upp på kvalitetsförsämringarna i den kommunala barnomsorgen. Vi kommer att bidra till att standarden på förskolorna höjs utan att det kostar mer pengar.»

Slik forklarte Laila Rosenquist etableringen av Videdals privatskole i Malmø. Dette blir regnet som Sveriges første friskole og ble etablert som følge av Bildt-regjeringens skolereform i 1992. Rosenquist gikk fra å være styrer i den kommunale førskolen, til å bli direktør i det nye selskapet, som tok over kommunens tidligere drift.[15] I boken De Expansiva forklarer Marcus Larsson selskapets utvikling. Videdals privatskole ekspanderte under Laila Rosenquist sin ledelse og startet etter noen år grunnskolevirksomhet. I 2008 ble både førskolen og skolen solgt til selskapet Ronneberg & Partners AB, et selskap som også eier Monteminis Montessoriskola i Helsingborg. Ronneberg & Partners eies av det børsnoterte skolekonsernet Atvexa AB, hvis hovedeiere er Svenska Rehabiliterings Sjukehus Aktiebolag (100 prosent eid av Lars Brune) og Alteria Holding AB (eid 100 prosent av Peter Weiderman). Svenska Rehabiliterings Sjukhus AB er et velferdskonsern med virksomheter i helse, omsorg og skole. Alteria Holding er en del av investeringsselskapet Atnotera som utover eierskapet i Atvexa (skole) blant annet eier selskapet Atleva (helse) og Atviva (omsorg).

Investeringselskapet Atnotera ble grunnlagt av velferdsentreprenøren Peter Weiderman etter at han lyktes med å selge sitt skandaleselskap Carema to ganger, med en fortjeneste på flere hundre millioner (se boks om Carema på neste side). Det å ha vært ansvarlig for grov forsømmelse

av eldre i svensk eldreomsorg, er altså ikke til hinder for at man senere kan eie skoler med ansvar for skoleelever eller selskaper innenfor andre deler av velferden.

Når Marcus Larsson prioriterer å skrive detaljert om dette ene skoleselskapet og dette tas med her, så er det fordi selskapets utvikling illustrerer mange typiske trekk ved velferdsmarkedene politikerne har lagt til rette for, både i Norge og i Sverige. At en vanlig leser kan bli svimmel bare av å forsøke å holde orden på eiernivåer og eiere, er et typisk trekk ved velferdskonsernene. Det gjelder å holde tungen rett i munnen, skriver Larsson, for nesten hvor enn du leter så ser det svenske skolemarkedet ut som i tilfellet Videdal. Det er «kompliserte konsernstrukturer, veldig mye penger, og eiere som enten tidligere alt har vært inne i velferdsbransjen og forårsaket skandaler, eller som har vært politikere og selv bidratt til å skape reglene for markedsskolen.»

Carema-skandalen

Carema-skandalen sprakk høsten 2011 da den svenske avisen Dagens Nyheter publiserte en artikkelserie kalt «Vårdskandalen på Koppargården». Artikkelserien avslørte sjokkerende dårlig pasientsikkerhet, lav bemanning, få kompetente ansatte og lite mat på et av Caremas sykehjem. Dette ble de eldre på Koppargården utsatt for, samtidig som Caremas eiere tok ut millionbeløp i privat profitt og selskapet unngikk skatt på overføringer til skatteparadis.

Carema drev også sykehjem i Norge under flere navn. I 2008 vant Carema-konsernet anbudet på St. Hanshaugen sykehjem i Oslo (fra januar 2012 drevet av de nye eierne Unicare). Under navnet Norsk omsorg og rehabilitering AS (NOR) vant Carema- konsernet to anbudsrunder i Oslo: Hovseterhjemmet i 2000 og Vindern i 2001. Etter ett års drift og sju millioner kroner i underskudd på Vindern sa NOR opp avtalen. På en ukes varsel måtte kommunen ta over driften. Carema skilte ut Hovseterhjemmet og alle resterende verdier fra NOR til et nytt selskap, Pluss omsorg og rehabilitering AS. Oslo kommune og bydel Vindern stod igjen med et sykehjem uten driver og en regning på mange millioner. Selskapet de kunne kreve erstatning ifra var tømt for verdier.

Etter to år med massivt medietrykk i Sverige skiftet Carema navn til Vardaga. Vardaga er i dag eid av svenske Ambea, det samme selskapet som eier norske Stendi. Og Caremas virksomhet i Norge ble i 2012 solgt til norske Unicare, som i 2016 solgte to tredjedeler av aksjene til britiske G Square Healthcare Private Equity.

Kilde: Velferdsprofitørene.[16] Se også denne rapporten, side 47 og 60.

Konsernstrukturer endres ofte og er alltid vanskelig for myndigheter å holde følge med. Enda vanskeligere er det å følge pengestrømmene. Derforender også de fleste granskninger av pengestrømmer uten klare svar. Dette var tilfellet både med den norske og svenske velferdsutredningen.[17]

Offentlig innsyn og kontroll med offentlig pengebruk og tjenester skulle en tro var et mål for ethvert demokrati. Det er det imidlertid ikke. I 2023 la Ulf Kristerssons regjering (Moderaterna, Kristendemokraterna og Liberalerna med Sverigedemokraterna som parlamentarisk støtteparti) ned en utredning om å innføre offentlighetsprinsipp for friskoler. Høyre-regjeringen fulgte dermed opp ønsket fra Friskolenes forbund og arbeidsgiverorganisasjonen Almega. Dette er nok et eksempel på at velferdslobbyister kjemper imot grunnleggende reguleringer for offentlig innsyn - og får gjennomslag. De ideelle skolenes forbund ønsket et offentlighetsprinsipp. De og demokratiet tapte.[18]

Laila Rosenquist er den typiske kvinnelige gründeren som høyresiden ofte fremhever når de skal forsvare og gjøre velferden til markeder. Men at det som starter opp som små selskap med lokal tilknytning etter noen år selges, er i dag normalen i de internasjonale velferdsmarkedene. At Peter Weiderman, mannen bak Carema-skandalen, nå er inne på eiersiden i skolemarkedet er også typisk. I tillegg er det et mønster at eiere opererer i flere skattefinansierte velferdssektorer. Det finnes også mange eksempler på at eiere ved tilbakeslag danner nye selskap, omgrupperer seg, selger eller velger å satse innenfor en ny sektor. Dette står det om i denne rapporten på side 60, i omtalen av det norske selskapet Unicare som kjøpte opp den norske delen av Weidermans skandalebefengte Carema.

«Ny parole: Ja til kvinneprofitt»

8. mars 2023 hadde Oslo Høyres ordførerkandidat 2023 og tidligere adminstrerende direktør i Private Barnehagers Landsforbund (PBL), Anne Lindboe, innlegget «Ny parole: Ja til kvinneprofitt» i Dagens Næringsliv. Der skrev hun blant annet:

«Sesong tre av Exit har hatt premiere. I jakten på profitt, utbytte, gevinst eller fortjeneste, kall det hva du vil, skyr hovedpersonene ingen midler. Miljøet som skildres er kynisk gutteklubb og er ikke god pr for finansbransjen. Hverken for kvinnelige eller mannlige aksjemeglere, investorer eller gründere. I hvert fall ikke for alle oss som er opptatt av etiske og bærekraftige investeringer.

Kvinnelige investorer og aksjemeglere er fraværende i serien og dessverre sterkt underrepresentert i virkeligheten. Det må vi gjøre noe med, men det er lettere sagt enn gjort. Særlig i en tid hvor hvordan vi tjener penger er blitt en politisk markør.

Tenk «velferdsprofitt». Selvsagt skal ansatte i selskaper som tilbyr omsorgstjenester til det offentlige ha konkurransedyktige og gode lønns- og arbeidsvilkår. Uavhengig av om de er kvinner eller menn. Hvis ikke kan det nesten være det samme, men det er ikke blant ansatte den største økonomiske ulikheten oppstår. Det er når vi ser på hvem som har investert i og eier selskapene. Det er særlig her jeg møter fordommene. Først og fremst fra mine medsøstre på den politiske venstresiden.

Forleden ble jeg kritisert av en kvinnelig arbeiderpartitopp etter å ha besøkt en privat barnehage sammen med en avis for å understreke betydningen av forutsigbare økonomiske rammebetingelser. Ap-toppen hevdet at «ildsjelene og de kvinnelige barnehagegründernes konsept aldri var å hente ut masse overskudd fordi de var genuint opptatt av barn og barnehagetilbudet».

Det er nettopp dette tankegodset som er problemet. Det er fordomsfullt og gjennomsyret av forestillingen om at kvinner hverken skal eller vil skape arbeidsplasser og tjene penger. I stedet skal vi drives av en indre uselvisk og altruistisk offervilje fordi vi er så inderlig glade i skifte bleier på andres barn og ta av og på parkdresser.[19]

For velferdsstaten, ved Elin Skrede, skrev svarinnlegget **«Lønnsdumping for kvinneprofitt?»**, der sammenhengen mellom velferdsprivatisering og svekking av lønns- og arbeidsvilkår ble påpekt:

«Det er flest kvinner som jobber i velferdstjenestene. Å kjempe for at kvinner skal dumpe andre kvinners lønns- og arbeidsvilkår, har ingenting med likestilling å gjøre. Lindboes og Høyres kamp for kvinnelig velferdsprofitt er en kamp for noen særdeles få kvinner, på bekostning av de mange.»[20]

«Vi heier på kvinnelige grundere!»

«Blant driverne av private helse- og omsorgstjenester finner man mange kvinnelige gründere. Dette er kvinner som sørger for et mangfold i velferdstjenestene til deg og meg. Høyre ønsker et mangfold av valgmuligheter når vi skal velge barnehage til våre barn, lege til oss selv, eller hvem som skal ta vare på dine foreldre når de ikke lenger er i stand til å ta godt nok vare på seg selv. Høyre vil legge til rette for økt bruk av private tilbydere av tjenester innenfor helse og omsorg. Kvinnelig gründerskap innenfor helse og omsorg skal ønskes velkommen.

Vi vil jobbe for at kvinner skal kunne ta bevisste valg som sikrer økonomisk uavhengighet og mulighet til å bestemme over egne liv. Kvinner skal være med på å eie sin del av verden, sin egen framtid og sin arbeidsplass. Kvinne, ta din plass! Gratulerer med kvinnedagen!»

Styret i kvinneforum i Trøndelag Høyre, Trønderdebatt 08. mars 2022.[21]

6

BENDELORMØKONOMIEN

I rapporten «Care Givers and Takers - How finance extracts wealth from the care sector and harms us all», skriver forfatterne:

«In the care sector, it is true that government austerity and spending cuts have hit hard, and that more funding is required, raised in equitable ways. But if someone has a tapeworm and is getting thinner and sicker, there is little point feeding them more without first removing the offending body. Similarly, if more government money is pumped into private care, extractive financial tricks may be deployed to hoover some or even all of it up, before it can reach patients and care staff.»

Rapporten er utgitt av den globale fagforeningsføderasjonen Public Service International (PSI).[1] De sier at hvis noen har bendelorm og blir tynnere og sykere, er det ikke noe poeng å gi de mer mat før bendelormen er fjernet. Hva mener rapportforfatterne med at velferdstjenestene lider av bendelorm?

Svaret er at privatisering har gitt eiere som fungerer som bendelormer i velferden. Disse eierne spiser av den offentlige finansieringen som skulle gått til velferd. I privatiserte velferdstjenester er det derfor ikke lenger sikkert at økte offentlige bevilgninger vil gi mer penger til drift, bedre tjenester og økt kvalitet. Økte offentlige bevilgninger kan like gjerne gå til mer profitt til private eiere.

Bendelormen må fjernes, ikke mates, er derfor kravet. Økninger i offentlige bevilgninger til velferden er helt nødvendig i mange land, men for å sikre at bevilgningene går til velferd må velferden avkommersialiseres. Her kan det sies at internasjonal fagbevegelse slutter rekkene med Biden-administrasjonen i USA, som jo også sa at de vil ha børsselskaper og rovdyrkapitalister ut av sykehjemsektoren fordi de i dag betaler mer for et tilbud av lav kvalitet (se side 24). For de kommersielle velferdsselskapene er målet å tjene penger, og de etablerer seg så lenge det er penger å tjene, uavhengig av graden av offentlig finansiering i de ulike land.

Det grå gullet – milliardbusiness i eldreomsorgen

Artikkelserien «Grey gold — The billion Euro business of elder care» bidrar til å avdekke bendelormøkonomien som følger med finansialiseringen av velferden (for forklaring av finansialisering se side 11). Artikkelserien ble publisert av journalist- og medienettverket Investigate Europe sommeren 2021.[v] Deres brede undersøkelse viste at en aldrene befolkning, sammen med pålitelig offentlig finansiering, er blitt en ny strålende business for investorer. Ifølge OECD går 220 milliarder euro årlig av befolkningenes skattepenger til private helsefirmaer. Profitten selskapene oppnår er i hovedsak skapt på offentlige midler og de eldres betaling for sykehjemsplass.

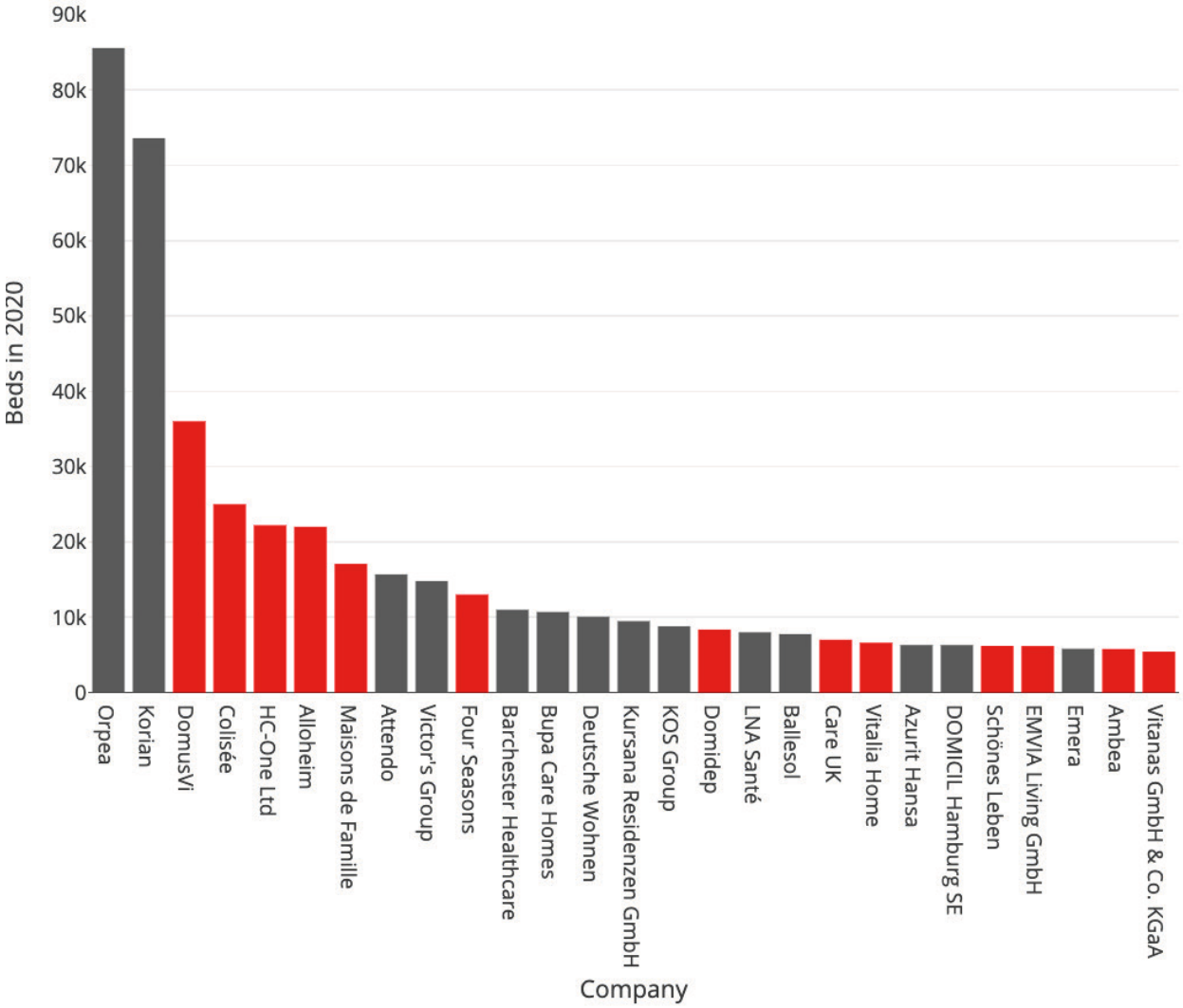
Nettverket skrev at over hele Europa deler eldre mennesker og deres pårørende en forferdelig erfaring: underbemanning og overarbeidede helsearbeidere gjør at situasjonen i sykehjem kan bli livstruende for beboerne. Covid-19-pandemien forårsaket en eskalering av en allerede alvorlig situasjon i mange land.[2] Ifølge nettverket eier kommersielle selskap i Spania mer enn 80 prosent av alle omsorgsinstitusjoner i landet. I Storbritannia er andelen 76 prosent og i Tyskland er fire av ti hjem drevet av kommersielle selskap. På bare fire år har de 25 ledende selskapene økt sin kapasitet med 22 prosent.

Nettverket har også laget en oversikt over Europas største sykehjemsselskaper (se neste side). Det største selskapet i oversikten, Orpea, er omtalt i denne rapporten på side 27. Det norske selskapet Norlandia Health & Care Group, eid av brødrene Kristian og Roger Adolfsen, befinner seg for øvrig på 28. plass på denne listen over de største selskapene i Europa. Dette selskapet omtales under delen om Aberia på side 56 og 62. I selskapene der søylen er rød er majoritetseierne PE-fond. Journalistene fant 30 PE-fond aktive i sykehjemssektoren. Et eksempel er det tredje største selskapet i Europa, DomusVi. Selskapet har sin base i Frankrike, men er eid i en struktur med ikke mindre enn 11 selskaper med adresser som Luxembourg eller Jersey, kjent for sine gode forhold for finansiell ingeniørkunst og skatteparadis.[3] En slik konsernstruktur er ikke uvanlig for selskaper i velferdssektorene hverken internasjonalt eller i Norge.

Ifølge Dagens Næringsliv (DN) har denne typen eierskap vekket «fondsalarm» hos en rekke lands myndigheter. Ifølge DN frykter FBI, Økokrim og Financial Action Task Force (Paris-basert) at kriminelle nettverk hvitvasker penger gjennom private investeringsfond. FBI mener sannsynligheten er svært stor, ifølge en rapport. Financial Action Task Force bruker begrepet «høy risiko for hvitvasking» om slike private investeringsfond. Årsaken til den eskalerende bekymringen er at eierne av slike fond kan være anonyme, at det er enorme penger involvert, at det er store og hyppige transaksjoner og at det ofte er et stort antall mellomledd i disse transaksjonene.[4] DN skrev dette i forbindelse med at Midtåsenhjemmet i Oslo delvis er eid av selskaper i skatteparadisene Kypros og Luxembourg. Denne typen eierskap er et unntak i norsk sykehjemssektor, men vanlig i Europa ellers, som oversikten til Investigate Europe viser (les mer om privatisering av sykehjem i Norge på side 64).

v Fra Norge oppgir Investigate Europe disse mediepartnerne: Aftenposten, NRK, Dagsavisen, Klassekampen, Finansavisen, Bergens Tidende, Stavanger Aftenblad, Adresseavisen, Agenda Magasin, Vårt Land, Journalisten, Energi og klima og Fri Fagbevegelse. https://www.investigate-europe.eu/en/about-us/media-partners/

Investigate Europe sin oversikt over Europas største sykehjemsselskaper:
(selskaper markert med rødt har PE-fond som majoritetseiere)



Attendo: Omsorgsgigant i Norden

Attendo, på 8. plass på Investigate Europes liste, er sammen med Ambea de to største kommersielle velferdsselskapene i Sverige. De står for nesten 50 prosent av det private markedet. I Sverige og Finland har Attendo hatt kontrakt med over halvparten av kommunene.[5] Attendo har også drevet sykehjem og hjemmetjenester i Norge. De drev blant annet Midtåsenhjemmet (2005-2010), Madserud sykehjem (2002-2008), Hovseterhjemmet (2008-2014) og Paulus sykehjem (2008-2020), og leverte hjemmetjenester i flere bydeler i Oslo.[6] I 2005 ble Attendo solgt til det britiske oppkjøpsfondet Brigdepoint capital for 2,2 milliarder svenske kroner. Fortjenesten for eierne var 600 millioner. Bridgepoint solgte et år senere videre til IK Investment Partners.[7] I dag er Attendos største aksjeeier eierselskapet Nordstjernan AB.[8] Attendo er et av mange eksempler på hvordan selskaper skifter eiere, omstruktureres og ekspanderer.

