



RAPPORT

Vurdering av konsekvenser ved bruk av private helse- og omsorgstjenester i Narvik kommune



Foto: iStock (Hispanolistic)

Av Ole Magnus Stokke, Aljoscha Schöpfer, Embla Skurtveit, Erland Skogli og Simen Pedersen

Menon-publikasjon Nr. 26

2025

Forord

På oppdrag for Narvik kommune har Menon Economics kartlagt konsekvenser knyttet til en eventuell konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Analysen vurderer mulige virkninger for kommunens økonomi, tjenestekvaliteten for brukerne og konsekvenser for de ansatte i tjenestene. Rapporten baserer seg på en litteraturgjennomgang, samt kvantitative og kvalitative analyser, og gir et helhetlig bilde av de potensielle virkningene ved en eventuell konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Erland Skogli har vært ansvarlig partner for prosjektet, mens Ole Magnus Stokke har vært prosjektleder. Aljoscha Schöpher og Embla Skurtveit har vært prosjektmedarbeidere, mens Simen Pedersen har vært kvalitetssikrer.

Vi takker Narvik kommune for et spennende oppdrag.

Menon står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Januar 2025

Erland Skogli
Prosjektansvarlig
Menon Economics

Januar 2025

Ole Magnus Stokke
Prosjektleder
Menon Economics

Om Menon Economics

Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et konsulentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt.

Les mer om vårt arbeid på menon.no.

Innhold

Sammendrag	4
Innledning	6
Bakgrunn for oppdraget	6
Formål med denne utredningen	6
Metode og datakilder	7
Avgrensninger	7
Rapportens oppbygning	8
1 Overordnet om konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester	9
1.1 Ulike former for privatisering i helse- og omsorgstjenester	9
1.2 Fokus for analysen: Konkurranseutsetting av utvalgte tjenestemråder	10
1.3 Offentlig-privat organisering i Norge og internasjonalt	10
1.4 Relevante konsekvenser ved konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester	11
2 Litteraturgjennomgang av konsekvenser knyttet til konkurranseutsetting	12
2.1 Økonomisk teori og insentiver	12
2.2 Konsekvenser for kvalitet i tjenestene	13
2.3 Konsekvenser for kostnadseffektivitet	14
2.4 Konsekvenser knyttet til ansatte og arbeidsforhold	16
3 Presentasjon av utvalgte helse- og omsorgstjenester i Narvik kommune	19
3.1 Heldøgns institusjonsplasser	19
3.2 Hjemmebaserte tjenester	22
3.3 Tjenester for utviklingshemmede	24
4 Ressursbruk knyttet til helse- og omsorg i dag og i årene fremover	27
4.1 Oversikt over samlet ressursbruk	27
4.2 Ressursbruk til helse og omsorg i Narvik sammenlignet med andre kommuner	28
4.3 Utvikling i ressursbruk til helse og omsorg i Narvik	29
4.4 Utvikling og utfordringer i årene fremover	30
4.5 Vurdering av status og utfordringer for helse- og omsorg i Narvik	32
5 Analyse av kostnadseffektivitet	34
5.1 Analyse av kostnadseffektivisering knyttet til konkurranseutsetting	34
5.2 Økonometrisk analyse av kostnadsnivået i helse- og omsorg i Narvik	36
6 Forklaringer på høyt kostnadsnivå	38
6.1 Tilgang på helsepersonell	38
6.2 Oppgavedeling	40
6.3 Organisering og turnusplaner	41
6.4 Kultur og handlingsmønstre	42
6.5 Små og ineffektive enheter	42
7 Vurdering av konsekvenser ved konkurranseutsetting	44
7.1 Situasjonen i Narvik	44
7.2 Konkurranseutsetting som tiltak for mer effektive helse- og omsorgstjenester	45
7.3 Helhetlig vurdering og anbefaling	46
8 Referanser	48

Sammendrag

Denne utredningen kartlegger mulige konsekvenser ved en eventuell konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i Narvik kommune. Formålet er å gi et objektivt og faglig forankret grunnlag for å vurdere hvordan konkurranseutsetting kan påvirke kommunens økonomi, tjenestekvalitet og ansattes arbeids- og lønnsvilkår. Arbeidet bygger på en bred litteraturgjennomgang, intervjuer med helseledere i Narvik og andre kommuner, samt analyser av økonomiske data og statistikk.