Attendos historie er også full av avsløringer om manglende skattebetalinger og kompliserte selskapsstrukturer som ender i skatteparadis som Jersey. I Norge var Attendos hjemmetjenester i

hardt vær i 2015 da Frifagbevegelse.no kunne avsløre at de drev med doble vakter, ulovlig overtid, ufaglærte med sykepleieroppgaver og gullkantede lederlønninger.[9] I 2020 kom nyheten om at Attendo trakk seg ut av Norge. Dette var en konsekvens av at Oslo nå har en politikk for at sykehjemmene skal drives i kommunal egenregi eller av ideelle. Attendo drev da med dårligere lønns-, arbeids- og pensjonsvilkår enn de kommunale sykehjemmene.[10] For sykehjem i Oslo som var tilsluttet Pleie- og omsorgsoverenskomsten mellom Fagforbundet og NHO Service og Handel, var minstelønna for en nyutdannet helsefagarbeider på 283 500 kroner. I et kommunalt sykehjem var lønna for den samme jobben på drøyt 367 000 kroner. For en helsefagarbeider med seks års ansiennitet, var lønnsforskjellen på drøyt 67 000 kroner.[11]

I Sverige ga staten selskapet 133 millioner i statsstøtte i forbindelse med Covid-19-pandemien, mens de betalte ut 4,8 millioner i bonus til sjefene.[12] I Sverige er Attendo også utsatt for kraftig kritikk for selskapets pandemihåndtering og forsøk på å hindre ansatte i å uttrykke seg offentlig. Dette står det mer om på side 73.

Attendos to ansikter

På forsiden på Attendos hjemmeside kan du blant annet lese: «Med hjärta för omsorg. På Attendo ger vi dig den omsorg du behöver, på det sätt du vill, oavsett var vi möter våra kunder runt om i Norden.»

Leiter du litt mer rundt i informasjonen ment for «investerare», endrer kommunikasjonen seg noe og det står blant annet: «Attendo strävar efter att ha en öppen dialog med aktiemarknaden och andra intressenter. På följande sidor ger vi information om de senaste nyheterna, finansiella rapporter, Attendo-aktiens utveckling och en prenumerationstjänst. Du kan också lära dig mer om vår verksamhet, strategi och hur vi skapar värde.

- Fler kunder och bättre marknadsförutsättningar i Finland inför 2023.
- Attendo uppvisade god organisk tillväxt för 2021, främst till följd av ökat kundinflöde och ökad beläggning under andra halvåret.»[13]

Ambeas Stendi: Norsk barnevern på børs

Det svenske selskapet Ambea befinner seg på listas 26. plass, og er markert med rødt i bildet. Det betyr at majoritetseierne er PE-fond. Ambea kjøpte opp deler av selskapet Aleris i 2019 og døpte det Stendi. Stendi er det kommersielle selskapet norske barnevernsmyndigheter kjøper mest av. Fra 2016 til 2021 solgte Stendi private institusjonsplasser til barnevernet for 4,2 milliarder kroner.[14] Å forsøke å finne ut av eierskapet i Ambea er et heseblesende foretagende. Når vi likevel i det videre gir det et forsøk, er det fordi selskapet illustrerer godt hva slags eiere også norske myndigheter står ovenfor i velferdssektorene. Det viser også at det er naivt å tro på blant annet NHOs påstander om at slikt eierskap ikke er noe problem i offentlig finansierte velferdstjenester, om vi bare sikrer bedre offentlig bestillerkompetanse og kontroll.[15]

Stendi beskrives på Ambeas hjemmesider som deres norske forretningsområde som bedriver landsdekkende virksomhet innen støtte og bolig for voksne, barn og unge. Dessuten tilbyr Stendi personlig assistanse, eldreomsorg og hjemmetjeneste. Selskapet har over 400 enheter og omkring 5000 ansatte rundt om i Norge.[16] Mange husker kanskje Stendi fra rettsaken i 2021 der det ble slått fast at Stendi år etter år har brutt loven og utsatt omsorgsarbeidere for grove brudd på deres

rettigheter som arbeidstakere. 22 omsorgsarbeidere i Stendi, organisert i Fagforbundet, fikk medhold i at de var arbeidstakere, til tross for at de var blitt behandlet som oppdragstakere eller selvstendig næringsdrivende. Stendi ble dømt til å betale om lag 24,1 millioner kroner i erstatning pluss betydelige forsinkelsesrenter og til å betale sakskostnader på rundt 17,5 millioner kroner. Høyesterett avviste Stendis anke.[17]

Kanskje er det ikke like mange som vet at Stendi altså eies av Ambea og at majoriteten av Ambeas aksjer eies av PE-fond. I mars 2023 hadde aksjene til de 100 største aksjeeierne i Ambea en totalverdi på over tre milliarder svenske kroner. Ambeas største eiere var ACTR Holding Ab, Forsta AP-fonden, AMBEA AB, ING LUXEMBOURG SA og Försäkringsbolaget PRI.[18] Av disse eide ACTR Holding Ab 25 prosent av aksjene og er klart størst blant eierne. Men vanskelighetene slutter virkelig ikke her, for hvem eier egentlig ACTR Holding Ab?

Da VG og Fagbladet skrev om danningen av Stendi i 2019 skrev de at Ambeas morsselskap i Sverige kontrolleres av Actor Holding og Actor S.C.A. Sistnevnte er registrert i Luxembourg og eies av det amerikanske oppkjøpsfondet KKR og risikofondet Triton Partners.[19] Den observante leser vil se at selskapsnavnene er svært like. Det er vanskelig å finne ut om det betyr at de også har samme eier. På PE-selskapet Triton sine hjemmesider så står det (mars 2023) at Triton ervervet Ambea Sverige i et samarbeid med KKR i 2010 og at disse to selskapene siden har samarbeidet om å sikre Ambea videre vekst.[20] Så er det i dag Triton og KKR som eier ACTR Holding Ab?

ACTR Holding Ab som altså oppgis som største eier i Ambea eies i hvert fall av det Luxemburgbaserte Actor SCA[21] og Triton oppgir som sagt selv at de fortsatt har eierskap i Ambea. Så vi kan si med overveiende stor sannsynlighet at Triton i hvert fall er blant eierne til Actor SCA i skatteparadiset Luxemburg. KKRs veier er vanskeligere å spore, og det har ikke lykkes å finne opplysninger om at de har solgt seg helt ut av Ambea. På KKRs egne sider står imidlertid ikke Ambea oppført som en del av deres portefølje.[22] Det kan bety at deres eierskap nå er mer indirekte, via andre selskaper i deres gigantiske konglomerat av selskaper eller som sagt at de nå er ute. Uansett viser denne kompleksiteten i eierskapet til kun en (av over hundre aksjonærer) i Norges største kommersielle barnevernsselskap, at disse markedene ofte er uransakelige. KKR er et av verdens største PE-selskap som ingen myndighet i verden har fullstendig oversikt over. De har likevel hatt, og har kanskje fortsatt, eierandeler i tjenestene for de aller mest sårbare barna i Norge.

KKR ble grunnlagt av fetterne Henry Kravis og George Roberts, angivelig da de møttes over en middag på Joe and Rose Restaurant i 1976.[23] I april 2022 skrev Forbes at de to tilårskomne fetterne som ledet mange av de største lånefinansierte oppkjøpene i historien, gir seg som administrerende direktører i investeringsselskapet KKR verdt 430 milliarder dollar. Roberts og Kravis har formuer på henholdsvis 9,1 og 8,7 milliarder dollar og er med det blant USAs 100 rikeste personer.[24] Private Equity-pionerene sies å ha vært inspirasjonskilder til filmen «Wall Street» der Michael Douglas som Gordon Gekko ga oss det berømte filmsitatet: «Greed is Good». Disse styrtrike amerikanske fetterne har eller har altså hatt eierandeler i tjenester for barn, eldre og folk med funksjonsnedsettelse i Norge, finansiert av fellesskapet. Uansett hvem som i dag eier, er ingen hinder i veien for at selskaper som Stendi kan kjøpes og selges til alle typer eiere. Børsnoterte selskaper der aksjene omsettes på børsen, er åpne for alle typer eierskap.

Vet barnevernsbyråkratene hvem de handler med?

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er organisert med en egen anskaffelsesavdeling, med ansvar for det statlige barnevernets håndtering av barnevernsmarkedet. Regjeringen har i sin regjeringserklæring (Hurdalsplattformen) følgende mål om avkommersialisering av barnevernet: «Gradvis fase ut store kommersielle aktørar innanfor barnevernet» og «Avslutte bruken av konkurranseutsetjing og anbod i barnevernssektoren og sikre ideelle verksemder langsiktige avtaler med det offentlege».[25]

I september 2022 fikk For velferdsstaten innsyn i all korrespondanse mellom Barne- og familiedepartementet (BFD) og Bufdir - om regjeringens pågående arbeid med utfasing av kommersielle aktører. I innsynsdokumentene For velferdsstaten mottok fremgikk det at Bufdir i 2022 ble bedt av BFD om å redegjøre for hvilke selskaper det statlige barnevernet (altså Bufdir) kjøper institusjonsplasser fra. Tabellen de laget, som du kan se på neste side, stiller spørsmål ved om Bufdir vet hvem de overlater samfunnets mest sårbare barn til.

Tabellen fra Bufdir viser altså deres fremstilling av eierskapet til de kommersielle selskapene de kjøper institusjonsplasser fra. Vi har markert de største selskapene med gult. Problemet med oversikten laget av Bufdir, er at den inneholder grove feil. Det tyder på at Bufdir har et stykke igjen både på «bestillerkompetanse og kontroll». Stendi AS er i Bufdirs tabell fremstilt med et eierskap som endte hos svenske Vardaga og Nytida Care AB. Dette er selskaper som inngår i Ambea-konsernet, men de er ikke Stendis egentlige eiere, kun et mellomledd (se side 52 og oversikt neste side).

Det selskapet Bufdir kjøper nest mest tjenester av, hadde byråkratene oppført som selskapet Humana AS. Men dette selskapet, Humana AS, er slettes ikke det nest største kommersielle barnevernsselskapet som opererer i Norge. Den nest største selskapet er Human Care AS som inngår i det svenske storkonsernet Humana Group. Humana AS, som Bufdir mente de handler med, huser fastleger og legespesialister, blant annet en ikke ukjent legemiddeldirektør, Steinar Madsen. Selskapet Bufdir faktisk handler med er børsnotert i Sverige og de største eierne er Impilo Care AB, UBS AG London Branch, Alcur Select, Verdipapirfondet Nordea Norge og SEB AB Luxembourg branch. Heller ikke eierskapet i det svenske storkonsernet Team Olivia Group hadde Bufdir funnet frem til. I oversikten endte eierskapet i Norge, men i det Team Olivia som Bufdir handler med er hovedeieren det finansielle oppkjøpsfondet Procuritas som opererer via Sveits og Guernsey, to velkjente skatteparadis.

Det siste store selskapet Bufdir handler med er Aberia Ung AS, som er del av det norskeide Norlandia Health & Care Group AS eid av Hospitality invest AS eid av Roger og Kristian Adolfsen. Dette selskapet hadde Bufdir rett i sin oversikt. Vi må derfor gå ut ifra at Bufdir godt kjenner til Adolfsen-brødrenes velferdsimperium, som har fått de inn på 70. plass på Kapitals liste over Norges rikeste.[26] Så hvordan forholder så Bufdir seg til det største norskeide kommersielle barnevernsselskapet?

Skjermdump av tabell i Bufdirs svar på bestilling fra BFD 15.02.22:[28]
(våre markeringer i gult)

Leverandør	Ant godkjente	Eiernivå 1	Eiernivå 2	Eiernivå 3	Eiernivå 4
Aberia Ung AS	48	Aberia AS	Norlandhia health & care group AS	Hospitality invest AS	Brødrerne Adolfsen
Aurora Omsorg AS	13	Aberia Ung AS	Aberia AS	Norlandhia health & car	Hospitality invest AS
Bertines omsorgshjem AS*	3	Rita Jonassen/Thorkil Dal			
Den skreddersydde enhet AS	21	Helland Invest AS	Anne Karin Helland/Kåre Helland/Rune Helland/Inga Helland		
Familiehjelp AS	2	Key Assets The Childrens' Serv			
Fjellstø Omsorg AS	6	Jørund Brekke/Morten Mastrup			
Himmelblå AS	4	Hyinveien eiendomsutvikling AS	Thomas Solli		
Humana AS	89	1. Humana Helse AS	Pedimer AS	Ranelaghs AS	Marie A Erlandsen
			Pandher Singh AS	Narpinder Singh	
			Steinar Madsen/ Sindre Stavnes		
		2. Humana Sandvika A/S	Eies av 7 privatpersoner		
Næromsorg AS	18	Lena Holding AS	Lena Braathen		
Omsorgspartner Ung AS	6	Eies av 17 privatpersoner gjennom 5 holdingselskap			
Serio ungdomssenter AS	8	1. Breiviga Holding AS	Hans Petter Farestad		
		2. Regnbuer AS	Hilde Sundstøl		
		3. John Kjetil Støle			
Sjøgløtt omsorgssenter AS*	3	KM Eiendom AS	Trygve Moe/Karl David Kristiansen		
Stendi AS	160	AMB AS	AMB Norway AS	Vardaga & Nytia Care AB	
Sti Omsorg AS*	3	Eies av 3 privatpersoner gjennom 3 holdingselskap			
Team Olivia AS	57	Team Olivia AB	Team Olivia Norge AS		
Trygg Start AS*	3	Leon Esfahani			
Uniped AS	10	Uniped AS/Deniz Michael Aasen/Geir Atle Olaussen			

Kommentar til tabellen:
Humana AS er ikke et barnevernsselskap og står derfor feilaktig oppført som leverandør i oversikten fra Bufdir. «Humana» opererer med ulike merkevarenavn og navn registrert i Brønnøysund-registrene. Selskapet som leverer til barnevernet kaller seg Humana Omsorg og Assistanse, men er juridisk registrert som Human Care Holding AS. Barnevernets avtale er med Human Care Ung AS. Se forklaring på selskapets nettside.[29]

Reell oversikt over eierskapet i de største barnevernsselskapene i Norge som Bufdir handler med:
(per september 2022)

Barnevernsselskap	Eiernivå 1	Eiernivå 2	Eiernivå 3	Eiernivå 4	Eiernivå 5	Eiernivå 6
Aberia Ung AS	Aberia AS	Norlandia Health & Care Group AS	Hospitality Invest AS	Klevenstern AS Mecca Invest AS pluss småinvestorer	Kristian Adolfsen Roger Adolfsen	
	*Aberia ble omdannet til ideell stiftelse 17.07.22 (se mer om Aberia Ung AS på side xx)					
Aurora Omsorg AS	Aberia Ung AS	Aberia AS	Norlandia Health & Care Group AS	Hospitality Invest AS	Klevenstern AS Mecca Invest AS pluss småinvestorer	Kristian Adolfsen Roger Adolfsen
Human Care Ung AS	Human Care Holding AS	Humana Group AB	5 største eiere (børsnotert): Impilo Care AB (25,5%) Ubs Ag London Branch (12,3%) Alcur Select (7,7%) Verdipapirfondet Nordea Norge (5,7%) Seb AB, Luxembourg Branch (4,4%)			
Stendi AS	Amb AS	Amb Norge AS	Ambea AB	5 største eiere (børsnotert): Actr Holding AB (15,07%) Actors S.C.A. (10,1%) Forsta Ap-fonden (9,28%) Didner & Gerge Fonder Aktiebolag (4,16%) JP Morgan Chase Bank NA (3,77%)		
Olivia Solhaugen AS	Team Olivia Norge AS	Team Olivia AB	Hovedeiere (børsnotert): PE-fondet Procuritas (64,78%) Byggmästare Anders J. Ahlström (16,15%) PK Investment (9,4%)			

Anskaffelsesbyråkratenes naive forhold til Aberia Ung AS

De store kommersielle aktørene i barnevernet er selskapene der eierskapet nå er beskrevet: Stendi, Humana, Team Olivia og Aberia. For å nå regjeringens mål om avkommersialisering av barnevernet, foreslo Bufdir for BFD at disse selskapene kunne bli ideelle. I et svar på bestilling i mars 2022 skriver Bufdir:

«*Dersom enkelte av de store kommersielle leverandørene velger å endre selskapsform vil dette kunne redusere risikoen for mangelfull tilgang til nødvendige tjenester, samt øke andelen ideelle leverandører. Det kan være viktig med en aktiv oppfordring og veiledning til markedet når det gjelder endring av selskapsform og mulighetene dette kan gi. Denne endringen er imidlertid avhengig av at den enkelte kommersielle leverandør ønsker å endre selskapsform til ideell, og interessen for dette kan være avhengig av Bufetats mulighet til å gi forpliktende signaler.*»[27]

Byråkratiet vil altså gi selskaper med kommersielle eiere organisert for profittformål, mulighet til å få kontrakter med det offentlige der premisset er at selskapet drives ideelt, altså at alle pengene går til formålet. Den politiske motstanden mot slike triks er selvsagt stor, og stikk i strid med regjeringens mål om å fase ut kommersielle aktører. Praksisen Bufdir la opp til vil fullstendig viske ut skillet mellom kommersielle og ideelle aktører i velferden. Likevel så ser det ut til at Bufdirs «aktive veiledning og oppfordring» har lykkes et stykke på vei. I juli 2022 omdannet eierne av Aberia Ung AS selskapet til et ideelt AS ved en enkel vedtektsendring. En slik vedtektsendring gjorde at Bufdir mente Aberia Ung AS dermed kunne tildeles kontrakter i anbudsrunder som var ment å være forbeholdt ideelle aktører uten profittmotiv. Det eneste som skulle til var altså en liten vedtektsendring, som kan endres tilbake til kommersiell eierform.

Aberia selv la ikke skjul på i et intervju med Fagbladet etter vedtektsendringen, at de var imot regjeringens politikk med å fase ut kommersielle selskaper av barnevernet. Men de hadde gjort noen tilpasninger slik at de kunne beholde «kompetanse i selskapet» som i 2021 solgte barnevernstjenester til det offentlige for 263 millioner. I Hospitality Invest sin rapport til Oslo børs for tredje kvartal 2022, altså etter at Aberia Ung AS fikk sitt nye ideelle formål, står det om morselskapet Aberia AS:

«*Aberia has been through a major restructuring to stream-line operations and focus its portfolio. Loss-making operations have been terminated or divested, the core operations are strong on quality and reputation, profitable and growing, and the segment is clearly moving in the right direction and should be generating healthy profitability going forward.*»

Eierne ser altså kjernevirksomheten i Aberia som lønnsom og voksende, og de antar at den skal skape sunn lønnsomhet framover.[30] Aberia fortsetter å forsikre markedet om at de ser gode utsikter til å tjene penger, og det står ingenting i kvartalsrapporten om at de driver Aberia Ung AS etter et ideelt formål.

Siden barnevernsreformen i 2004 har Bufdir på vegne av skiftende politiske flertall, styrt et konkurransesystem via anbud og innkjøpsstrategier. Markedsorganiseringen gir dårligere samhandling, tjenestene stykkes opp og barna kategoriseres og prises. Fagmiljøene er enige om at stabilitet og minst mulig flyttinger er best for barna. De trenger langsiktighet, tverrfaglighet og samarbeid. Likevel ble 261 barn i institusjonsbarnevernet i 2020 og 2021 flyttet til sammen 2 000 ganger.[31] De kommersielle selskapene eier i hovedsak byggene eller leiekontraktene der institusjonsdriften foregår. At selskapene ikke bare eier en kontrakt med det offentlige om drift i en gitt periode, men også eiendommene, gjør jobben større når myndighetene vil legge om til offentlig og ideell drift.

Byråkratiets åpning for ideelle AS med kommersielle eiere ser imidlertid ut til å være lukket av regjeringen etter Aberia Ung AS sin vedtektsendring. Barne- og familieminister Kjersti Toppe annonserte i forbindelse med et innspillsmøte om ideell vekst i institusjonsbarnevernet 17. mars 2023, at regjeringa har bestemt at barnevernsselskap med kommersielle eiere ikke lenger skal få mulighet til å få avtale som ideell aktør i barnevernet. Statsråden sa at: «Det er no bestemt at alle framtidige avtalar med ideelle i barnevernssektoren skal vere med aktørar som har ideelle og ikkje kommersielle eigarar».[32] I framtida kan med andre ord ikke byråkratene i Bufdirs anskaffelsesavdeling gi Aberia Ung AS kontrakter som ideell aktør. Kommersielle selskaper som Stendi, Humana og Olivia eller andre, kan heller ikke foreta enkle vedtektsendringer og dermed seile under falskt flagg.

Bufdirs forhold til de kommersielle selskapene viser hvordan markedsretting av velferdstjenester over tid kan gi en administrasjon og et byråkrati som fjerner seg fra kjerneoppdraget. Byråkratiets adferd ligner adferden til kommuneadministrasjoner i Sverige, som også har utviklet et nært forhold til «sine» hjemmetjenesteselskap (se side 18). Regjeringens mål om systemendring har blitt møtt av et byråkrati som er mer tro til markedssystemet, enn det sittende folkevalgte flertallet. Dette er et demokratisk problem, og eksempel på hvor vanskelig det er å avkommersialisere velferden når først markedskreftene er sluppet løs.

Finansnæringens inntog i velferden

Det er avgjørende forskjeller på det tradisjonelle samarbeidet mellom offentlige myndigheter og private aktører i velferdstjenestene og den mer nyankomne privatiseringen som innebærer kommersialisering og finansialisering.

Finansialisering er utrykk for at rene finansielle investorer, som PE-fond, hedgefond, pensjonsfond og banker, vokser i velferdstjenestene. Finansialisering er også et uttrykk for at finansiell logikk brer om seg i kommersielt drevet velferd. Eierne opptrer i velferdsmarkedene på akkurat samme måte som i næringslivet ellers.[33] Finansielle eiere er som navnet tilsier opptatt av det finansielle aspektet ved driften, altså pengene, ikke tjenestenes innhold. Markedshensyn kommer først. Finansielle eiere kjøper også i økende grad opp mindre private selskaper og de ideelle aktørene som i mange land var dominerende i tidligere offentlig-private samarbeid. Finansialiseringen er den siste omdreiningen på privatiseringen i velferden. Å forstå finansialiseringens konsekvenser er avgjørende for å forstå konsekvensene av å privatisere velferd i dag.

I PSI-rapporten «Care Givers and Takers - How finance extracts wealth from the care sector and harms us all» beskrives denne utviklingen.[34] Forfatterne skriver at mens privatiseringen og innstrammingene i offentlige budsjetter har vært synlige, er finansialiseringen en mer skjult trend. Det er ikke mange som følger med på oppkjøp, salg og restrukturering av velferdsselskapene. Betydningen av dette er også ofte undervurdert. At selskapene ligger et hestehode foran både myndigheter, befolkningen, ansatte og brukere av velferdstjenestene, er et mønster over alt. Offentlige debatter har ofte dreid seg om utbytte og overskudd i driftsselskapene, men kildene til profitt er langt flere enn utbytter fra driftsselskaper. Pengene flyttes ofte mellom ulike selskaper i samme konsern eller til selskaper med samme eiere. Ulike former for eiendomspekulasjon eller tvilsomme avtaler mellom driftsselskaper og eiendomsselskaper med samme eiere eller tette bånd er også en sentral del av utviklingen. Velferdstjenesteutvalget gransket utviklingen i de private velferdstjenestene i Norge og fant at de kommersielle vinner fram, at det er økning i finansielt eierskap og at de ideelle taper:

Den finansialiserte kapitalismen

«Bedrifter sees ikke som produksjonsfellesskap og sosiale størrelser regulert av normer, men som knipper av aktiva som kan splittes, selges, kjøpes og kanskje også føyes sammen på nye måter. Det er med andre ord et viktig kjennetegn ved den finansialiserte kapitalismen at det skal finnes et aggressivt marked for kjøp og salg av selskaper.»

Statsviteren Bent Sofus Tranøy i boken «Fritt Fall» fra 2008.[35]

«De ideelle leverandørene har fått en mindre andel av de velferdstjenestene som drives av private. På alle tjenesteområdene, bortsett fra for friskolene, har konsernorganiserte, kommersielle aktører økt sin andel. Det har vært en tydelig reduksjon av ideelles andeler av samlede private leveranser. Innenfor gruppen av kommersielle leverandører har det, de siste 4-5 årene, skjedd en forskyvning fra mindre norske foretak til større norskeide konsern og noen helt eller delvis utenlandsk eide konsern. Det gjelder i spesielt stor grad barnevern og i helse- og omsorgssektoren. Av 17 utenlandske aktører var fem Private Equity-fond, hvorav flere er registrert i lavskatteland. (...) Utvalgets kartlegging kan tyde på at bruk av åpne anskaffelser i realiteten innebærer en favorisering av kommersielle framfor ideelle virksomheter, alt annet likt. Over tid kan det medføre at ideelle aktører forsvinner som leverandører av offentlig finansierte velferdstjenester.»[36]

De fleste vestlige land har lang tradisjon for at velferd drives av private ideelle ikke-kommersielle (non-profit) aktører. Etter hvert som statene tok mer ansvar for finansieringen ble også de ideelles arbeid i stor grad finansiert av det offentlige, som også bygde ut sitt eget tjenestetilbud. Dette er det opprinnelige offentlig-private samarbeidet i velferdssektorene.[37] Dette samarbeidet skjedde typisk ved at det offentlige samarbeidet med ideelle organisasjoner eller en lokal basert bedrift for å løse oppgaver. Dette var aktører med et kjent og avgrenset eierskap, og uten binding til finansmarkeder eller børser. Som oftest var det ideelle organisasjoner med lang tradisjon, eller generasjonsdrift av familieeide sykehjem eller privatpersoner som eide og drev en privat barnehage. I noen tilfeller var tjenestene opprettet etter privat initiativ som senere fikk offentlig finansiering og ble integrert i det offentlige tilbudet, i andre tilfeller var det offentlig oppgaver som ble bestemt at skulle løses i samarbeid med ideelle og lokale aktører.

I dag er det altså verken ideelle eller enkeltstående bedrifter som øker sine andeler i den private velferdssektoren. Stadig mer av europeisk og amerikansk sykehjemssektor drives av selskaper som har profitt som det absolutte hovedformålet. Konsernorganiseringene ender også oftere i skatteparadis og det offentlige innsynet i eierskap og pengeflyttinger har blitt kraftig redusert. I Norge er omfanget fortsatt mindre enn i andre europeiske land, men også her blir de lokale og små selskapene færre, mens multinasjonale konsern og kjeder blir flere. Norge er heller ikke skjermet for utviklingen med eiendomsspekulasjon, noe den norske barnehagesektoren er et helt tydelig eksempel på (se side 29).

Sikker betaling gir interessante markeder for investorer

Forskningen viser at all kommersiell drift i velferden er forbundet med å omsette offentlige bevilgninger til profitt. Det er altså snakk om gradsforskjeller, ikke ulike motiver.[38] Når fokuset internasjonalt retter seg mot finansselskaper, er det fordi dette er den spisse enden og foreløpige endestasjonen i privatiseringsutviklingen. En hovedårsak til at finansselskapenes forretningsmodeller blir svært skadelige i velferden er som tidligere beskrevet i rapporten at dette er arbeidsintensive tjenester, der kvaliteten er tett forbundet med bemanningen. En annen årsak er at dette er kombinert med at inntektssiden er tilnærmet sikker. Velferden regnes som tjenester med lav risiko sett fra et markedsståsted, særlig i offentlig finansierte systemer. Det offentlige er en mye sikrere betaler enn store deler av det reelle markedet. Det er også den kjøpesterke delen av befolkningen, i land med lavere offentlig finansiering. Uansett hvordan land velger å organisere velferden, så er velferdsbehovene i befolkningene rimelig konstante.

Velferdstjenestene er i Norden ofte rettighetsfestet og skal dekke et behov i befolkningen. Når det offentlige i Norge og Sverige finansierer eiendom og drift eid av finanskapital, så mater de i realiteten bendelormen om og om igjen. Det blir et uløselig misforhold mellom selskapene som er designet for profitt etter modell av reelle næringslivsmarkeder og inntektssiden (offentlig finansiering) som det er forbundet svært lav risiko for at skal tørke helt inn. Velfungerende velferdsstater er nettopp kjennetegnet av lav risiko. Så lenge det fødes barn i Norge vil det offentlige fortsette å finansiere barnehager. Så lenge det finnes eldre vil det offentlige fortsette å betale for eldreomsorgen. For de som vil tjene penger på dette er de altså sikret en rimelig konstant inntektsside mange år frem i tid. Norske barnehagebygg er derfor en sikker investering for internasjonal finanskapital (se side 29).

Jakten på velferdskronene og den gjemte superprofitten

Finansielt eierskap finnes altså i velferdssektorene over hele verden, og er også økende i norsk velferd. Det er svært vanskelig, eller umulig, å følge pengestrømmene. Dette er også årsaken til at myndigheter når de forsøker, sjelden eller aldri kommer fram til klare svar om profitt og superprofitt. Dette var resultatet av velferdstjenesteutredningene både i Sverige og Norge. For de som ønsker kommersiell drift i offentlig finansierte velferdstjenester, er dette en kjærkommen anledning til å avspore debattene. Som da næringsministeren i Solberg-regjeringen mottok den norske

velferdstjenesteutredningen og erklærte at «det var godt å høre at det ikke var funnet grunnlag for superprofitt i velferdstjenestene».[39] Ordet «funnet» er her vesentlig.

At utvalget ikke klarte å finne superprofitt, betyr altså ikke at det ikke finnes. Det kan skyldes at selskapsorganiseringen er designet for at offentlige myndigheter ikke skal ha innsyn, at pengene er flytta for eksempel gjennom husleie eller gjeld, at de ikke har leita godt nok eller at de legger - sett fra kommersielle aktørers ståsted - et fordelaktig lønnsomhetsmål til grunn. Dessuten var det uenighet i utvalget om hvilket lønnsomhetsmål som skulle legges til grunn. Flertallet ville forholde seg til driftsmargin, mens mindretallet mente kapitalavkastning var det riktige målet. Mindretallet beregnet at en kapitalavkastning på 5 prosent utgjorde 1,1 milliarder i 2018.[40]

Den norske velferdstjenesteutredningen fant altså at av 17 utenlandske aktører, innen helse- og omsorg og barnevern, så var fem Private Equity-fond, flere av de registrert i lavskatteland. De konkluderte:

«Utvalget mener at dette indikerer at det er lønnsomt å investere i offentlig finansierte velferdstjenester. Flertallet mener at det er vanskelig å vurdere om fortjenestene i velferdsforetakene er rimelige uansett hvilket lønnsomhetsmål som brukes. Noe av det skyldes at det ikke finnes noe naturlig benchmark å sammenligne fortjenestene med. Utvalget mener imidlertid at høy oppkjøpsaktivitet, høye goodwill og salgsbeløp, samt interesse fra utenlandske investorer indikerer at det er lønnsomt å investere i offentlig finansierte velferdstjenester.»[41]

Velferdstjenesteutvalgets konklusjon er den eneste logiske. For hvorfor skulle internasjonale profittsøkende selskap i det hele tatt være interessert i norsk eller andre lands velferd, hvis det ikke er for at det er gode penger å tjene der? Og hvorfor skulle de velge velferden, dersom de kunne tjene mer med like lav risiko i det ordinære næringslivet? At det skjer en rask finansialisering av velferdstjenester over store deler av verden, er en soleklar indikasjon på at velferden regnes som en solid kilde til profitt. Superprofitt betyr dessuten profitt utover normalavkastning. Altså at noen tjener mer enn de kan forvente i en sektor. For de som mener at offentlige penger bevilget velferd skal gå til velferd, og ikke private eiers profitt, ja så er helt vanlig profitt også uønsket i disse sektorene. Dessuten følger profittjaget i seg selv med seg store strukturelle utfordringer for hele det rettighetsbaserte og offentlig finansierte velferdssystemet, helt uavhengig av hvor mye profitt hvert enkelt selskap faktisk henter ut.

Eiere som følger pengene og satser på politiske løftebrudd

Velferdsmarkedene er flernasjonale, og eierne hopper dit det er penger å tjene. Unicare-gründerne, ekteparet Tom Tidemann og Una Aas, er et norsk eksempel. Unicare ble etablert i 2008 av Tidemann og Aas. I Norge drev Unicare (2021) 30 enheter innen rehabilitering, eldreomsorg, rus og avhengighet, boliger og avlastning, bedriftshelse og brukerstyrt personlig assistanse. I tillegg til ti private helsestasjoner i Sverige. Og i 2012 var det nettopp Unicare som kjøpte opp Caremas omsorgsvirksomhet i Norge, etter skandalen i selskapets sykehjemsdrift i Sverige.[42] Og Carema-eieren fra Sverige, Peter Weiderman, er som beskrevet under delen om den svenske markedsskolen, nå altså inne på eiersida i Sveriges skolemarked.

I 2016 solgte Aas og Tidemann to tredjedeler av aksjene i helsekonsernet Unicare til britiske G Square Healthcare Private Equity. I 2019 hevdet Tidemann og Aas at de nye eiernes disposisjoner i forbindelse med en emisjon hadde forårsaket at de mistet 280 millioner og at de ville gå rettens vei.[43] I november 2019 inngikk Unicare avtale med Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg (SDL) om at sistnevnte overtok eierskapet til Unicare Omsorg. Slik ble fem sykehjem i Oslo plutselig ideelle. Vilkårene for avtalen er ikke kjent utover svaret fra Christoffer Sundby, konsernsjef i Unicare, til Nettavisen 26. november 2019 på hva prisen de solgte for var: «Prisen tilsvarer verdien av egenkapitalen og blir fastsatt når balansen er klar ved årsskiftet». Unicare la ikke skjul på at det er det rødgrønne byrådets politikk for avkommersialisering som gjorde at de solgte sykehjemsdelen av selskapet.[44]

Men dette tilbakeslaget har ikke fått de tidligere Unicare-eierne til å mangle satsningsvilje. I 2021 etablerte de et nytt selskap: WeCare Omsorg. Denne gangen rettet de seg mot fritt behandlingsvalg for pasienter innen psykisk helse og rus. Dette på tross av at det gikk mot regjeringsskifte i 2021 og at Arbeiderpartiet gikk til valg på å avvikle privatiseringsordningen Høyre innførte og kalte «Fritt behandlingsvalg».

Da avviklingen av ordningen likevel ble en realitet fra 2023 var WeCare en av regjeringens kritikere. De sa det satte arbeidsplassen til 65 ansatte og et genuint ønske om å skape et nytt og annerledes konsept innen psykisk helse og rus i fare.[45] Om arbeidsplassene nedlegges dersom WeCare ikke får drive videre gjenstår å se. Uansett er det rimelig å si at eierne i WeCare i tilfellet har mer ansvar for det enn regjeringen. Allerede ved etableringen visste de at de baserte seg på en ordning et sannsynlig folkevalgt flertall hadde sagt at skulle bortfalle. I april 2022 ble det også kjent at Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) hadde solgt sine tre klinikker i Trondheim, på Jæren og i Bergen til WeCare. Klinikken i Bergen tilbyr rehabiliteringskurs for hjertesyke og polikliniske undersøkelser og behandling innen hjerte, nevrologi og ledd- og muskelplager. Både LHL-klinikkene og de psykiatriske klinikkene er godkjent for fritt behandlingsvalg, en form for offentlig finansiering som regjeringen vil avvikle fra årsskiftet, skrev Bergens Tidende.[46]

Det virker altså ikke som om lærdommene fra politikkendringen mot kommersielle sykehjem i Oslo, gjorde særlig inntrykk på investorene bak Unicare og WeCare. Hva som fikk dem til å tro at Arbeiderpartiet ikke ville gjennomføre sin politikk på nasjonalt plan slik de hadde gjort i Oslo, får vi nok dessverre neppe vite. Kanskje satset de på at massiv lobbyinnsats skulle presse politikerne til løftebrudd?

Lobbyisme og demokrati som «politisk risiko» for eierne

Holdningen Tidemann og Aas viser til demokratiske prosesser og rammevilkår, er utbredt i den kommersielle velferdssektoren. Investorer anser nye reguleringer av skattefinansiert velferd som et problem fordi det begrenser deres handlefrihet til å skape høye gevinstmarginer og utvide markeder. Demokrati blir dermed en politisk risiko sett fra investorenes perspektiv. Slik blir investorenes logikk en del av både velferden og de demokratiske prosessene.

Da investeringsbanken ABG Sundal Collier i 2021 analyserte det svenske skolemarkedet for investorer oppga de for eksempel: «Ved å øke andelen privatisering, så synker den politiske risikoen. Desto større den private sektoren er, desto vanskeligere blir det for politikerne å innføre

reformer som påvirker de private utdanningsfirmaene.»[47] Adolfsen-brødrenes Norlandia Health & Care Group omtalte den politiske risikoen slik for markedet i sin rapport tredje kvartal 2022 (vår oversettelse fra engelsk):

«De regulatoriske rammeverkene har stor innvirkning på vår evne til å levere tjenester av høy kvalitet. Politisk risiko er derfor til stede når store endringer kan ha stor innvirkning på hvordan vi leverer våre tjenester. Akkurat nå er risikoen mest merkbar i Norge. Regjeringen annonserte i august et mandat og en sammensetning av et utvalg som vil gjøre en undersøkelse og skrive en rapport om null-profittmodeller i velferdssektorene. Initiativtageren til utvalget var Sosialistisk Venstreparti (SV). Vi er imidlertid sikre på at SVs foretrukne utfall av utredningen vil bli avvist av majoriteten i Stortinget, vi vil fortsette å adressere dette og andre slike initiativer i framtiden gjennom de ulike kanalene som er tilgjengelige for oss. I oktober, ble den nye regjeringen og en ny regjeringsplattform presentert etter at det svenske valget resulterte i regjeringsskifte. Den nye regjeringen har uttrykt et mer positivt syn på private velferdstilbydere, enn den tidligere regjeringen. For å begrense vår eksponering for ufordelaktig politikk og markedsendringer, fortsetter vi å diversifisere våre virksomheter. Våre internasjonale barnehagevirksomheter er i vekst, og marginene er sunne. Vi opplever at vi har en attraktiv portefølje av barnehager og en solid posisjon i de markedene vi opererer, og vi fortsetter å diversifisere samtidig som vi aktivt prioriterer de til enhver tid mest imøtekommende markedene.»[48]

I klartekst betyr dette at Norlandia ser det regjeringsoppnevnte «Avkommersialiseringsutvalget» som en politisk risiko mot deres framtidige profitt og ekspansjon i offentlig finansierte velferdstjenester. Samtidig beroliger de markedet med at de er sikre (!) på at SV ikke vil få gjennomslag, altså at Avkommersialiseringsutvalgets arbeid ikke vil gi resultater som vil true deres inntjening. De forsikrer også om at de vil jobbe i alle tilgjengelige kanaler for å sørge for at det går slik de spår. De driver med andre ord lobbyvirksomhet for å sørge for at et offentlig utvalg besluttet av et flertall på Stortinget skal bli resultatløst.