Demografisk utvikling og økende behov

Narvik står overfor en krevende demografisk utvikling, med en forventet nedgang i antall innbyggere i arbeidsfør alder og en sterk vekst i antall eldre. Utviklingen skaper et dobbelt press: økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester kombinert med redusert tilgang på arbeidskraft. Utfordringene forsterkes av et allerede høyt utgiftsnivå i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med mange andre kommuner.

For å kunne opprettholde kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til kommunens innbyggere, og samtidig sikre at ressursbruken ikke i uforholdsmessig stor grad fortrenger viktige tjenester som skole, barnehage og øvrige kommunale oppgaver, er det viktig å «snu alle steiner» for å finne smartere måter å organisere tjenestetilbudet.

Ineffektivitet i helse- og omsorgstjenesten koster 120 – 130 millioner kroner årlig

Kostnadseffektivitet handler om hvorvidt et gitt resultat oppnås med lavest mulig ressursbruk. I helse- og omsorgssektoren betyr dette å levere tjenester med en bestemt standard til lavest mulig kostnad.

Våre analyser viser at Narvik kommune har en vesentlig høyere ressursbruk på helse- og omsorgstjenester enn andre kommuner det er naturlig å sammenlikne med. Når vi sammenlikner med andre kommuner og kontrollerer for faktorer som antall innbyggere, alderssammensetning, helsetilstand og spredt bosetting finner vi at Narvik har en kostnad per innbygger som ligger om lag 6 000 kroner høyere enn forventning. Med om lag 21 500 innbyggere tilsier dette en merkostnad på 120 – 130 mill. kr i året, der lavere kostnadseffektivitet enn andre kommuner fremstår som den viktigste forklaringen. Forhold knyttet til Narviks demografi og geografi er hensyntatt i beregningen.

Intervjuer med sektorlederne i helse- og omsorgstjenesten i Narvik har avdekket flere utfordringer som kan bidra til å forklare hvorfor Narvik har lav kostnadseffektivitet sammenlignet med andre kommuner, inkludert ineffektiv oppgavedeling, mangel på helsepersonell/rekrutteringsutfordringer. De opplever det som en utfordring at ineffektive vaner har fått utvikle seg ukorrigert over tid, noe som har sementert seg i en kultur som er krevende å omstille. Sektorlederne beskriver at dersom de kunne starte med «blanke ark» og designe tjenestene fra bunnen av, ville organiseringen vært betydelig annerledes enn dagens struktur.

Generelt små forskjeller mellom kommunal og privat drift, men konkurranseutsetting kan være relevant i Narvik

Konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i kommunene er som oftest motivert av ønsket om høyere kostnadseffektivitet. Samtidig er det viktig å se helheten, der eventuelle kostnadsbesparelser sees i sammenheng med konsekvenser for kvaliteten i tjenestene som ytes, de ansattes arbeidsforhold og -betingelser og andre relevante virkninger.

Litteraturgjennomgangen viser at konkurranseutsetting generelt ikke er forbundet med betydelige forskjeller sammenlignet med kommunal drift på et overordnet nivå. Dette gjelder både når det kommer til kostnadseffektivitet, tjenestekvalitet og ansattes arbeids- og lønnsbetingelser. Likevel finnes det eksempler, både positive og negative, som fremhever spesifikke erfaringer med konkurranseutsetting. På aggregert nivå ser det imidlertid ut til at forskjellene i stor grad utjevnes, og det er vanskelig å identifisere tydelige strukturelle forskjeller.

Selv om verken litteraturgjennomgangen eller våre analyser avdekker klare fordeler eller ulemper ved konkurranseutsetting, kan tiltaket likevel være relevant i Narvik, gitt kommunens særskilte utfordringer. Narviks helse- og omsorgstjenester er preget av lav kostnadseffektivitet sammenlignet med andre kommuner, og konkurranseutsetting kan bidra til å bryte opp ineffektive strukturer og rutiner som har blitt etablert over tid.

Ved å introdusere private aktører kan kommunen dra nytte av deres potensiale for innovasjon, fleksibilitet og evne til å gjennomføre omstillinger raskere enn det som ofte er mulig i offentlig sektor. Konkurranseutsetting kan derfor fungere som et verktøy for å realisere nødvendige forbedringer på en målrettet og effektiv måte, særlig dersom de eksisterende interne prosessene ikke i tilstrekkelig grad klarer å møte de organisatoriske og økonomiske utfordringene.