At de kommersielle selskapene, deres organisasjoner og med innleid hjelp fra PR-byråene driver effektive kampanjer for å påvirke demokratiske prosesser er ikke overraskende. Sett fra selskapenes ståsted så er de avhengig av politiske beslutninger og et byråkrati som spiller på lag. Da den norske velferdstjenesteutredningen om private aktører i velferdsstaten (NOU 2020:13) ble lagt fram i 2020, ble det raskt rullet ut en kampanje i norske medier som fordreide hva som faktisk står i utredningen i favør av privatisering og de kommersielle velferdsselskapene. Aktive i denne kampanjen var NHO, flere kommersielle velferdsselskap, tenketanken Civita og PR-byrået Kruse Larsen. Kanskje mest oppsiktsvekkende var det at de også hadde fått med seg utvalgsleder Kåre Hagen i en rekke offentlige møter og podcaster, der han la fram såkalte funn fra velferdstjenesteutredningen som ikke stemte med hva som faktisk står i den.[49]

Denne formen for kampanje og lobbyisme har blitt en del av velferdspolitikken i alle land. Ofte deltar også tidligere politikere både på eiersiden i selskapene og i påvirkerorganisasjonene, med betydelig kontaktnett på innsiden av sittende parlamenter og regjeringer. Den svenske skolelobbyen og skoleindustrien er for eksempel tett forbundet med mange tidligere politikere for Moderaterna og

andre partier på høyresiden. Flere av dem, både på eiersiden i selskapene og i påvirkerorganisasjonene, har tidligere hatt posisjoner i politikken hvor de har vært med å utforme lovverk og rammeverk for privatskoler. I oktober 2022 skrev magasinet Skolvärlden, utgitt av Svenske læreres riksforbund, om «Det skolindustrielle komplexet der det ligger 50 milliarder i potten». Blant eksemplene på tette koblinger mellom de kommersielle skolene og politikken, var den nye utdanningsministeren Lotta Edholm (L). Etter mange år som politisk ansvarlig for Stockholms skoler ble hun i 2021 styremedlem og aksjeeier i det børsnoterte skolekonsernet Tellesgruppen, noe hun skal ha gått ut av igjen da hun ble utdanningsminister.[50]

Norge er langt fra skjermet fra utviklingen med samrøre mellom tidligere politikere, næringsliv, kampanjer og lobbyisme. Bjarne Håkon Hanssen, tidligere arbeids- og inkluderingsminister og Helse- og omsorgsminister fra Arbeiderpartiet, har i mange år jobbet aktivt sammen med de kommersielle aktørene for å fremme privatisering av norsk velferd. I 2010 drev Hanssen en lobbykampanje for den kommersielle barnehagekjeden Espira mot et forslag fra den samme regjeringen han selv tidligere var statsråd i. Espira kjempet mot innstramminger i mulighetene for privat profitt på barnehagedrift.[51]

Privatiseringstilhengernes begrep «velferdsmiks» ble introdusert i Norge i forkant av valget i 2019 av Spekter og NHO Service og Handel, med god hjelp av partneren i PR-byrået Kruse Larsen, Bjarne Håkon Hanssen. Hanssen var også aktiv i kampanjen mot funnene i velferdstjenesteutredningen. Han har deltatt i mange arrangementer for de kommersielle selskapene og drevet lobbyarbeid blant annet gjennom podkasten Helsedebatten.[52] Tidligere Arbeiderparti-statsråd Karita Bekkemellem er i dag administrerende direktør for NHOs forening for kommersielle velferdsbedrifter, NHO Geneo.[53] Hun var også fra 2020 til 2023 styremedlem i svenske Humana Group, der den norske delen blant annet selger barnevernstjenester (se side 54). Fra mai 2023 ser det ut til at Grethe Aasved tok over Bekkemellems plass i styret.[54] Aasved er for øvrig administrerende direktør ved St. Olavs Hospital. Bekkemellem bruker sin tidligere statsrådposisjon til å fremme de kommersielle aktørenes interesser og gå i strupen på tidligere partikollegaer med utsagn som at politikken deres er «så ekstremt at det er vanskelig å ta på alvor».[55] Bakgrunnen for påstanden om ekstrem politikk var at statsminister og partileder Jonas Gahr Støre i sin landsmøtetale sa:

«Vi sier nei til kommersialisering av eldreomsorgen. Nei til å dumpe ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Dette er jo verdens verste rekrutteringsplan til helse- og omsorgsyrkene, hvor vi trenger flere folk. La oss heller gjøre som følger: Vi garanterer at ingen sykehjem i Arbeiderparti-styrte kommuner skal ut på anbud til kommersielle konserner mens vi er ved makta! Ingen Ap-styrte kommuner skal ha sykehjem og hjemmetjenester som driftes av private. (...) I kommunene vi styrer har vi ikke bare tatt kommersielle konserner ut av eldreomsorgen. Vi har også tatt private ideelle aktører inn. (...) Derfor inviterer jeg i dag ideelle aktører til å være med på å drive sykehjem og hjemmetjenester i Arbeiderparti-styrte kommuner.»[56]

De norske erfaringene med lobbyisme er de samme som med kommersialiseringen ellers. Omfanget er foreløpig mindre, men vi ser de samme tendensene som i andre land.

7

PRIVATISERING AV SYKEHJEM I NORGE

I Norge har omfanget av privatisering i sykehjemssektoren vært relativt lite sammenlignet med andre land. Der sykehjemsdrift har blitt privatisert, har dette i hovedsak skjedd gjennom anbud der det offentlige har beholdt kontroll over bygg og eiendom. Kommersielle selskap som har vunnet anbudene kommunen har lyst ut, har fått drifte sykehjemmet i en tidsavgrenset periode. Det betyr at når kontrakten på driften av sykehjemmet går ut, er det enklere for kommunen å bestemme at sykehjemmet skal tilbake til offentlig eller ideell drift. Dersom det er politisk flertall for det, er det altså enkelt å ta tjenester som er satt ut på tidsavgrensede anbud tilbake til offentlig drift. Tidsavgrensede driftsanbud har bidratt til at Norge ikke har sett den samme omfattende eiendomsspekulasjonen som kjennetegner den internasjonale sykehjemssektoren.

Solberg-regjeringen hadde imidertid i sin regjeringserklæring at de ville «styrke både kommunal og privat utbygging av trygghetsboliger, sykehjemsplasser, hospice, demenslandsbyer og private bofellesskap».[1] En slik strategi vil invitere den utstrakte eiendomsspekulasjonen til Norge. Dette må det på det sterkeste advares imot. De norske barnehagekjedenes eiendomsmanøvre kan også tjene som eksempel på hva vi har i vente dersom behovet for nye bygg i helse- og omsorgssektoren skal eies av kommersielle aktører (se side 29). At vi har fått tilsvarende utvikling med eiendomsspekulasjon i den norske barnehagesektoren som i den internasjonale sykehjemssektoren tilsier at det er privatiserings- og finansieringsmodellene som avgjør om man får denne utviklingen, ikke sektoren eller landet i seg selv. På tross av manglende muligheter for eiendomsspekulasjon, er det likevel ingen tvil om at sykehjem på anbud har vært attraktivt for kommersielle aktører og at finansielle eiere har vært dominerende.

Sykehjem på anbud: Kommersialisering og finansialisering

I 2012 gjennomgikk For velferdsstaten alle anbud som var gjennomført for sykehjem i Norge.[2] Av 47 gjennomførte anbudsrunder mellom 1997 og 2012 ble 38 vunnet av kommersielle aktører. I tillegg gjennomgikk det kommersielle eierskapet i 33 av de 38 kontraktene store endringer i løpet av kontraktsperioden. Dette var endringer i form av form av oppkjøp, fusjoner, eierskifte eller en

navnemessig make-over som følge av skandaler knyttet til selskapsnavnet.

En tidligere gjennomgang i 2010 viste at samtlige kommersielle aktører på det norske sykehjemsmarkedet på det tidspunktet var eid av finansielle investeringsselskaper med registreringer i skatteparadis. Hovedeierne var med kun ett unntak Private Equity-selskaper. Unntaket var Adecco Helse, som var eid av sitt sveitsiske morselskap, Adecco S.A. Adeccos inntreden i det norske sykehjemsmarkedet skjedde gjennom oppkjøp av et selskap som hadde vunnet anbud. Det hele endte i det som er kjent under navnet Adecco-skandalen. Det har hele tiden vært en jevn strøm av oppkjøp og endrede eierforhold, og det er ingenting som hindrer finansielle investorer å kjøpe seg opp i norske sykehjem dersom markedet igjen skulle åpnes.

Siden 2012 har det i Norge skjedd en interessant, og ganske unik, utvikling i europeisk sammenheng.[3] De to viktigste utviklingstrekkene er nemlig omfanget av rekommunalisering og en ny praksis med begrensede anbud for ideelle aktører. Mellom 2012 og 2015 ble det gjennomført 20 anbudsrunder: En i Os og i Bærum, to i Askøy og i Moss og 14 (!) i Oslo. Alle, bortsett fra ett litt merkelig tilfelle, fikk kommersielle vinnere. Unntaket var Luranetunet i Os der Frp hadde anbudsutsatt halvparten av sykehjemmet. I 2013 vant kommunen ved å vise til stordriftsfordeler. Dette er eneste eksempelet på over 20 år på at en kommune har vunnet et sykehjemsanbud. Bortsett fra et enslig unntak i 2003 har heller ingen ideell aktør vunnet en åpen anbudsrunde for sykehjem. Åpne anbud er i dag ensbetydende med kommersialisering. Med unntak av Bærum er alle disse anbudssykehjemmene i dag rekommunalisert. Før årets lokalvalg er det kun Asker og Bærum som driver med sykehjem på anbud. Det finnes i tillegg noen kommersielle sykehjem som selger plasser til kommunene, slik som Villa Skaar sykehjemskjede (omtales også på side 71).

Sykehjem i Oslo solgt til skatteparadis

Hovedtendensen i Norge er at kommunen har beholdt eierskap til sykehjemseiendommene. Det finnes imidlertid et godt kjent unntak, Midtåsenhjemmet i Oslo. Sykehjemmet ble i Dagens Næringsliv (DN) 27. november 2022, omtalt under overskriften «Oslo-sykehjem solgt til skatteparadis». Avisen avdekket at kommunen årlig betalte et tosifret millionbeløp for leie av det tidligere anbudsutsatte sykehjemmet og at om lag halvparten av Union Eiendomskapital som eier sykehjemsbygget er kontrollert av fond fra skatteparadisene Kypros og Luxembourg. DN spurte Union Eiendomskapital om hvorfor de reelle eierne ikke står oppført i eierskapsregisteret og fikk til svar at: «Ingen eier mer enn 25 prosent som er kravet til rapportering av reelle eiere og vi har derfor ikke rapportert dette.» Daværende Oslo-byråd Robert Steen svarte at han syntes opplysningene om eierskapet var problematisk, men påpekte også det åpenbare: «Så er det slik at alle aksjer og selskaper kan kjøpes og selges i det åpne markedet. Oslo kommune kan ikke styre hvem som kjøper aksjer i selskapene vi er leietagere hos, eller igjen hvor eierne velger å plassere pengene sine.»

Steens utsagn her er selvsagt universelt og gjelder all kommersiell virksomhet i velferdssektorene som er eid av finansaktører, slik det er gitt mange eksempler på i denne rapporten.[4]

I 2018 gjennomførte Stavanger et anbud etter det som visstnok nå skal være Høyres modell, nemlig kvalitetsanbud. Også her ble resultatet en kommersiell driver og det er neppe det beste utstillingsvinduet. Attendo drev sykehjemmet i to år til 2020 da konsernet bestemte seg for at sykehjemsdrift i Norge ikke lengre var lukrativt nok. Da trakk selskapet seg ut av landet. Attendo er

børsnotert på Nasdaq Stockholm og hadde ifølge årsrapporten for 2022 en nettomsetning på 14,5 svenske milliarder. På attendo.com/investerare/ kan man lese om aksjens utvikling og selskapets forretningsstrategi. Da de trakk seg ut av Norge i 2020 var begrunnelsen at «det saknas förutsättningar för privata företag att utveckla långsiktigt bärkraftig verksamhet inom äldreomsorgen i Norge» (svenske ECT 19. juni 2020).[5] Så snart forutsetningene endres, kommer de nok raskt tilbake.
Oslo er den kommunen i Norge som har lagt flest sykehjem ut på anbud når Høyre har sittet med byrådsmakten. Av de 71 åpne anbudsrundene som er gjennomført i Norge, er 33 av dem i Oslo. Nåværende rødgrønne byråd har tatt alle de anbudsutsatte sykehjemmene tilbake til ideell eller kommunal drift. Oslo har de senere årene gjennomført åtte begrensede anbud der kun ideelle aktører får delta. I Norge er det altså per mai 2023 kun de to høyrestyrte kommunene Asker og Bærum som driver med åpne anbud for sykehjem. I Bærum åpnet Oksenøya sykehjem våren 2023. Dette nybygget er eid av kommunen, men driften er anbudsutsatt. Norlandia vant kontrakten og skal drifte sykehjemmet de neste 8-10 årene.[6]

Adecco-skandalen

I februar 2011 startet opprullingen av systematiske lovbrudd begått av Adecco Helse, som da var en av de største sykehjemskjedene i Norge. Grove brudd på arbeidsmiljøloven og kontraktene med kommunene ble oppdaget ved Adeccos sykehjem i Oslo, Klæbu og Oppegård.

- Ved Ammerudlunden og Midtåsenhjemmet var det på fire år 5 218 færre sykepleier-vakter og 21 599 færre hjelpepleier-vakter enn det Adecco var kontraktfestet til å sørge for.
- Sykehjemmene hadde en høyere andel ufaglærte enn det som var pålagt av Sykehjemsetaten.
- I løpet av en seksukers sommerturnus var det ved Ammerudlunden planlagt 263 ulovlige dobbeltvakter.
- Det ble utbetalt 2,2 millioner kroner for lite i feriepenger til ansatte.
- Enkelte ansatte hadde jobbet så mye som 20 timer i døgnet, 100 timer i uken og 20 dager i strekk.

Samtidig hadde Adecco Helse tjent 100 millioner kroner over en periode på fire år, og Adecco-sjef Andreas Øwre-Johnsen fikk utbetalt store bonuser for godt arbeid. I 2009 fikk han til sammen utbetalt 3,2 millioner kroner.

Hentet fra: Velferd uten profitt, Manifest 2019.[7]

8

JAKTEN PÅ BILLIG ARBEIDSKRAFT GIR DÅRLIGERE ARBEIDSVILKÅR

Velferdstjenester er arbeidsintensive og den største utgiften er dermed de ansatte. Samtidig er også de ansatte avgjørende for om kvalitet i tjenesten er god, slik eksemplene fra Sverige, USA, Storbritannia og Frankrike viser. Nok folk på jobb med rett kompetanse gir bedre kvalitet enn lite folk på jobb og lav kompetanse. Det siste er imidlertid billigere enn det første. Derfor er det i bemanning, lønns-, arbeids- og pensjonsvilkår at de som vil tjene penger på å drive velferdstjenester kutter mest. For kommersielle selskaper som skal oppnå profitt, er billig arbeidskraft en måte å holde lønnskostnadene nede og lønnsomheten oppe. For det offentlige, som både skal sikre tjenester innenfor stramme budsjetter og konkurrere med private virksomheter, er den billige arbeidskraften en mulighet til å få budsjettene i balanse.

Høyrebyrådet i Oslo sørget for et betydelig innslag av kommersiell drift i sykehjemmene (se side 51-52 og 64). Da Raymond Johansen (Ap) sitt byråd med SV og MDG gikk på i 2015 var det en sentral del av plattformen at «Innen utgangen av 2023 skal alle sykehjem i Oslo være drevet av kommunen eller ideelle aktører». Dette er gjennomført. Et av resultatene er at helsefagarbeidere i sykehjem som tidligere var kommersielle, i snitt har gått opp mer enn 70 000 kroner i året i lønn og er sikret en anstendig pensjon.[1] Velferdstjenesteutredningen kom fram til at når alle velferdstjenesteområdene ses under ett, så viser statistikken at kommersielle produsenter i snitt har et lønnsnivå som ligger 9 prosent lavere enn hos offentlige, mens ideelle har tilnærmet likt nivå som det offentlige.[2]

Globale omsorgskjeder, omsorgskrise og arbeidende fattige

«Den globale omsorgskjeden» er et begrep laget av sosiologen Arlie Hochschild. Det beskriver hvordan migranter fra land i sør har fylt det tomrommet kvinnenes inntog i arbeidsmarkedet har skapt. Det oppstår en global omsorgskjede som følge av at arbeidsmarkedene er tilnærmet like kjønnsdelte som før kvinnene ble lønnsarbeidere. Når det gjelder helse- og omsorg kan ikke tjenestene flytte dit arbeidskraften er billig. Isteden flytter den billige arbeidskraften dit tjenesten skal leveres.[3] Denne utviklingen påvirker hvordan helse- og omsorgsarbeid blir ansett i samfunnet,

arbeidsplassene og dynamikken i lønnsdannelse, pensjonsrettigheter og arbeidstakerrettigheter i mange land. I landene der kombinasjonen av offentlige kutt og aggressiv privatisering har vært hardest, er problemene størst. Velferdsyrkene er i stor grad blitt yrker for marginaliserte kvinner, ofte med migrantbakgrunn, fattige arbeidende. I land som Storbritannia er det å være helsearbeider nå tett forbundet med å ha svært krevende arbeidsforhold og livsvilkår (se side 36).

I boken «The care crisis» skriver Emma Dowling at siden finanskrisa i 2008 har det blitt langt færre faste ansettelser og vikarbyråene har nesten doblet seg i Storbritannia. Det har vært en eksplosjon i nulltimerskontrakter som er særlig vanlige i helse, utdanning og sykehus. De som arbeider i hjemmetjenester er aller mest utsatt. Disse kontraktene gir verken garanti for hvor mange arbeidstimer den enkelte får, rett til sykepenger, feriepenger eller pensjonsrettigheter som følger av å være ansatt. Mellom 2008-2012 var det ifølge Dowling 40 prosent økning i hjemmetjenestearbeidere som kun fikk nasjonal minstelønn (National Minimum Wage) eller under, og som gikk på nulltimerskontrakter. Nulltimerskontrakter er i ferd med å bli normen i hjemmetjenestesektoren, skrev hun. For svært mange helse- og omsorgsarbeidere gir dette usikre liv der de alltid må være tilgjengelige i tilfellet det dukker opp arbeid. Et slikt liv er det motsatte av valgfrihet og kontroll over egen hverdag. Selskapene som tilbyr slike kontrakter og de som forsvarer dem sier likevel at dette gir fleksibilitet, med slagord som «gjør det du elsker» og «arbeid når du vil», skriver Dowling.[4] James Bloodworth skrev i 2016 at antallet på nulltimerskontrakter i Storbritannia på det tidspunktet nesten var nådd en million og at det var opp 21 prosent fra året før. Nesten en fjerdedel av stillingene innen sosial og omsorg ble da tilbudt på nulltimerskontrakter.[5]

Som tidligere nevnt i kapittel 4 startet vinteren 2022/23 den største og første helsearbeiderstreiken i NHS sin 75-årige historie.[6] Det ble fortalt om sykepleiere i full jobb som tjente så lite at de måtte oppsøke matsentralene. Andre hadde ikke noe sted å bo og måtte sove i bilen. Som tillitsvalgt på sykehuset i Birmingham må Olga Leach-Walters bruke mye tid og krefter bare på å skaffe heltidsansatte mat og tak over hodet, skrev Fagbladet. På spørsmål om hvordan situasjonen var svarte hun: «Situasjonen er poor, bad, horrible (...) Folk er overarbeida og underbetalt. Sykepleierne er utslitt».[7]

I fagforeningen Kommunal sin rapport «Så mycket bättre? 2018 - En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg», dokumenteres det at profitt i eldreomsorgen i stor utstrekning kan kobles til kutt i lønn, bemanning og arbeidsmiljø. Profittdrevet eldreomsorg gir i gjennomsnitt dårligere vilkår på alle sammenlignbare områder, konkluderte de.[8] Kommersielle svenske sykehjem har hatt lavere personaltetthet, flere timeansatte, lavere lønn og lavere andel ansatte med formell utdanning enn kommunale sykehjem.[9] Men hver femte ansatt er timeansatt eller timeavlønt også i den kommunale eldreomsorgen og tjenester for funksjonshemmede i Sverige. Særlig personal uten utdanning tilknyttes arbeidsplassene på denne måten.[10] Det er store variasjoner mellom svenske kommuner og det ser ut til at høy privatisering også gir høy andel løse arbeidsforhold (se side 72-73). For de som arbeider i eldreomsorgen er det svært få fordeler med timeansettelser. Løs tilknytning til arbeidsplassen gir færre rettigheter og mer utrygghet, og det er mindre sannsynlig at arbeidere på slike kontrakter våger si ifra om kritikkverdige forhold. For kollegaer er det vanskelig å skape et godt, lærende og stabilt arbeidsmiljø hvis en stor

del av arbeidsstyrken kommer og går. For tjenestenes kvalitet er kontinuitet avgjørende. For de som mottar tjenestene er det avgjørende å ikke måtte forholde seg til svært mange og et skiftende personale. Bruken av timeansettelser i Sverige fører til at det ikke blir kontinuitet i personalet og svekker dermed kvaliteten.[11]

9

PRIVATISERING OG COVID-19: EN DØDELIG KOMBINASJON

Pandemien ble en stresstest for helsesystemene verden over. Det som gir kvalitet i normaltid, er det samme som gir motstandsdyktighet og kvalitet i krisetid. Hvor mange ansatte som er på jobb, om bemanningen er stabil og har rett kompetanse, om bygningene og belegget er egna til forsvarlig drift, om det er samordnet ledelse, klare beslutningslinjer og samhandling, er alle forhold som påvirker kvaliteten i tjenestene i normaltid og blir ekstra viktige i krisetid. I en analyse av 22 OECD-land viser det seg at fire av ti som døde under det første pandemiåret befant seg i sykehjem. Sykehjem ble den farligste arbeidsplassen av alle under pandemien. Millioner av helsearbeidere ble også smittet, mange døde og enda flere ble utsatt for ekstrem arbeidsbelastning. I flere land er det nå flukt fra yrket, noe som bare forsterker problemene.[1] Forskere har sett på hvilke forutsetninger som gjorde noen velferdsarbeidere mer utsatt enn andre. Felles for der det gikk skikkelig ille og mange døde både blant pasienter og arbeidere, var at dårlige arbeidsforhold førte til full krise under en pandemi.