Mulige kostnadsbesparelser

Selv om ineffektivitet i dagens helse- og omsorgstjenester i Narvik fører til merknader på 120–130 millioner kroner årlig, er det viktig å understreke at ikke alle disse kostnadene kan elimineres gjennom konkurranseutsetting alene. Våre beregninger antyder at konkurranseutsetting av utvalgte tjenester realistisk sett kan gi årlige besparelser på mellom 20 og 70 millioner kroner, avhengig av hvilke tjenester som inkluderes og hvordan det organiseres og implementeres.

Dette forutsetter en godt gjennomført prosess, med fokus på å utforme og følge opp avtaler på en effektiv måte. Samtidig må det understrekes at konkurranseutsetting kan være ressurskrevende og innebære utfordringer knyttet til implementering og oppfølging.

Vi har ikke i denne analysen grunnlag for å gi konkrete anbefalinger om hvilke tjenester som er mest eller minst egnet for konkurranseutsetting. En grundigere vurdering av de enkelte tjenesteområdene er nødvendig før en eventuell implementering.

Litteraturgjennomgangen og erfaringer fra andre kommuner gir ikke grunnlag for å konkludere med vesentlige positive eller negative konsekvenser for brukere eller ansatte som følge av konkurranseutsetting. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at utilsiktede konsekvenser kan oppstå. I en eventuell overgang til privat drift bør Narvik kommune derfor prioritere en åpen og god dialog med berørte parter, inkludert ansatte, brukere og deres pårørende. For å sikre at konkurranseutsetting gir ønskede resultater uten å gå på bekostning av kvalitet eller arbeidsforhold, bør kvalitet og ansattes arbeids- og lønnsbetingelser vektlegges tydelig i anbudsprosessen og valg av leverandør.

Konkurranseutsetting er kun ett av flere mulige tiltak for å oppnå en mer kostnadseffektiv helse- og omsorgstjeneste. Det er viktig å presisere at vi ikke har vurdert alternative tiltak som kan være relevante, og vi utelukker derfor ikke at andre tilnærminger kan vise seg bedre egnet til å forbedre kostnadseffektiviteten i tjenestene.

Innledning

Dette kapittelet introduserer formålet med rapporten, som er å vurdere konkurranseutsetting som et mulig tiltak for å øke kostnadseffektiviteten i helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune. Kapittelet gir en oversikt over bakgrunnen for analysen, metodene som er benyttet, og rapportens struktur.

Bakgrunn for oppdraget

Kommunene i Norge står overfor økende utfordringer knyttet til å levere et bærekraftig og kvalitetsmessig godt tilbud av helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. En rekke utredninger de siste årene har dokumentert et utfordringsbilde preget av en demografisk utvikling der andelen eldre med omsorgsbehov øker, mens antallet personer i arbeidsfør alder som kan levere disse tjenestene, avtar. Denne utviklingen fører til at tilgangen på kvalifisert helsepersonell blir en stadig knappere ressurs, samtidig som presset på allerede anstrengte kommuneøkonomier intensiveres.

Narvik kommune er ikke unntatt fra dette overordnede bildet. Kommunen har over tid opplevd en negativ demografisk utvikling, og befolkningsfremskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) indikerer en videre reduksjon i folketallet kombinert med en økende andel eldre. Per i dag bruker Narvik kommune en relativt høy andel av sine frie inntekter på helse- og omsorgstjenester, og ressursbruken har ligget over nivået i sammenlignbare kommuner over tid. Dette kan tyde på et potensial for at oppgavene kan løses mer effektivt.

For å kunne opprettholde god kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester i årene fremover – uten at dette skal gå uforholdsmessig utover andre kommunale oppgaver – er det nødvendig med omstilling. Dette innebærer en kontinuerlig søken etter tiltak som sikrer kostnadseffektivitet og bærekraft, samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes eller forbedres.