Smitteutbrudd og utfallet av disse i sykehjem var knyttet til flere faktorer som gikk igjen i flere land. For høyt beboerbelegg i forhold til bygningsmessige fasiliteter, var en av disse. I tillegg kom underbemanning, lav kompetanse og høyt gjennomtrekk blant ansatte. Alle disse faktorene kan være til stede i både offentlig, ideell og kommersiell drift. Tendensen er likevel klar, den er oftere til stede i kommersiell drift. I Sverige viser en rapport som sammenligner sykehjem med mange Covid-19-smittede og sykehjem med bare ett eller ingen tilfeller av smitte, at sykehjem med smittespredning konsekvent hadde dårligere organisatoriske forutsetninger. De hadde blant annet flere timeansatte og lavere bemanning.[2]

På oppdrag fra Koronakommisjonen gjorde en forskergruppe ved Senter for omsorgsforskning en gjennomgang av hvordan koronaepidemien rammet eldreomsorgen i Norge. Forskerne ga en klar anbefaling om at flere heltidsansatte gir bedre smittevern, og at flere tjenester burde bli en integrert del av driften. Som kjøkken og renhold på sykehjem. Forskerne viser til at små stillingsbrøker og mange deltidsansatte med flere arbeidsgivere øker risikoen både for å få smitte inn i sykehjemmene, men også å spre smitten mellom institusjoner. Ustabile arbeidsvilkår gjorde eldreomsorgen ekstra sårbar.[3]

Smitteutbruddet hos Villa Skaar Eidsvoll

I løpet av pandemien oppstod det smitteutbrudd ved flere sykehjem i Oslo og Viken, men ingen utbrudd ble så alvorlige som ved Villa Skaar Valstad i Eidsvoll kommune i november 2020, skrev Statsforvalteren da den la frem tilsynsrapporten.[4] Ni av 23 beboere ved sykehjemmet døde som følge av Covid-19. Hovedårsaken til at det gikk så galt var at sykehjemmets bygning ikke var egnet for den driften som foregikk der. Statsforvalteren skrev at «helt vesentlige smitteverntiltak som mulighet til å overholde avstand og gjennomføring av isolasjon og skjerming knapt var mulig på grunn av de bygningstekniske utfordringene. Det er meget nærliggende å anta at dette var vesentlige årsaker til den store smittespredningen.» Folkehelseinstituttets vurdering var at «selv om de ansatte følger anbefalte smittevernrutiner, vil det likevel være fare for utbrudd senere, fordi lokalene ikke er godt egnet til å forhindre eller begrense et utbrudd med mindre antall beboere reduseres, og de i større grad kan isoleres på rommet (få demente beboere som vandrer).»

Sykehjemmet hadde ikke som del av sin risiko- og sårbarhetsanalyse tatt hensyn til at bygget fra 60-70-tallet hadde små rom uten bad, og trange korridorer som gjorde smittevernarbeid svært vanskelig. Statsforvalteren konkluderte med at: «Statsforvalteren kan heller ikke se at ledelsen i ettertid har gjennomført en systematisk gjennomgang av disse utfordringene eller iverksatt spesifikke, kompenserende tiltak. Manglende identifisering av utfordringene og iverksettelse av nødvendige tiltak er etter vår vurdering så alvorlig at det må betegnes som uforsvarlig.»

Villa Skaar er en privateid, kommersiell norsk sykehjemskjede. Hva som var årsaken til at sykehjemmet hadde for høyt belegg til å kunne sikre beboerne forsvarlig smittevern innenfor bygningen de hadde til disposisjon, vet vi ikke. Pandemien viser uansett hvor alvorlige konsekvenser det kan få å ikke ta pasientsikkerheten på alvor, både i Norge og andre land. Lærdommen må være at hva som er forsvarlig sykehjemsdrift framover vurderes opp mot hva som vil holde i en ny stresstest.

Kommersielle sykehjem: Lavere bemanning, kompetanse og mer midlertidig arbeidskraft

Privatisering og Covid-19 er en dødelig kombinasjon for sykehjem skrev canadiske forskere under pandemien.[5] Begrunnelsen er at kommersielle sykehjemsselskap i snitt har lavere bemanning, lavere kompetanse og mer midlertidig arbeidskraft enn offentlige og ideelle sykehjem. Studier viser at beboere i kommersielle sykehjem oftere legges inn på sykehus enn de som bor i hjem driftet av andre. Hvordan byggene er utformet påvirker raten på sykehusinnleggelser og det påvirket hvor godt smittevern det var mulig å drive under pandemien. Store sykehjem har vært forbundet med høyere nivå på sykehusinnleggelser enn mindre, og også der peker de store kommersielle kjedene seg ut. Trange lokaler og høyt belegg kan være lønnsomt for de som vil tjene penger, men ved smitteutbrudd er det livsfarlig.

Ontario er Canadas mest folkerike provins med cirka 15 millioner innbyggere. Nesten 60 prosent av provinsens sykehjem er kommersielle. Armstrong og Cohen, to anerkjente canadiske eldreomsorgsforskere, skrev at når folk får et valg velger de oftest ideelle eller kommunale sykehjem,

hovedsakelig fordi de kommersielle sykehjemmene oftere er gamle, har firemannsrom, de laveste bemanningstallene og sender flere til sykehus. De hadde også mye høyere andel dødsfall under den innledende fasen av Covid-19-pandemien, med 78 prosent flere døde enn ikke-kommersielle sykehjem.

I Canada ble militæret satt inn under pandemien for å redde beboere og ansatte på sykehjem. Tre av fire hjem hvor militæret ble satt inn var kommersielle. Ingen var offentlige.[6] De største risikofaktorene for størrelsen på et smitteutbrudd og antall dødsfall som følge av det, er gamle bygninger, kjedeeierskap og trangboddhet, konkluderte Ontarios forskningspanel som myndighetene nedsatte for å gi råd under pandemien.[7]

Som beskrevet tidligere i denne rapporten regner amerikanske myndigheter med at Private Equity-eide sykehjem hadde 30-40 prosent høyere Covid-19 smitte enn det nasjonale gjennomsnittet. En undersøkelse av 18 000 sykehjem over en syttenårsperiode viste en overdødelighet i Private Equity-hjem på 10 prosent (se side 24).

Den første Covid-19-bølgen i Sverige og Norge: Dødsfall i eldreomsorgen

I 2023 var det tre år siden pandemiens begynnelse og statistikkene over dødelighet viste at tallene for Norge og Sverige jevnet seg ut. VG meldte 21. mars 2023 at dødeligheten i de to landene er nesten lik om man ser på hele perioden 2020-2023.[8] Statistikken kan imidlertid ikke forklare hvordan det var å arbeide eller være avhengig av eldreomsorgen i de to landene under pandemiens første fase. Hvordan utgangen på livet blir har svært mye å si for den enkelte og deres pårørende. Både om noen dør «før tiden» på grunn av manglende beskyttelse og om noen ikke får dø i trygge og verdige rammer, er svært belastende for alle involverte. Dette blir det ikke tatt hensyn til dersom man glemmer at hvert enkelt dødsfall er et menneske, og lar de kun inngå som tall og statistikk over lengre tidsløp.

Sverige ble kritisert for sin pandemihåndtering. Det advares i Sverige mot at tall som viser at Sverige i perioden 2020-2023 under ett har lavest overdødelighet i Europa, skal brukes som bevis for at all kritikk var feil. Fordi pandemien rammet ikke likt, heller ikke i Sverige. Den rammet de med lav inntekt og utsatte grupper aller hardest. Det var fem ganger så mange av de med lavest inntekt som døde i Stockholm, som de med høyest inntekt.[9] I Sverige i 2020, før vaksinene kom, døde 3 002 personer som bodde på sykehjem og 1 696 personer med hjemmetjeneste med Covid-19 fra 1. mars til 23. november.[10] I Norge regner forskerne med 248 Covid-19-relaterte dødsfall på sykehjem i hele 2020.[11] Tall for norsk hjemmetjeneste har det ikke lykkes å finne.

Dårlige forutsetninger i møte med en pandemi på grunn av dårlig bemanningspolitikk kan gjelde all drift, kommunal, ideell og kommersiell, både i Norge og Sverige. Generelt er det imidlertid oftest til stede i kommersiell drift (se kapittel 8 og 9). Samtidig er det også sterke indikasjoner på at kommunal drift som er i konkurranse med kommersielle aktører ender opp med mange av de samme problemene som finnes hos de kommersielle aktørene.

Tross kritikken under koronapandemien er fortsatt hver femte ansatt i den kommunale

omsorgen for eldre og personer med funksjonsnedsettelse timeansatt, skrev den svenske avisen Arbetet 20. april 2021. Særlig personal uten utdanning tilknyttes arbeidsplassene på denne måten. «Man har ikke brydd seg om denne yrkeskategorien. Man har sett på dem litt som forbruksvarer og det er forferdelig», sa eldreomsorgsforskeren Marta Szebehely. Eldreomsorgsforskeren pekte på at det er store variasjoner mellom svenske kommuner. På topp lå en rekke Stockholmskommuner (Danderyd, Värmdö, Vallentuna og Upplands Väsby). I Danderyd var for eksempel 41 prosent ansatt på timer, mens prosentandelen timeansatte var 7,9 i Lund kommune. Mange av kommunene med stor bruk av timeansettelser, har også høy grad av privatisering. Det faktum at den private delen av eldreomsorgen er så stor og kan endres når som helst, kan gjøre at kommunene vegrer seg for å ansette fast. «Man vet jo ikke hvor mange brukere man har, så da våger man ikke å ansette fast», sa Szebehely.[12]

Disse organisatoriske forutsetningene er krevende i normaltid, men ble ekstra krevende under pandemien. Det var stort behov for å raskt få på plass nye arbeidsrutiner og smittevernregimer, og i kommuner med mange selskap involvert blir det mange beslutningslinjer og en oppsplittet sektor å forholde seg til for myndighetene. Smitten i eldreomsorgen kom i hovedsak inn med de ansatte, slik var det i de fleste land. Da pandemien stod på som verst uttalte Lars Lindberg, tidligere sjef med mange års erfaring i hjemmetjenesten i Stockholm, til Aktuellt at: «Jeg kan ikke helt forstå overraskelsen over at det sprer seg. Vi har så dårlig utdannet personale uten smittevernutstyr, som dessuten er timeansatte. De har ingen sykelønn, de kan ikke være hjemme om de hoster, da har de ikke råd til å betale husleien.»[13]

Attendo: Veldig mange ansatt på timer

«Vi har just nu läget under kontroll och kan fortsätta att leverera en bra och trygg omsorg. Fördelen med vår organisation är att vi är väldigt flexibla för att vi har väldigt många timanställda. Men det är klart att vi har ökade sjukskrivningar och att det är ansträngt i vissa verksamheter».

Pressesjef i Attendo, Makan Afshinnejad, til den svenske avisen Kommunalarbetaren under pandemien.[14]

Attendo er ifølge seg selv Nordens ledende omsorgsselskap og Europas 8. største. Som tidligere omtalt i rapporten har de hatt avtale med halvparten av svenske og finske kommuner (se side 51). Attendo ble satt under kraftig kritikk i Sverige under Covid-19-pandemien. I en radiodokumentar på svenske P1 varslet en ansatt på Attendo-sykehjemmet Sabbatsbergsbyn i Stockholm om at det var for lav bemanning til å drive smittevern i kohorter, samtidig som selskapet sendte ut informasjon til de pårørende om at de drev slikt smittevern.[15] På varslerens avdeling døde 5 av 11 beboere, på en annen demensavdeling døde 7 av 11. Under de første syv-åtte ukene av den første smittebølgen døde 20 beboere på Sabbatsbergsbyn.[16] Radiodokumentaren avslørte hvordan Attendo forsøkte å kneble den ansatte fra å ytre seg. To av hennes sjefer ble senere dømt for å ha forsøkt å hindre en ansatt sin ytringsfrihet (brudd på lagen om meddelarskydd). Etter dommen besluttet Stockholm kommune seg for ikke å fornye Attendos avtale om å drive Sabbatsbergsbyn.[17] Som en kuriositet kan nevnes at da For velferdsstaten i juni 2020 skrev «Velferdsmiks utfordrer smittevernet», fikk vi til svar at «Privat-offentlig samarbeid gir bedre smittevern», og avsenderne var Stendi eid av Ambea, Norlandia Health & Care Group og nettopp, Attendo.[18]

Mange som bor på sykehjem, er skrøpelige eldre som både er ekstra utsatt for smitte og som under alle omstendigheter ikke har så lang levetid igjen. Når mange blir smittet, syke og dør samtidig, betyr dette at både de syke og de ansatte settes i en ekstraordinært belastende situasjon. På flere av sykehjemmene ble trykket for stort og bemanningen for liten, til å drive god omsorg i livets siste fase. Derfor er historiene fra innsiden av eldreomsorgen som ble hardt rammet i pandemiens første fase, svært vonde i alle land. Det var nettopp denne fortvilte situasjonen den Attendo-ansatte i Stockholm varslet om.

Selv om det er gode grunner til å ta mange forbehold, da helse- og omsorgssystemer er komplekse, statistikker ikke alltid føres likt og sammenligninger er krevende; så er det lite som tyder på at den betydelige privatiseringen av svensk eldreomsorg, og da særlig i en by som Stockholm, styrket Sveriges forutsetninger for å møte pandemien. Snarere tyder en rekke forhold på at privatiseringen, konkurransedynamikken og dermed markedsrettingen av eldreomsorgen i Sverige har svekket eldreomsorgen og at dette rammet hardt, særlig under den første fasen av pandemien.

Norge må lære av de svenske erfaringene. Også i Norge støtte eldreomsorgen på mange problemer under pandemien som kunne vært unngått med bedre beredskap. Forutsetningene for god kvalitet er bygg og pasientbelegg som er egna til god drift, solid grunnbemanning, faste ansettelser, heltid, god opplæring og utdanning, og å holde tjenester innomhus. Her feiler også det offentlige for ofte, helt uten hjelp av kommersielle aktører. Det er likevel sikkert at der kommersielle aktører får drive eldreomsorg, så settes alt dette under press.

10

ELDREOMSORGENS UTFORDRINGER LØSES IKKE MED MER MARKED

Eldreomsorgens utfordringer må sees helhetlig og i sammenheng. Mange eldre har en sammensatt situasjon med sykdom og behov for behandling både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale eldreomsorgen. Når eldre i dag ikke får den hjelpen de har behov for, kan det ikke bare forklares gjennom tilstanden i den kommunale eldreomsorgen. Markedsrettingen i spesialisthelsetjenesten har også hatt stor innvirkning på eldres helsetilbud.

I eldreomsorgen er økt grunnbemanning, flere heltidsstillinger, faste ansettelser og investering i de ansattes kompetanse, løsninger som må velges for å skape gode arbeidsvilkår og dermed øke kvaliteten i tjenesten. Som vist mange ganger i denne rapporten er det imidlertid akkurat det motsatte som er forretningsmodellen i store deler av den kommersielt drevne velferden. Det er altså ved å gjøre det motsatte av hva som er nødvendig, at de kommersielle selskapene tjener mest penger. Selv om landene som har privatisert og markedsrettet mer av disse tjenestene nå har enda større problemer enn Norge, så er det mer marked gjennom markedsstyring i det offentlige og privatisering av tjenester høyresiden foreslår som løsning på problemene.[1] I tillegg lover de et lavere skatte- og avgiftsnivå, som vil gjøre samfunnet dårlig i stand til å finansiere den opprustningen som er nødvendig for å møte økt andel eldre i befolkningen.

Eldreomsorg i «eldrebølgens» tid

Over hele den vestlige verden er demografien i endring. Vi blir flere eldre i forhold til antallet yngre. I Norge vil antallet eldre over 70 år mer enn doble seg fram mot 2065, og bestå av mer enn 1,6 millioner personer i 2100. Andelen eldre i denne aldersgruppa vil øke fra 13 prosent i dag til 22 prosent i 2060. Andelen i yrkesaktiv alder (20-66 år) vil avta. I 2060 blir det 2,3 yrkesaktive per person over 67 år. I dag er tallet 4,3.[2]

I mange land, blant annet Norge, har politikken vært at eldre skal bo hjemme lengre. Derfor har vi dag færre sykehjemsplasser enn vi hadde den gangen antallet eldre var færre. Tall fra SSB viser at ved utgangen av 2020 var det i alt nær 41 300 institusjonsplasser tilgjengelig i omsorgstjenesten, en nedgang på vel 950 plasser eller 2,3 prosent fra 2015, og 250 plasser eller 0,6 prosent fra 2019.[3]

Fra 2013 til 2021 ble det nesten 2 500 færre sykehjemsplasser.[4] Det betyr at de som bor hjemme i dag og trenger offentlig omsorg og helsehjelp er sykere enn før. I Sykepleierforbundets undersøkelse blant 2 000 sykepleiere i 2020 svarte et stort flertall at brukerne som får hjemmesykepleie har mer komplekse problemstillinger nå enn for noen år siden.[5]

Norge har drevet en sykehuspolitikk der målet er flere dagbehandlinger (poliklinisk) og færre liggedøgn på sykehus. Mens det var 16 040 sykehussenger i somatikken i 1990, var tallet 11 535 i 2015 (3,3 millioner liggedager), i 2019 under 1 100 (3,1 millioner liggedager). Totalt var det i 2019 knapt 100 000 flere pasienter og 600 færre senger enn i 2015.[6] Ifølge OECD hadde Norge 3,5 sykehussenger per 1 000 innbygger i 2018, mot 4,5 senger i gjennomsnitt i Europa.[7] En del av denne utviklingen skyldes utvikling i teknologi og behandling som gjør at det som før måtte løses med innleggelse på sykehus, i dag kan løses med dagbehandling. Eldres behov blir imidlertid ikke godt nok ivaretatt. Eldre har oftere sammensatte lidelser og trenger ofte tid på sykehuset til utredning, mens sykehusene er innstilt på raske diagnostiske avklaringer.[8]

Med samhandlingsreformen i 2009 og i helseforetakssystemet med betydelig vekt på innsatsstyrt finansiering (ISF), har Norge et markedsrettet system der hver virksomhets bunnlinje blir avgjørende for prioriteringer. Økonomiske insentiv går lett på tvers av pasientenes behov, særlig i tilfeller som er sammensatte og kroniske. Ofte feiler eldre flere ting samtidig og det kan ta tid å finne ut av det. Det blir et mål for sykehusene å få pasientene ut av sykehuset så fort behandlingen er over, ettersom dette gir størst uttelling i finansieringssystemet. Når pasientene defineres som utskrivningsklare, får kommunene bot om de ikke kan ta de imot og tilby helsehjelp i kommunen.

En sykepleier i hjemmesykepleien beskrev dette slik i Sykepleierforbundets undersøkelse: «De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere. Vi opplever at sykehusene har et enormt press for å få skrevet ut pasientene, vi får melding om innlagt og utskrivningsklar pasient med bare timers mellomrom.»[9] Dette er pasientene som i media ofte omtales som svingdørspasienter. De skrives ut av sykehus, men er raskt tilbake igjen fordi de raskt blir sykere etter hjemkomst. Geriateren Torgeir Bruun Wyller forklarte i Tidsskrift for den norske Legeforening konsekvensen for eldre pasienter av denne politikken:

«[P]asienter kan bli reinnlagt fordi de får et utilstrekkelig helsetilbud etter utskrivningen. «Lengst mulig i eget hjem» var lenge et slagord i pasientenes interesse. Nå brukes det mot pasienter som kunne fått en mer stabil helsetilstand i et godt sykehjem (korttidsplass eller fast plass), men som ikke får tilbudet. Vi mangler pålitelig statistikk, men et bestemt inntrykk er at et økende antall pasienter med alvorlig kronisk sykdom reinnlegges helt forutsigbart etter å ha vært sendt hjem mot sykehusets råd og deretter blitt funnet forkomne, hjelpeløse og medisinsk ustabile. (...) Samhandlingsreformens insentiver og det fallende sengetallet i sykehus stimulerer til å få pasientene raskt ut av sykehusene, mens kommunenes ofte noe urealistiske og ensidige satsing på hjemmebasert omsorg stadig hyppigere fører til at pasientene dekompenserer og må sendes til sykehus.»[10]

I mai 2023 skrev VG om at det siden 2019 i Troms har vært en nær tredobling av antall døgn utskrivningsklare pasienter har tilbrakt på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).[11] Dette er

pasienter som sykehuset regner som ferdigbehandlet, men som venter på å bli fulgt opp av kommunen. Denne problemstillingen er altså tilbakevendende i det norske helsesystemet og har vært det i mange år. Som krisen i sykehussektoren og helse- og omsorgstjenestene i Storbritannia viser oss, så er spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenestene lokalt avhengig av hverandre. Privatisering i de lokale tjenestene vil ikke løse dette problemet. Økt andel eldre i befolkningen må møtes med å bygge ut tilbudet til den eldre befolkningen. Norge har som mange andre land betydelig problemer med å rekruttere nok helsearbeidere til stadig tyngre oppgaver i hjemmetjeneste og sykehjem. Denne sammensatte utfordringen er Norge langt fra alene om.[12] I land som har gått mye lengre enn Norge i å privatisere i eldreomsorgen er problemene med rekruttering enda større enn i Norge.[13]

I sykehussektoren foreslo det regjeringsnedsatte Sykehusutvalget i mars 2023 å erstatte den innsatsstyrte finansieringen med rammefinansiering. Ifølge utvalget har nemlig aktiviteten i sykehusene stort sett vært jevn. Lederen av utvalget beskrev det slik: «Vi vet at ISF stimulerer til aktivitet, vi er litt usikre på om det stimulerer til den aktiviteten vi vil at det skal stimulere til.»[14] For befolkningen er det viktig at prioriteringer skjer rettferdig og basert på faglige vurderinger, og ikke vris mot den aktiviteten sykehusene får mest betalt for. Dette forslaget fra sykehusutvalget bør regjeringen gjennomføre, for å forhindre at sykehusene prioriterer de lønnsomme pasientene og behandlingene, framfor de ulønnsomme. Høyre og Frp sine talspersoner var umiddelbart kritiske til å ta vekk den såkalte innsatsstyrte finansieringen. Frps talsperson mente ordningen gjør det «attraktivt med aktivitet i sykehusene.»[15]

Høyresidens svar innebærer mistillit til fagpersonene i førstelinjene som, om vi skal ta utsagnet på alvor, visstnok ikke vil synes behandling av pasienter (aktivitet) er «attraktivt» uten økonomiske systemer som straffer og belønner. Høyresiden tilbyr markedsretting i et system som allerede lider under for mye markedsretting. Privatisering, oppstykking og økonomiske insentiver vil ikke løse problemene, men forsterke dem. Helsearbeiderne blir ikke flere av at de arbeider for flere selskaper. Det blir heller ikke en annen balanse mellom sykehus, hjemmeomsorg og sykehjem med mer markedsstyring og privatisering. Det er det offentlige som finansierer alle tilbudene og bestemmer antall plasser. Det er offentlig finansiering av tjenestene, så utgiftene tilfaller fellesskapet uansett hvem som drifter dem. Privatiseringen har ikke løst utfordringene i et eneste land til nå. Snarere er de landene som har privatisert mest også verst ute, når de samme problemene treffer hele den vestlige verden samtidig.

Skandaler i media gir forsøk på nye reguleringer

Skandaler i velferden som media skriver om, fører til strengere reguleringer i eldreomsorgen. Dette er entydige funn i den tverrfaglige forskningsrapporten «The Privatization of Care», der privatisering av sykehjem gjennomgås i fem land. Jo mer privatisering desto mer regulering og standardisering.[16] Mange av skandalene har vært knyttet til kommersiell sykehjemsdrift, i de landene hvor andelen kommersielle sykehjem er betydelig. I denne rapporten er responsen på skandalene i svensk hjemmetjeneste et eksempel på det samme. Et annet utslag av den samme dynamikken er problemene med «glädjesbetygen» i svensk skole som fører til krav om at sentraliserte nasjonale

prøver skal telle mer enn vurderinger gjort på den enkelte skole. Dette vil svekke lærernes autonomi og møte med elevene. Myndighetenes respons på rapporter om dårlig kvalitet og forsømte beboere i sykehjem, møtes altså også med nye reguleringer. Paradokset er at det nettopp er de store kommersielle sykehjemskjedene som har ressurser til å tåle en stor byråkratisk byrde. De kan ansette egne folk til å håndtere dokumentasjon og registreringssystemer, noe enkeltstående, små og ideelle sykehjem ikke kan.[17] Men hva måles egentlig med disse tiltakene?

Svenske forskere har funnet at kommersielle aktører scorer godt på prosesskvalitet, det vil ofte si egenrapportering av arbeid som utføres. Mens de scorer lavere på strukturkvalitet, det vil si bemanning og kompetanse. Mange vil mene at det siste er avgjørende for kvaliteten, mens det første er data som er enklere å manipulere. Satt på spissen kan det som egentlig måles i disse kvalitetskontrollene være store kommersielle organisasjoners evne til å drive systematisk dokumentasjonsarbeid. Ammerudlunden var vurdert å være en av de beste sykehjemmene i Oslo basert på tilgjengelige kvalitetsindikatorer. Det var samtidig sykehjemmet det dreide seg om i den såkalte Adecco-skandalen i 2011, hvor det viste seg at det sveitsisk-eide selskapet lot ansatte bo i bomberom, jobbe åtti timers uker uten overtidsbetaling, ikke hadde skikkelige pensjons- og feriepengeretter eller arbeidskontrakt (se boks om Adecco-skandalen på side 78).[18]

NHO vil ha regulering for å sikre markedsretting

Da ansatte ved et sykehjem i Vagsøy i 2019 klipte av alarmsnoren over sengen til en sykehjemsbeboer på et sykehjem som generelt hadde mange pasientklager, meldte NRK at: «Det er i dag få norske kommunar som i detalj målar kvaliteten på tenestene ved omsorgsinstitusjonane.» NHO responderte ved å «kreve granskingar av all kvaliteten på all omsorg i Noreg». NHO-direktør Kaltenborn uttalte: «Kommunane har sjølv eit ansvar, samstundes meiner vi at regjeringa må prioritere og koordinere desse kvalitetsindikatorane, slik at det er dei same i heile landet. Berre da vil ein kunne samanlikne truverdige tal.»[19] Hvordan et system for kvalitetsindikatorer skulle forhindre det som skjedde i Vagsøy, er vanskelig å forstå. Det som derimot er mer forståelig, er at NHO bruker enhver anledning til å fremme sitt ønske om et kvalitetsindikatorsystem som er fordelaktig for sine medlemsbedrifter.

I den tverrfaglige forskningsrapporten «The Privatization of Care» skriver de norske forskerne Jacobsen og Ågotnes at NHO og Virke har forsøkt å påvirke utviklingen av kvalitetsindikatorer i Norge. Istedenfor å være imot innføring av flere nasjonale kvalitetsindikatorer, har de forsøkt å påvirke hva slags type indikatorer som skal innføres. Forskerne refererer til en publikasjon utgitt av Virke, NHO og KS i 2013, der det slås fast at «brukerundersøkelser gir en solid basis for utvikling av kvalitet i omsorgstjenestene». Forfatterne av Virke, NHO og KS-publikasjonen argumenterte også sterkt for flere prosessindikatorer. De argumenterte dermed, ifølge forskerne, for kvalitetsindikatorer der det er enkelt å oppnå gode resultater, uten mye innsats og investeringer.[20]

Vil sentraliserte kvalitetsindikatorsystemer være en garantist mot at eldre kan oppleve uverdig behandling i eldreomsorgen? Svaret på det er nei. Der mennesker arbeider med mennesker vil det alltid skje feil. Det sentrale er at slike hendelser følges av en reaksjon når det er riktig, men aller viktigst er det at det er gode rutiner for varsling, åpenhet og en kultur for å lære av feil.

NHO som organiserer mange av de kommersielle velferdsselskapene i Norge ønsker sentraliserte sammenligningssystemer. Dersom alle måles og en kan sammenligne og ha kåringer i offentligheten av «best» og «verst», er det også enklere å rigge konkurranse. Dette ser vi barnehagesektoren der det årlig kåres «gode» og «dårlige» barnehager i lokalavisene basert på foreldreundersøkelsen. Dette fungerer i neste omgang som markedsføring for å tiltrekke sitt selskap «kunder». Denne sammenlignings- og konkurransepraksisen vil imidlertid ikke stimulere til god åpenhets- og varslingskultur, noe tjenester er helt avhengige av for å bli bedre. Forsøket på å kneble en ansatt fra å si ifra om uverdige forhold på Attendo-sykehjemmet i Stockholm, beskrevet på side 73 i denne rapporten, kan tjene som eksempel på det.

Det som beskrives som kvalitetsstyring, kan altså i realiteten være systemer som tar fra de ansatte mulighet til å utøve faget sitt og bruke faglig skjønn, uten at det gir noen garanti for at den faktiske kvaliteten for brukerne av tjenestene øker. Når det gjelder kvalitetsmålinger i velferden må kontrollspørsmålet alltid være; hva måler vi egentlig her, for hvem og til hvilken hensikt?

Eldreomsorgsforskeren Tamara Daly påpeker at måling av ulike helseutfall kan si lite om livskvalitet.[21] Det er for eksempel ikke slik at få fall og brudd alltid er et gode i eldreomsorgen, hvis årsaken til det er at de eldre har liten tilgang til bevegelse. Aktivitet øker risiko for fall, men det kan også øke livskvaliteten. Vi brekker sjelden noe liggende stille i en seng. Noen ganger må risiko veies opp mot livskvalitet. Den vurderingen kan ikke standardiseres, men må gjøres på nytt i hvert møte mellom pasient og ansatte.

11

HVA BØR VI LÆRE AV ERFARINGENE MED PRIVATISERING I VELFERDEN?

Denne rapporten viser at når profittmotiv og konkurransedynamikk slippes til i velferdstjenestene, påvirker det organisering, finansiering og tjenesteutøvelse i hele sektorer. Selv om brorparten av en tjeneste fortsatt drives i offentlig egenregi, så vil også denne driften påvirkes av å være organisert i et system der det offentlige skal konkurrere med profittorienterte, kommersielle aktører. Alle internasjonale og norske erfaringer som er gjennomgått i denne rapporten viser at det har stor betydning hvem som drifter og eier velferdstjenestene, ikke bare hvem som finansierer dem. På samfunnsnivå endrer det maktbalansen når finansverden ikke lenger bare spiser seg langt inn i det ordinære næringslivet, men nå også i arbeidsintensive velferdstjenester som er helt eller delvis finansiert av fellesskapet og som skal ivareta mennesker i sårbare situasjoner.

Privatisering med påfølgende kommersialisering og finansialisering har svekket det sosiale sikkerhetsnettet, økt ulikhetene og skapt utrygghet rundt hvorvidt fellesskapet stiller opp når den enkelte trenger det. Samtidig med at velferdstjenestene i mange land er satt under kraftig press, har altså kommersielle velferdsselskaper tjent seg rike og ekspandert sin virksomhet. Den triste realiteten er at folkevalgte politikere har lagt til rette for en enorm ressursoverføring fra befolkningene som betaler for, bruker og arbeider i tjenestene, til en kommersiell velferdsindustri med søkkrike eiere som sitter ansvarsløse langt unna tjenestene som de har fått ansvaret for.

Eierskap betyr mye og finansialiseringen gir nye utfordringer

All kommersiell drift har profitt som mål – også i velferdstjenestene. Forretningsstrategiene i velferden er like de i næringslivet ellers. Noen typer eierskap og forretningsstrategier er likevel mer ødeleggende enn andre. Derfor rettes det internasjonalt stor oppmerksomhet rundt finansselskapenes inntog i velferden. Der privatiseringskritikere tidligere fokuserte mest på fortjeneste knyttet til driften, rettes nå også oppmerksomheten mot finansielle strategier knyttet til eiendom, oppkjøp og gjeld – og hvordan disse strategiene påvirker drift og finansiering. Omfanget av slike finansielle strategier har blitt så stort at det kan beskrives som en bendelormøkonomi, der offentlige penger bevilget til tjenestene forsvinner i kompliserte konsernstrukturer. Muligheten til å følge pengene og dermed sikre en åpen demokratisk forvaltning av offentlige midler blir tilnærmet fraværende.

Kommersielle velferdsselskaper oppsøker alle markeder der det er penger å tjene. Der politikerne åpner opp, tilbyr de sine tjenester. Hvis den norske høyresiden får økt makt og bruker den til mer privatisering, vil selskaper som de som dominerte forrige gang Høyre anbudsutsatte Oslos sykehjem, komme tilbake. Internasjonale og norske selskap vil drive i Norge, så fort de finner et attraktivt marked. I alle sektorer der politikerne har åpnet opp, som i det norske barnevernet, er de til stede.

I Norge har de private barnehagene i hovedsak kontrollert både drift og eiendom, som i den internasjonale sykehjemssektoren. I begge sektorer har de største kjedene tatt over stadig større deler av markedet og driver eiendomsspekulasjon som delvis skjer på bekostning av driften. Norsk barnehagesektor har også en klar parallell til svensk skolesektor. Myndighetene i begge land har privatisert henholdsvis barnehage og skole i en kombinasjon av tilskuddsordning, brukervalg og gjort det fritt fram for kommersielle eiere og kommersielle forretningsmodeller.

Storbritannia etter finanskrisen

«Etter finanskrisen i 2008 ble «spartanskhet», selve eksistens-berettigelsen til den engelske regjeringen. Det var «ingen penger igjen» - ble det selvsikkert påstått - og det måtte foretas drastiske nedskjæringer i offentlige tjenester, eventuelt måtte de settes bort til private selskaper som visstnok skjønte bedre enn staten hvordan man forvaltet dem.»

James Bloodworth i boken Innleid og underbetalt.[1]

Hjemmetjenestene skiller seg fra tjenester knyttet til bygninger, men utgjør likevel et mulig attraktivt marked i alle land. Fordi tjenesten foregår i hjemmene til folk og det ikke trengs kostbare investeringer i utstyr og bygg, er inngangsbilletten lav. I tjenester som krever tilgang til bygninger eller deltakelse i omfattende anbudsprosesser, er inngangsbilletten høyere. Privatiserer norske kommuner disse hjemmetjenestene på samme måte som Sverige har gjort, kan vi særlig i storbyene ende opp med samme kaos som har rammet svensk hjemmetjeneste. I hjemmetjenestene har man fått det etterlengtede mangfoldet av aktører. Men den medfølgende konsekvensen er et mangfoldskaos, som verken brukere klarer orientere seg i eller myndighetene klarer å kontrollere.

Fortjenestemotivet truer kvaliteten

Velferdstjenester er tusenvis av daglige møter mellom forskjellige mennesker som arbeider i og mottar tjenestene. Mye av kvaliteten ligger i det mellommenneskelige. Dette kan ikke måles som i en produksjonsbedrift. Derfor er vi i velferden helt avhengig av tillit til de som eier, leder og utfører tjenestene. Felleskapet kan legge rammer som gir gode forutsetninger for at de daglige møtene blir av best mulig kvalitet, med gode utdanninger, god organisering, ledelse og nok ressurser. Tilsyn, reguleringer og kontroll skal fange opp lovbrudd, men et samfunn kan aldri makte å styre kvaliteten på alle de daglige møtene i velferden gjennom dette. Når myndigheter likevel forsøker i systemer med kommersielle aktører, så øker det styringskostnadene drastisk. Det gir mer standardisering i tjenestene og dermed mindre handlingsrom

«Horror» of Private Equity Investment in Nursing Homes

«How many grandmothers and grandfathers dies because profits were prized above lives, with our taxpayer dollars funding this?»

Kongressrepresentant Bill Pascrell, under høring i kongressen i USA.[2]

for fagutøvere og brukere i de daglige møtene. Likevel er det lite som tyder på at myndighetene oppnår kontroll med verken pengestrømmer eller kvaliteten i tjenestene.

Måling sier ikke alt om kvalitet

Det er stor fare for at vi blir lurt, dersom vi godtar et premiss om at all kvalitet kan konkurreres om, måles og sammenlignes i velferden. Vi kan for eksempel registrere at måltider er gitt, men måltidsopplevelsen er vanskelig å fange på et skjema. En kan registrere at noen hadde en ved sin side på dødsleiet, men ikke hvordan det innvirket på den som trengte det. Sykehus kan ha gode aktivitetstall som skjuler at dette skyldes stor produksjon av visse operasjoner og behandlinger, men at for eksempel eldre kronikere, psykisk syke eller fødselsomsorgen er nedprioritert. En god skole for et gjennomsnitt av elevene, kan fortsatt være en dårlig skole for mange. En barnehage som skårer høyt på foreldreundersøkelsene, kan være ekstra gode på foreldrekontakt, men det er svært mye som foregår i barnehagene foreldrene ikke kan ha kunnskap om. De er ikke der hele dagen. Og slik kunne vi fortsatt.

Fordi kvalitetsmålinger i velferden ikke kan fange opp alle sider ved kvalitet, er det mange eksempler på at aktører har scoret godt i ulike målinger, men hvor det likevel er avdekket at det ikke har vært gitt gode tjenester. Det er også, slik som kapitelet om hjemmetjenestejukset i Sverige viser, mulig å manipulere mange av kvalitetskontrollsystemene myndighetene setter opp. Vi er altså, uansett hvordan vi vrir og vender på kvalitetsdebatten, avhengig av tillit til at de som eier og driver velferdstjenestene ikke kompromisser med kvaliteten. Denne rapporten viser at kommersiell drift av velferdstjenester øker risikoen for at det kompromisses nettopp med det som gir kvalitet. Fortjenestemotivet står i et konstant konkurranseforhold med kvaliteten.

Det paradoksale er at i velferden burde det være et positivt kjennetegn at tjenesten ikke kan telles, måles og spesifiseres i den grad at det kan sikres full kontroll. I nære tjenester skapes kvalitet nettopp gjennom fleksibilitet og individtilpassing, ikke gjennom nitid kontroll ovenfra.

Privatisering og markedsretting gir mindre valgfrihet

Med slagord som «Eldre skal få bestemme hvem som skal tørke bak»[3] og «Hvis ikke bestemor får bestemme hvilket sykehjem hun skal bo på eller hvilken hjemmehjelp som skal komme hjem til henne, så bestemmer rødgrønne kommunepolitikere det»[4], lokker Høyre velgerne til å støtte økt privatisering av norsk eldreomsorg. For hvem kan være imot valgfrihet? Det høres jo forlokkende ut at det offentlige betaler og så kan vi fritt velge hvem, hva og hvordan vi skal motta en velferdstjeneste. Men Høyres løfte om valgfrihet kan ikke holdes. Det vil aldri bli full valgfrihet for alle. I beste fall vil valgfriheten bare gjelde noen få. Erfaringene det er redegjort for i denne rapporten, viser at uansett land og uansett system, så er valgfriheten forbundet med privatisering begrenset, om den finnes i det hele tatt. Med eldreomsorgen som eksempel er det fire åpenbare grunner til det:

Reguleringsparadokset

Reguleringsparadokset oppstår når politikere vil rette opp feil i privatiserte velferdstjenester ved å regulere strengere. De strenge reguleringene gir rigide tjenester, økte kostnader, skaper nye feil og innsnevrer valgfrihet som ble lovet da privatiseringen ble gjennomført.

1. **Eldre velger sjelden eller ikke i det hele tatt.** De bytter også sjelden til en annen leverandør. Dette er omtalt i rapporten under delene om Sverige og Storbritannia. Erfaringen er at sårbare og syke mennesker som ofte raskt må tilpasse seg en ny situasjon, ikke har krefter til å orientere seg i et marked og foreta veloverveide valg. Veloverveide valg forutsetter at du har tid, overskudd og at du har god forhåndskunnskap om kvaliteten på de ulike alternativene. Syke eldre har ingen av delene. Selv de med sterke pårørende vil ha vanskeligheter med å orientere seg. Dessuten vil alternativene for alle som ikke har mye egne penger å betale med, det vil si de aller fleste, være ganske like.

2. **I offentlig finansierte systemer så vil valgfriheten begrenses av finansieringen og hvor mange som arbeider i tjenestene.** I solidariske systemer må prioritering skje etter behov og det innebærer at den enkeltes valg må være begrenset. Det er hvor mye felleskapet er villig til å bevilge og at pengene brukes fornuftig og ikke for eksempel til profitt, som avgjør hvor gode tjenester den enkelte kan få. I det svenske systemet får alle leverandørene samme sum penger å drive for, og de skal levere den samme tjenesten. Selskapene kan ikke sette opp prisen, men selge tilleggstjenester. Det de eldre kan velge om de makter, er derfor mellom ganske like tilbud og eventuelt å kjøpe tilleggstjenester de må betale for selv. Dette vil være likt i Norge. Da Høyre la fram sitt eget lovforslag om brukervalg i helse- og omsorgstjenestene i 2021 tok de blåkopi av det svenske systemet, og «valget» var begrenset til leverandør.

3. **Helse- og omsorgsarbeidere er en knapphetsressurs.** Det er også penger i de aller fleste samfunn. Der eldre betaler selv, vil fortsatt bare de aller rikeste kunne planlegge for framtiden og skreddersy sitt eget omsorgsopplegg. I alle land vil omfanget av rike selvbetalende kunder bestemme graden av press dette skaper for tjenestene til alle andre eldre med like store behov.

4. **Tjenestemottakere er ikke opptatt av å velge selskap, men av tjenestenes innhold.** Det oppstår et reguleringsbehov når en privatiserer til profittsøkende aktører, som gir mindre valgfrihet i det som betyr noe for de eldre: de daglige møtene med de som skal gi dem helse- og omsorgstjenester.

Standardisering og byråkratisering gir mindre valgfrihet

Myndighetene kan velge å styre velferden etter markedsprinsipper helt uten innblanding av kommersielle aktører. Den økte administrative byrden i norske sykehus som følge av finansieringssystemet er et eksempel på det. De stadig flere tilbakemeldingene om at lærernes autonomi i norske klasserom er redusert er et annet. Forskjellen er at dette er det mulig å endre når det driftes offentlig. Når kommersielle aktører får drive velferdstjenester så lukkes denne muligheten, ettersom disse må kontrolleres.

Det skyldes at avstanden mellom kommersielle eieres mål om profitt og formålet med tjenestene er for stor. Derfor fører privatisering til byråkratisering i alle land som forsøker å beholde

kontrollen. Myndighetene forøker å kontrollere seg ut av problemene avstanden skaper. I denne rapporten gis det en rekke eksempler på hvor komplekse eierskap som er til stede i de offentlig finansierte velferdstjenestene. Det er kompliserte konsernstrukturer som strekker seg over flere land og lovverk. Innføring av marked og konkurranse i seg selv fører i tillegg til at detaljstyringen øker. For å skape konkurranse må det skapes et konkurransegrunnlag, noe å konkurrere om. For å skape et marked så stykkes tjenestene opp og prises. De standardiseres for å kunne sammenlignes. Hvilke oppgaver som skal utføres kontraktsfestes. Står det ikke i kontrakt, blir det trolig ikke gjort.

Rammene rundt arbeidet og fagutviklingen påvirkes i stor grad av disse kontrollregimene. Standardisering i ulike normer, kvalitets- og stykkprissystemer, tidsstyring, programmer og indikatorer setter rammen for hvor mye valgfrihet brukere og ansatte har. Medvirkning forutsetter at fagpersoner har et handlingsrom til å finne gode løsninger sammen med de tjenestene er til for. Det hjelper derfor ikke mye å ha valgt en leverandør, dersom de som jobber hos leverandøren ikke har rammevilkår til å gi deg valgmuligheter og medvirkning. Dette gjelder for alle velferdstjenestene, om det er skoleelever eller folk med behov for helsehjelp.

Myndighetene vil aldri fange opp alle hjørnene som kuttes for å sikre eiere fortjeneste. Det er også sannsynligvis årsaken til at de kommersielle aktørene og deres organisasjoner har gjort seg til talspersoner for mer måling i norsk velferd. De vet at måling ikke truer fortjenesten, samtidig som målingene brukes til sammenligning og prising av tjenester og dermed tilrettelegger for et markeds- og konkurransesystem.

Dårlige arbeidsvilkår gir dårligere kvalitet

Velferdstjenestene er arbeidsintensive. Det betyr at personalkostnaden er den største utgiften og samtidig den viktigste faktoren for kvalitet. Personalpolitikken og arbeidsvilkårene legger rammene som gjør det mer eller mindre sannsynlig at de daglige møtene blir gode for barn, eldre og pasienter. Det er åpenbart at antallet folk på jobb i forhold til de som skal tas vare på og tiden ansatte har å bruke på hver enkelt, har svært mye å si for hvor god jobb den enkelte ansatte kan gjøre. Sammen med de ansattes egnethet, utdanningsnivå og opplæring, ledelsen og organiseringen av arbeidet, utgjør dette forutsetninger for å kunne drive god barnehage, skole, eldreomsorg og helsetjenester.

I denne rapporten gis det mange eksempler på at når det kuttes i bemanning, så står også kvaliteten på spill. I arbeidsintensive tjenester utgjør normalt personalets lønn og pensjoner 80 prosent eller mer av driftskostnadene. Skal et selskap tjene penger så kutter de derfor ofte i bemanning og lønn. Omskrevet til høyresidens språk driver da de

Kommersiell drift kutter i bemanningen

I svensk hjemmetjeneste er høy fortjeneste koblet til risiko for juks. Det skyldes at finansieringen ikke gir rom for høye fortjenester, dersom selskapet driver med rett bemanning. I Sverige gir profitt-drevet eldreomsorg i gjennomsnitt dårligere ansattvilkår på alle sammenlignbare områder. Svenske privatskoler har lavere lærertetthet enn kommunale skoler og lavere andel lærere med pedagogisk utdanning. I sykehjemssektoren ga tidligere anbudsutsatte kommersielle sykehjem i Oslo de ansatte i snitt 70 000 mindre i lønn, enn det de fikk da kommunen tok over. I norsk barnehagesektor har høye tilskudd vært koblet til høy fortjeneste hos de store kjedene, altså er pengene ikke brukt på bemanning. De største kjedene har i snitt lavere bemanning enn andre private barnehager.

kommersielle aktørene «mer effektivt» enn det offentlige.[5] At de kommersielle driver mer «effektivt» enn det offentlige blir i neste omgang et argument for at det offentlige må presse ned kostnadene i egen drift. Privatisering fører altså til en nedadgående spiral for all drift, også når den kommersielle andelen er moderat.

«Effektive» velferdstjenester er ofte dårlige velferdstjenester for dem som skal motta dem. Det er grenser for hvor mye som kan kuttes før det ikke finnes en hånd å holde i på dødsleiet eller en lærer som kan hjelpe alle elevene. Denne rapporten viser også at når de mest profittjagende aktørene slippes til, så kan det se ut som om det nesten ikke finnes en nedre grense for kutt i driften. Rekruttering til arbeid i velferden står i mange land ikke i forhold til behovene. At folk vil jobbe i velferden er selvsagt avgjørende for å kunne sikre befolkningen gode tjenester. Har vi ikke folk til jobben, har vi heller ingen tjeneste eller kvalitet å diskutere. Rapporten viser at privatisering og innstramming i offentlige budsjetter, øker nedprioriteringen, gir velferdsyrkene lavere status og dårlige lønns- og arbeidsvilkår. Dette er samtidig faktorer som presser folk ut av velferdssektorene og over i annet arbeid når det er mulig.

Privatisering er dyrt for fellesskapet

Forsøkene på regulering og kontroll er kostbare. Velferdstjenesteutvalget kom fram til at de fleste studier bare ser på kostnader til drift, ikke transaksjonskostnader og indirekte styringskostnader ved bruk av private aktører. Hvis dette tas med kom utvalget fram til at dette kan tilsi «at samlede kostnader ikke blir redusert, men i verste fall øker, ved bruk av private leverandører.»[6] Det offentlige skal ikke bare kjøpe tjenestene, de må også bruke penger på kontraktsutforming, tilsyn, kontraktsoppfølging og kostbare rettsprosesser.

De fleste vil ha hjelp på lavest mulig nivå, dersom problemet kunne løses der, framfor å måtte trenge mer spesialiserte tjenester. Forebygging i velferdstjenestene dreier seg nettopp om det. Hjelp til en familie i det kommunale barnevernet, kan være det som skal til for at barnet ikke tilbringer ungdomstida på institusjon. Aktivitet og støtte for hjemmeboende eldre kan hindre lårhalsbrudd, som gjør at sykehus og sykehjemstjenester ikke trengs. Forebygging er både best for den enkelte og koster mindre for felleskapet, enn spesialiserte tjenester. Fordeling av samfunnets ressurser til ulike tjenester og nivåer burde derfor ses i sammenheng. I privatiserte og markedsrettede systemer fører det bedriftsøkonomiske effektiviseringspresset og konkurransen til lav beredskap og lite rom for forebygging. Det sperrer effektivt for en helhetlig samfunnsøkonomisk tankegang, som er dyrt for fellesskapet.

Samfunnsøkonomisk er det også en dyr strategi å godta konkurranse nedover på lønns- og arbeidsvilkår. Det er ikke bare de ansatte og de som trenger hjelp som taper på det, det gjør også fellesskapet. Lavt betalte arbeidere vil betale mindre tilbake til fellesskapet i form av skatt eller til markedet i forbruk. Velferdsyrkene er en betydelig del av arbeidsstyrken i en velferdsstat. Med privatisering og påfølgende lønnspress, kan det offentlige fort ende opp med å redusere befolkningenes totale skatteevne. Mange av de som tjener gode penger på privatiseringen skatter lite og fører penger ut av landet. I tillegg kommer kostnader knyttet til at harde arbeidsforhold slår ut som utgifter på andre statistikker, som fattigdom, sykdom og behov for sosiale ytelser.

Finansialisering truer offentlig finansiering av velferden

Velferdstjenestene skal dekke konstante behov og sikre befolkningen trygghet og velferd. En solidarisk tilgang til denne tryggheten kan bare oppnås gjennom offentlig finansiering. Når kommersielt eierskap slippes til i offentlig finansiert velferd så endrer velferden seg og det setter den offentlige finansieringen i fare. I de offentlig finansierte tjenestene trekker finansverden, når den slippes til, fortjeneste ut av allerede skapte verdier omgjort til skatt. Det er dette som er gitt betegnelsen «bendelormøkonomien». Misforholdet mellom profittjag og offentlig finansiering er så stort i flere land, at økte offentlige bevilgninger til velferden kan være nytteløse, før det er gjort noe med lekkasjen. Forretningsmodellene som er i sving er ikke forenlig med en behovsstyrt offentlig finansiert velferd.

I Norden er det fortsatt felleskapet som i stor grad finansierer tjenestene og utdanningene til de som arbeider i dem. Med privatisering får befolkningene økt erfaring med at offentlige bevilgninger ikke går til økt kvalitet i tjenestene, men til eieres profitt. Det kan svekke både viljen og evnen til å opprettholde et offentlig finansiert system. Det blir fort slik at myndighetene står igjen med to valg, enten overfinansiere tjenesten (som forutsetter rike kommuner eller stater) eller akseptere at kvaliteten settes under press. De store norske kommersielle barnehagekjedene har vært overfinansiert, men likevel forsøkt å motsette seg rimelige pensjonskrav samtidig som de har oppnådd høy fortjeneste.[7]

Overfinansiering er over tid ikke mulig. Verken myndigheter eller befolkning kan akseptere at felleskapet betaler langt mer for en tjeneste enn de får igjen. Det er heller ingen garanti for at Norge i framtida kan være så rause med offentlige penger. Snarere er det mange utviklingstrekk i samfunnet og økonomien som tyder på det motsatte. I land som Storbritannia, der privatiseringen av velferden har skjedd samtidig med kraftige innstramminger i offentlige budsjetter, er resultatet en offentlig ansvarsfraskrivelse. Fellesskapet tar ikke lenger ansvar for befolkningenes trygghet og velferd. Den enkeltes privatøkonomi blir avgjørende for hvilke tjenester de får. Det er oppskriften på et samfunn med stor ulikhet og fattigdom. For offentlig finansierte velferdsstater som de nordiske bør utviklingen i land med lavere offentlig finansiering vekke bekymring. Privatiseringen setter selve prinsippet om offentlig finansiering i fare, og dermed også befolkningenes like rettigheter til velferdstjenester.

Avslutning: Privatiseringsideologi og velferdslobbyisme må møtes med kunnskap, organisering og satsing på fellesskapet

Norge står ved et veiskille, i møte med den lenge varslede eldrebølgen. Nå er den her. Vi må velge hvordan vi skal løse økte velferdsbehov. Norge har fortsatt gode forutsetninger for å kunne løse velferdens utfordringer i felleskap. Vi har nemlig en solidarisk velferdsmodell å tape!

Det å få sine velferdsbehov dekket er helt nødvendig for å kunne leve gode liv. Derfor er ikke velferdstjenester som andre tjenester. Barnehager, skoler, barnevern, helsetjenester og omsorgstjenester, hører ikke hjemme på børsen eller som kilde til finansspekulasjon. Samfunnet kan

velge å finansiere og drive velferden i felleskap, og prioritere den så høyt at den blir god. Alternativet er å la kommersielle aktører drive i et marked, sette kvaliteten og arbeidsvilkårene under press, tilrettelegge for sløsing med felleskapets penger og på sikt sette hele den offentlige finansieringen i fare.

Uansett hva vi gjør så er det befolkning som betaler for velferden, enten gjennom skatt eller med egne midler. Men det er kun gjennom skattefinansiering og å hindre profittlekkasje ved ikke å privatisere, at vi kan sikre gode tjenester, et samfunn med små forskjeller og lik tilgang til velferd.

Erfaringene til land som har gått lenger enn oss i å privatisere velferden er svært dårlige og det bør være en effektiv vaksine mot å gjenta andres feil. Våre egne erfaringer viser akkurat det samme. Det er bare omfanget som har vært ulikt. På tross av dette lover høyresiden privatisering om de vinner valgene i 2023 og 2025. Dersom høyresidens kombinasjon av lavere skatter og privatisert velferd vinner fram kan det bli det endelige steget ut av den nordiske modellen. Da er vi over i et markedsliberalistisk ulikhetssamfunn, der folks velferd avgjøres av egen betalingsevne og ikke felleskapets spleiselag.

Kun med kunnskap kan kampen mot den kommersielle velferdslobbyen og deres venner i partipolitikken vinnes! Kunnskap om privatiseringens konsekvenser må spres og gjøres kjent blant folk. I møte med de konkrete erfaringene vil utsagn om «alle gode krefter», «velferdsmiks», «proffentlig» og «mangfold og valgfrihet», bli avslørt som teoretiske, ideologiske og tomme slagord.

For velferdsstaten håper denne rapporten er et bidrag til økt kunnskap i kampen mot privatisering av folks trygghet og velferd. Vi vil forsvare den solidariske velferdsmodellen. Da trengs kunnskapsrike og sterke allianser som står sammen for en sterk offentlig velferdsstat.

Noter kapittel 1

1 Notat 2 2021, For velferdsstaten, Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (fritt brukervalg).
2 Regjeringen vil avvikle godkjenningsmodellen, 08.03.22, regjeringen.no
Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.) Prop. 63 L (2021-2022), Innst. 296 L (2021-2022), Lovvedtak 65 (2021-2022).
3 Høyre stortingsvalgprogram 2021- 2025, s. 37.
4 Prop. 116 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenningsmodell for fritt brukervalg).
5 Sos Sci Med. 2011 Consumers of eldercare in Sweden: the semblance of choice, Meinow, Parker, Thorslund.
6 Alla dessa marknader, proffesor Marta Szebehely, presentasjon äldreforskardagen 21.03.2018.
Professor varnar för ojämlik vård, SVT 03.06.2018.
7 Doktoravhandling: Taking Care of Business: A Study of the Governing of Care Choice Systems in Swedish Home Care, Lund Universitet, Mirjam Katzin, 2020 s. 142-43 (heretter: Taking Care of Business, Katzin, 2020).
8 Ibid., s. 144.
9 Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.) Prop. 63 L (2021-2022), Innst. 296 L (2021-2022), Lovvedtak 65 (2021-2022).
For velferdsstaten, notat 2|2021: Gjennomgang av Prop. 116 L (2020-2021): Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenningsmodell for fritt brukervalg), Cathrine S. Amundsen, april 2020.
For velferdsstaten, Rapport mai 2019: Hva bør vi lære av Sverige? Cathrine S. Amundsen.
Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, s. 6.
10 Maffian skor sig på hemtjänsten, Aftonladet, Jonna Sima, 22.09.21.
11 Fler kommuner privatiserar sin hemtjänst, Jort, Kommunalarbetaren, 24.10.2019.
12 Låg ersättning får företagen att fly, Hjort, Kommunalarbetaren 05.06.13.
13 Varför blundar alla för fusket?, Kommunalarbetaren 17.09.21.
14 66 hemtjänstföretag fast för fusk, Hjort og Martinsson, Kommunalarbetaren, 08.09.21.
Två hemtjänstföretag polisanmäls – misstänks för fusk, Hjort, Kommunalarbetaren, 06.10.22.
Fuskföretagen gjorde en halv miliard i vinst, Hjort og Martinsson, Kommunalarbetaren, 10.09.21.
15 Hemtjânstmaffian, Mira Klinberg Hjorth og Karl Martinsson, Atlas 2021, s. 122.
16 Hemtjanstpersonal i stromstad anmalde restid som arbetsmiljofara, Gunnarsson, Kommunalarbetaren, 28.02.22.
Därför har hemtjänsten för korta restider, Debattinnlegg, Målqvist, Kommunalarbetaren, 18.03.22.
17 Forskare: Fler brukare under arbetspassen gör att vårdbiträden lämnar yrket, Arbetet, Dahlgren, 30.03.22.
18 Slavliknande villkor på stort hemtjänstföretag, Hjort og Martinsson, Kommunalarbetaren, 05.03.19.
19 Hemtjânstmaffian, Mira Klinberg Hjorth og Karl Martinsson, Atlas 2021, s. 144.
20 Myndigheter i samverkan mot den organiserade brottsligheten 2021, polisen.se
21 Hemtjânstmaffian, Mira Klinberg Hjorth og Karl Martinsson, Atlas 2021, s. 126
22 Ibid., s.129.
Taking Care of Business, Katzin, 2020.
23 Private aktører i velferdsstaten — Velferdstjenesteutvalget, NOU 2020:13, 01.12.2020, s. 424.
24 V kräver att företaget utreds, Karl Martinsson, Kommunalarbetaren, 06.03.2019.

Noter kapittel 2

1 When Private Equity takes over a nursing home, Yasmin Rafiei, The New Yorker, 25.08.22 (heretter: Rafiei, The New Yorker, 2022).
2 Congressional request: Private equity and Medicare, juni 2021..
3 Rafiei, The New Yorker, 2022.
4 Fact sheet - Protecting Seniors by Improving Safety and Quality of Care in the Nation's Nursing Homes, The White House, 28.02.22.
5 Remarks of President Joe Biden – State of the Union Address As Prepared for Delivery, 01.03.22.
6 Fact sheet - Protecting Seniors by Improving Safety and Quality of Care in the Nation's Nursing Homes, The White House, 28.02.22.
7 Bankruptcies, defaults reveal senior living 'still struggling to get back on its feet', 24.04.22, McKnights Senior Living.
8 Private aktører i velferdsstaten - Velferdstjenesteutvalget, NOU 2020:13, 01.12.2020.

Noter kapittel 3

1 Caring for people or profit? The financial engineering & real estate investment of Groupe Orpea, CICTAR, februar 2022.
2 Les fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nous ainés, Victor Castanet (Fayard : 2022).
3 The Crisis in Long Term Care: Effects of private provision, Klara Florek, PSI, februar 2022.
4 CICTAR Report: Extracting Profits Through Care Home Real Estate, Vivek Kotecha, februar 2023.
5 Læringsverkstedet overdrar deler av bygningsmassen for å sikre en god og fleksibel driftsstruktur, pressemelding 03.07.2020.
6 Brookfields hjemmeside: https://www.brookfield.com/
7 SBB sells a 49% stake in its social infrastructure portfolio for public education to Brookfield for SEK 9.2 billion in cash with an additional earn-out of up to SEK 1.2 billion in cash, 30.11.22.
8 Standard & Poor's definition, hentet fra nett. 02.02.23.
9 Nå har kanadisk gigantinvestor gått tungt inn i norske barnehagebygg, Ida Sørаunet Wangberg, Fagbladet 31.01.23.
10 Ran på høylys dag, Gøril Bjerkan, Dagens Næringsliv 05.05.22.
11 Hemmelige eiere bak 300 norske barnehager: - Ikke for å være snille, Halldor Hustanes, Dagbladet Børsen, 20.03.23.
12 Læringsverkstedet-eier innrømmer at å slippe 36 millioner i formuesskatt er blant grunnene til Sveits-flytting: – Skatt er en del av dette, Ida Sørаunet Wangberg, Fagbladet 08.11.22.
Barnehagemillionær Eystein Sævareid Aase flytter til Sveits, Utdanningsnytt 02.01.23.
13 Barnehage med millionoverskudd er med på PBL-aksjon: – Kvalmt, sier mor, NRK 24.11.21.
14 Fikk offentlig støtte for å bygge barnehager: Nå har eierne tjent milliarder på å selge bygningene til utlandet, Ida Sørаunet Wangberg, Fagbladet, 07.03.22.

Noter kapittel 4

1 Held to ransom, What happens when investment firms take over UK Care homes, CUSP og UNISON, Walker, Kotecha, Druckman, Jackson, juni 2022.
2 The state of health care and adult social care in England 2021/22, Care Quality Commission (heretter: Care Quality Commission 21/22).
3 Care Quality Commission 21/22.
4 Helsereformen i England: Dommedag for National Health Service? Mari Grepstad, Dagens Medisin 30.05.2013 (heretter: Grepstad, Dagens Medisin, 30.05.2013).
5 Why is Britain's health service, a much-loved national treasure, falling apart? Christian Edwards, CNN, 23.01.23.
6 Care Quality Commission 21/22.
7 NHS reform timeline, The Nuffield Trust, hentet fra nettet 28.04.23.
8 CNN 23.01.23.
9 Worker's stage largest strike in history of Britain's health service, Reuters 06.02.23.
10 Helsekrise i Storbritannia, Fagforeningstopp har ett råd til Norge: Tvihold på de gode utdanningsordningene, Fagbladet, Rønnaug Jarlsbo, 31.01.23.
11 Grepstad, Dagens Medisin, 30.05.2013.
12 NHS privatisation drive linked to rise in avoidable deaths, study suggests, Andrew Gregory, The Guardian, 29.06.22.
13 Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation, The Lancet, Benjamin Goodair og Aaron Reeves, juli 2022.
14 Care givers and takers, how finance extracts wealth from the care sector and harms us all, Public Services International (PSI), Friedrich Ebert Stiftung, Nicholas Shaxson, juli 2021.
The crisis in long term care – effects of private provision, Public Services International (PSI), Karol Florek, februar 2022.
15 The failure of privatised adult social care in England: what is to be done? The Centre for Health and the Public Interest (CHPI), Bob Hudson, november 2016 (heretter: The failure of privatised adult social care in England, Hudson, 2016).
16 Plugging the leaks in the UK care home industry. Strategies for resolving the financial crisis in the residential and nursing home sector. CHPI- Centre for health an public interest, Vivek Kotecha, 2019 (heretter: Plugging the leaks, CHPI, 2019).

17 Ibid.
18 The failure of privatised adult social care in England, Hudson, 2016.
19 Ibid.
20 Ibid.
21 Odds stacked against it: how social care struggles to compete with supermarkets on pay, The King's Fund 23.08.22.
22 Held to Ransom, CUSP og UNISON, 2022
23 Ibid.
CNN, 23.01.23.
Held to Ransom, CUSP og UNISON, 2022.
24 Plugging the leaks in the UK care home industry Strategies for resolving the financial crisis in the residential and nursing home sector, CHPI- Centre for health an public interest, Vivek Kotecha, 2019.
25 The failure of privatised adult social care in England, Hudson, 2016.
26 Plugging the leaks, CHPI, 2019.
27 Held to Ransom, CUSP og UNISON, 2022.
28 The failure of privatised adult social care in England, Hudson, 2016.
29 Public satisfaction with the NHS and social care in 2021 Results from the British Social Attitudes Survey, mars 2022.
30 Held to Ransom, CUSP og UNISON, 2022.
31 Ibid.
32 Innleid og underbetalt, Undercover i et arbeidsliv uten rettigheter, James Bloodworth, Res Publia 2019 s. 126.

Noter kapittel 5

1 Regeringens proposition 91/92: 95 Om valfrihet och fristående skolor.
2 Velferdsprofitørene, Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene, Linn Herning, 2022 (første utg. 2015).
Private Barnehagers Landsforbund. Om hvordan Norges største interesseorganisasjon for private barnehager har formet norsk barnehagepolitikk i de kommersielle eiernes favør, For velferdsstaten notat 1 2021, Elin Skrede.
3 Store Norske Leksikon, barnehagereformen: https://snl.no/barnehagereformen.
4 Du er henta! Finansiering av private barnehager, Kunnskapsdepartementet, Storberget- utvalget 15.06.21.
5 Økonomiske resultater i private barnehager Hvilken betydning har tilskuddsmodellen? Trond Erik Lunder, TF-notat nr. 18/2018.
6 Velferdsprofitørene, Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene, Linn Herning, 2022 (første utg. 2015) s.71-113.
7 En skola utan vinstinteresse, Komittedirektiv 2022:102, Regeringen.
8 Skolindustrin, Hur mångfald blev enfald, Kent Werne, Landsorganisationen i Sverige 2018.
9 Ibid.
10 Private barnehager – ikke en og samme ting, Utdanningsdirektoratet, 08.03.23 (heretter: Private barnehager, Utdanningsdirektoratet, 08.03.23).
11 En barnehagesektor i endring, Hvilken betydning har framveksten av barnehagekjedene? Trond Erik Lunder, Telemarksforsking, TF-notat nr. 20/2019.
12 Regeringens proposition 91/92: 95 Om valfrihet och fristående skolor.
13 Barnehagemilliardærer flytter til Sveits: – Ingen planer om å benytte oss av exit-skatten, Mathias Ogre, E24, 01.11.20.
14 Private barnehager, Utdanningsdirektoratet, 08.03.23.
15 Allt började med Laila, Svenskt Næringsliv, 11.05.17.
De Expansiva, En bok om skolmarknadens vinnare och forlorare, Marcus Larsson, Balans 2021, s. 13.
16 Velferdsprofitørene, Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene, Linn Herning, 2022 (første utg. 2015).
17 Ordning och reda i välfärden, SOU 2016:78.
Private aktører i velferdsstaten — Velferdstjenesteutvalget, NOU 2020:13, 01.12.2020.

18 Vem äger Sveriges skolväsende? Sfären, Jenny Maria Nilsson, 14.11.21.
Lotta Edholm: Ingen offentlighetsprincip på friskolor, Vi lärare, Emma Olsson, 14.02.23.
Idéburna friskolor: "Uppgifterna ska självklart vara offentliga", Skolvärlden, Mikael Bergling, 04.09.20.
Ingen offentlighetsprincip för friskolor – utredningsuppdrag stryks, Alltinget Utbildning, Rebecka Prahl, 14.02.23.
19 Ny parole: Ja til kvinneprofitt, Anne Lindboe, Dagens Næringsliv 08.03.23.
20 Lønnsdumping for kvinneprofitt?, Elin Skrede, Dagens Næringsliv 09.03.23.
21 Vi heier på kvinnelige gründere!, styret i kvinneforum i Trøndelag Høyre, Trønderdebatt 08.03.22.

Noter kapittel 6

1 Care Givers and Takers How finance extracts wealth from the care sector and harms us all, Shaxson and Kotecha, PSI og Friedrich Eibert Stiftung, 2021 (heretter: Care Givers and Takers, PSI, 2021).
2 Grey gold — The billion Euro business of elder care, Investigate Europe, juli 2021.
3 Ibid.
4 Oslo-sykehjem solgt til skatteparadis, Dagens Næringsliv, Oterholm, Sæter, Gjernes, Bakken, 21.11.22.
5 Så skapar vi värde, Attendos hjemmeside (hentet fra nettet 01.12.22).
6 Lovisenberg overtar fem sykehjem, NTB 02.06.2020.
Velferdsprofitørene, Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene, Linn Herning, 2022 (første utg. 2015).
7 Velferdsprofitørene, Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene, Linn Herning, 2022 (første utg. 2015).
8 Nordstjernan, Aktivt värdeskapande över generationer: https://www.nordstjernan.se/
9 Velferdsprofitørene, Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene, Linn Herning, 2022 (første utg. 2015).
10 Helsefagarbeider Gisella taper titusener i året på å være ansatt på privat sykehjem, FriFagbevegelse, Dagsavisen, Marie De Rosa, 12.10.2018.
Attendo trekker seg ut av Norge – det er godt nytt for både ansatte og pårørende, Hilde Lende Aune, Hjelpepleier og hovedtillitsvalgt i Fagforbundet Askøy, Fagbladet 07.07.20.
11 FriFagbevegelse, Dagsavisen, Marie De Rosa, 12.10.2018.
12 Velferdsaktør fikk 135 mill. i coronastøtte – ga millionbonus til sjefene, NTB 03.05.2021.
13 Attendos hjemmeside (hentet fra nettet 01.12.22).
14 Slik ble Stendi Norges største barnevernsfirma, Strøm, Moland, Røren, Aftenposten 15.10.22.
15 Avviser bruk av reservasjonsadgang for ideelle ved kjøp av velferdstjenester, Hovland, Anbud365, 30.04.21.
16 Stendi: Omsorgslösningar i Norge (hentet fra nettet 13.03.23).
17 Dette betyr Stendi-dommen, Fagforbundet 30.06.21.
Høyesterett avviser anken fra Stendi, E24/NTB 28.11.21.
18 Aktieägare, Ambeas hjemmeside (hentet fra nettet 13.03.23).
19 En fjerdedel av privat omsorg eies av ett konsern, Mikkelsen, VG, 26.01.19.
20 A leading elderly and disabled care services provider in Sweden, Ambea was acquired by Triton Fund III in March 2010, Tritons hjemmeside (hentet fra nettet 14.03.23).
21 Bolagsdata och årsredovisning för Actr Holding AB, 2021.
22 KKRs hjemmeside (hentet fra nettet 14.03.23).
23 Firm History, KKR, KKRs hjemmeside (hentet fra nettet 14.03.23).
24 Private Equity Billionaires Henry Kravis And George Roberts Step Down As Co-CEOs Of $430 Billion Powerhouse KKR, Jonathan Ponciano, Forbes, 11.10.21.
25 Hurdalsplattformen, for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet 2021-2025, side 72.
26 Kapital 2022, Roger Adolfsen, 5,20 mrd. formue.
Kapital 2022, Kristian Arne Adolfsen, 5,20 mrd. formue.
27 Utfasing av store kommersielle leverandører på institusjonsområdet innen 2025
Bestilling fra BFD av 11. mars - saksnummer: 21/189 Frist: 31.03.2022.
28 Utfasing av kommersielle leverandører på institusjonsområdet, svar fra Bufdir til BFD 15.02.22.
29 www.humananorge.no/omsorg-og-assistanse/om-selskapsnavn
30 Milliardkonsern eier ideelt selskap, Slik unngår barnevernmilliardærene regjeringens innstramminger, Fagbladet, Ida Søraunet Wangberg, 09.12.2022.
31 Barna Norge svikter, Aftenposten, Moland og Røren, 07.06.22.

32 Regjeringa seier stopp, Maria Dyrhol Sandvik, Klassekampen 17.03.23.
Invitasjon til innspelsmøte om ideell vekst i institusjonsbarnevernet, BFD, 24.02.23.
33 Private aktører i velferdsstaten — Velferdstjenesteutvalget, NOU 2020:13, 01.12.2020, s. 26 -27 (heretter NOU 2020:13).
34 Care Givers and Takers, PSI, 2021.
35 Fritt Fall, finanskrisen og utveier, red. Nordhaug og bank, Res Publica 2009, s 26-27.
36 NOU 2020:13, s. 26 og 96.
37 Ibid. s.45-50.
38 Se f.eks Charlene Harrington, Professor Emerita, Sociology and Nursing; University of California, blant annet i artikkelen When Private Equity takes over a nursing home, Yasmin Rafiei, The New Yorker, 25.08.22.
39 Nybø anklages for feilaktig fremstilling av fagrapport: – Bekymringsfullt, Hagfors, VG 01.12.20.
40 NOU 2020: 13 s. 431.
41 Ibid. s. 438-439.
42 Carema gir opp sykehjemsdriften i Norge, Vegar Velle, Fagbladet 12.12.11.
43 Helse-Tom går rettens vei – mistet 280 millioner, Anders Horntvedt, Nettavisen 14.04.21.
44 Unicare gir opp sykehjemsdrift i Oslo, Nettavisen, Jørgen Berge, 26.11.19.
45 Usikker fremtid når Fritt behandlingsvalg avvikles, Isachsen, Dagens Medisin 02.02.22.
46 Wecare har overtatt LHL-klinikken, Kari Pedersen, Bergens Tidende, 25.04.22.
47 Politisk risiko, Linn Herning, Klassekampen 10.8.2021.
48 Financial information The Norlandia Health & Care Group AS (NHC Group), hentet fra nettet 15.03.23.
49 Notat: Avlyser Velferdstjenesteutredningen debatten om velferdsprofitt?, For velferdsstaten 24.08.22.
50 Granskning: Så kopplas politiken och skolkoncernerna i hop, Skolvärlden, Mikael Bergling, 27.10.22.
51 Han er forkastelig og umoralsk, Dagbladet 31.07.2010.
52 Privat helse – et gode eller et onde? Kruse Larsen 30.04.21.
Notat: Avlyser Velferdstjenesteutredningen debatten om velferdsprofitt? For velferdsstaten Notat 3: 2021.
53 Karita Bekkemellem blir permanent administrerende direktør i NHO Geneo, NHO Geneo.
54 Board of directors, Humana Group (hentet fra nettet 3.10.22 og 23.5.23)
55 Tidligere Ap-statsråd: – Sjokkert over Støres tale, VG 05.05.23.
56 Statsministerens tale på landsmøtet i Arbeiderpartiet 04.05.23, regjeringen.no.

Noter kapittel 7

1 Granavoldenplattformen, for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti 17.01.19, s.49.
2 Konkurranseutsatte sykehjem i Norge, For velferdsstaten Notat 1:2012, Linn Herning.
3 Tallene i denne delen er For velferdsstatens eget arbeid. Noe er gjengitt i kommentaren Tilbake på anbud, publisert i Klassekampen 23.05.23. Resten av materialet er ved utgivelse av denne rapporten under utarbeiding og vil bli å finne på For velferdsstatens sider.
4 Oslo-sykehjem solgt til skatteparadis, Dagens Næringsliv, 21.11.22, Oterholm, Sæter, Gjernes, Bakken.
5 Svenske avisa ECT 19.6.20, gjengitt i sin helhet med godkjenning på For velferdsstatens nettsider.
6 Oksenøya sykehjem åpnet, Bærum kommune, 16.03.23.
7 Velferd uten profitt, Ida Wangberg, Linn Herning og Annika Sander. Manifest 2019.

Noter kapittel 8

1 Oslo-budsjettet 2022: Byrådet setter punktum for kommersielle aktører i sykehjemmene.
2 Private aktører i velferdsstaten - Velferdstjenesteutvalget, NOU 2020:13, 01.12.2020, s. 287 (heretter: NOU 2020:13).
3 The Care Crisis, Emma Dowling, Verso 2022, s. 13.
4 Ibid., s. 2.
5 Innleid og underbetalt, undercover i et arbeidsliv uten rettigheter, James Bloodworth, Res Publica 2019, s. 84.
6 Workers stage largest strike in history of Britain's health service, Reuters 06.02.23.
7 Helsekrise i Storbritannia, Fagforeningstopp har ett råd til Norge: Tvihold på de gode utdanningsordningene, Fagbladet, Rønnaug Jarlsbo, 31.01.23.
8 Jämförelse av privat och kommunalt driven äldreomsorg, Kommunal 07.03.2018.
9 Hva bør vi lære av Sverige? Svenske erfaringer med kommersiell velferd og markedsretting - med vekt på eldreomsorg, Cathrine S. Amundsen, For velferdsstaten mai 2019 s. 33.
10 Många timanställda i äldreomsorgen: "Ses som förbrukningsvara", Karl Martinsson, Arbetet 20.04.21.
11 Ibid.
Timavlönad (timanställd). Kommunal.se.

Noter kapittel 9

1 The crisis in long term care – effects of private provision, Public Services International (PSI), Karol Florek, februar 2022.
2 Större smitta på boenden med många timvikarier, Kommunal, 25.11.2020.
3 Forskeres råd til Koronakommisjonen: Mer heltid gir bedre smittevern på sykehjem, NRK, Peter Svaar, 09.04.21.
4 Statsforvalteren avdekket brudd etter tilsyn ved Villa Skaar Valstad, Statsforvalteren.no, 24.06.21.
5 Privatization and Covid 19: A Deadly Combination for Nursing Homes, Armstrong og Bourgeault, Reserach-Gate, juli 2020.
6 Why for-profit homes won't solve long-term care issues: Privatizing health services is a bad idea that just won't go away, The Conversation, Pat Armstrong og Marjorie Griffin Cohen, 02.01.23.
7 Ontario's for-profit nursing homes have 78% more COVID-19 deaths than non-profits, report finds, Toronto Star, 20.01.21.
Ontarios science table: https://covid19-sciencetable.ca/about/
8 Coronapandemien: Slik gikk det med dødeligheten i Norge og Sverige, VG, Bakken og Sfrintzeris, 23.03.23.
9 Jo, Sveriges coronastrategi var visst misslyckad, Arbetet, Martin Klepke, 14.03.23.
10 Ny statistik: Över 3 000 döda i covid-19 från äldreboenden, SVT Nyheter 26.11.20.
11 Covid-19 – en sjelden dødsårsak i sykehjem, Tidsskrift for den norske legeforening, Bård Reiakvam Kittang, 24.05.22.
12 Många timanställda i äldreomsorgen: "Ses som förbrukningsvara", Karl Martinsson, Arbetet 20.04.21.
13 Det som nu händer på våra äldreboenden är fasansfullt, Expressen, Lotta Gröning, 14.04.20.
14 Det här gäller för privat äldreomsorg, Hjort, Kommunalarbetaren 26.03.20.
15 Anställda: "Attendo ljög om vården under pandemin", Sveriges Radio, 28.04.2021.
Det illojala vårdbiträdet, Sveriges Radio, 28.04.2021.
16 «Det räcker inte med någon visselblåsare här och där», Alt om Arbetsmiljö, Jonas Fogelquist, 10.01.2021.
17 Stockholms stad förnyar inte avtal med Attendo, Kommunalarbetaren 20.10.2022.
18 Velferdsmiks utfordrer smittevernet, Agenda Magasin, Cathrine S. Amundsen For velferdsstaten, 19.05.2020.
Privat-offentlig samarbeid gir bedre smittevern, Agenda Magasin, Ingvild Kristiansen adm.dir. Stendi, Yngvar Tov Herbjørnssønn konsernsjef Norlandia Health & Care Group, Karolina Eriksson regionsjef i Attendo, 04.06.2020.
Eldreomsorg er uegnet som marked, Agenda Magasin, Cathrine S. Amundsen For velferdsstaten, 04.06.2020.

Noter kapittel 10

1 Private i velferden, Høyres nettside, 13.04.23.
2 Folkehelserapporten, Befolkningen i Norge, 24.10.22.
3 Færre private sykehjemsplasser, Statistisk sentralbyrå, SSB 01.11.21.
4 Nesten 2500 færre sykehjemsplasser de siste 8 årene, Aftenposten, Ruud, 11.05.22.
5 De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere, Sykepleien, 13.02.20.
6 Flere pasienter og færre senger, Statistisk sentralbyrå, SSB: 14.10.20.
7 Færre sykehussenger i Norge enn i Europa, Sykepleien, 20.11.2020.
8 Må slå ring rundt eldres rett til å komme på sykehus, Fysioterapeuten, 25.09.15.
9 De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere, Sykepleien, 13.02.20.
10 Reell samhandling forebygger reinnleggelse, Torgeir Bruun Wyller, Tidskrift for Den norske legeforening, 14.01.20.
11 Kraftig økning av pasienter som blir liggende på UNN: – Belastende, VG, Stoksvik 07.05.23.
12 Helsepersonellkommisjonen, Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, NOU 2023:4 s. 90.
13 Nästan en miljon övertidstimmar- så akut är personalkrisen i äldreomsorgen, Kommunalarbetaren 23.01.23, Gunnarson og Hjort.
14 Sykehusutvalget vil erstatte innsatsstyrt finansiering med rammefinansiering, Dagens Medisin, 27.03.23.
15 Foreslår radikal omlegging, Klassekampen, Hinna og Gullestad, 28.03.23.
16 The Privatization of Care, The Case of Nursing Homes, Armstrong og Armstrong (red), Routledge 2020.
17 Ibid., side 95.
18 Ibid., side 146.
19 NHO krev granskingar av kvaliteten på all omsorg i Noreg, Geir Bjarte Hjetland, NRK, 20.03.19.
20 The Privatization of Care, The Case of Nursing Homes, Armstrong og Armstrong (red), Routledge 2020, s. 150.
21 Ibid. s. 137.

Noter kapittel 11

1 Innleid og underbetalt, undercover i et arbeidsliv uten rettigheter, James Bloodworth, Res Publica 2019.
2 House Hearing Scrutinizes 'Horror' of Private Equity Investment in Nursing Homes, Skilled Nursing News, Alex Spanko, 25.03.21.
3 Oslo Høyre-profil får refs for eldre-kampanje: – Pinlig, flaut og krenkende, VG 11.04.23.
4 Høyre-nestleder Henrik Asheims tale til Høyres landsmøte 2022, Høyres nettsider.
5 Et eksempel blant mange: Velferdskampen: Kampen om de varme hendene, Bjørn-Kristian Svendsrud, jurist i Civita, Nettavisen 08.12.20.
6 Private aktører i velferdsstaten — Velferdstjenesteutvalget, NOU 2020:13, 01.12.2020, s. 424.
7 Barnehagene fikk 3,5 milliarder for mye tilskudd. Mener 1,4 milliarder til ny pensjon blir katastrofalt, Fri Fagbevegelse, Wangberg og Hagen, 27.10.22.