Konkurranseutsetting fremstår som ett av flere mulige virkemidler for å møte disse utfordringene. Dette tiltaket kan potensielt bidra til en mer kostnadseffektiv organisering og leveranse av helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid avgjørende at en eventuell innsparing eller forbedring i kostnadseffektivitet ikke skjer på bekostning av kvalitet i tjenestene, arbeidsforhold eller andre forhold som kan medføre større ulemper enn fordeler.

Formål med denne utredningen

Formålet med denne utredningen er å belyse både positive og negative konsekvenser av konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i Narvik kommune. Utredningen skal danne grunnlaget for en helhetlig vurdering av hvorvidt fordelene ved konkurranseutsetting oppveier ulempene, basert på et saklig og bredt kunnskapsgrunnlag.

Denne utredningen fokuserer på konkurranseutsetting av tre utvalgte områder innenfor helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune:

- Heldøgns institusjonsplasser
- Hjemmebaserte tjenester
- Tjenester for utviklingshemmede

Gjennom utredningen kartlegges konsekvenser knyttet til en eventuell konkurranseutsetting av disse tjenestene. Kartleggingen inkluderer en vurdering av hvordan konkurranseutsetting vil påvirke ulike aktørgrupper som berøres direkte eller indirekte av slike tiltak. Disse aktørgruppene inkluderer:

- **Kommunen:** Fokus på mulige økonomiske besparelser, effektiviseringer og konsekvenser for kommunens styring og kontroll over helse- og omsorgstjenestene.
- **Ansatte:** Vurdering av konsekvenser for arbeidsforhold, ansettelsesvilkår og arbeidsmiljø for ansatte i de aktuelle tjenestene.
- **Brukerne:** Fokus på tjenestenes tilgjengelighet, pasientsikkerhet, kontinuitet, kvalitet og brukertilfredshet.

Metode og datakilder

Utredningen bygger på informasjon fra flere kilder for å kartlegge konsekvensene av en eventuell konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i Narvik kommune. Følgende datakilder og metoder ligger til grunn:

- **Fag- og forskningslitteratur:** Norsk og internasjonal forskningslitteratur, samt annen relevant faglitteratur, er benyttet for å belyse konsekvenser av konkurranseutsetting. Dette inkluderer teoretiske perspektiver som økonomiske insentiver og kontraktsteori, samt empiriske erfaringer fra privatisering og konkurranseutsetting av helsetjenester. Litteraturgjennomgangen er ikke en systematisk kunnskapsoppsummering, men en målrettet samling av relevant forskning og erfaringer som er mest mulig overførbare til Narvik kommunes situasjon.
- **Intervjuer:** Det er gjennomført intervjuer med ledere i helse- og omsorgstjenesten i Narvik og andre kommuner. Disse gir en kvalitativ innsikt i de lokale utfordringene knyttet til dagens drift, samt vurderinger av hvorvidt konkurranseutsetting kan være et egnet tiltak for å møte disse utfordringene.
- **Statistikk og økonomiske analyser:** Et omfattende datamateriale er samlet inn for å vurdere kostnadseffektiviteten i helse- og omsorgstjenestene i Narvik sammenlignet med andre norske kommuner. Videre er det gjennomført økonometriske analyser for å studere potensialet for effektivisering i kommunen. Analysene inkluderer en vurdering av hvorvidt konkurranseutsetting er forbundet med lavere kostnader eller økt effektivitet i helse- og omsorgstjenestene.

Utredningen kombinerer kvalitative og kvantitative tilnærminger for å gi en helhetlig vurdering av konsekvensene ved konkurranseutsetting. Dette innebærer en integrert analyse der funn fra forskningslitteraturen, intervjuer og statistiske analyser sees i sammenheng. Fokus rettes mot å belyse hvordan ulike aktører og grupper – inkludert kommunen, ansatte og brukere – kan påvirkes av en eventuell konkurranseutsetting av tjenestene.

Avgrensninger

Denne utredningen er underlagt enkelte forbehold. For det første er det knyttet usikkerhet til analysen, da den bygger på tilgjengelig datagrunnlag som kan være ufullstendig. Funn fra forskningslitteraturen og andre kommuner er heller ikke nødvendigvis direkte overførbare til Narvik, og lokale forhold kan føre til avvik i faktiske konsekvenser.

For det andre er utredningen begrenset til å vurdere konkurranseutsetting som ett tiltak for å forbedre kostnadseffektiviteten i helse- og omsorgstjenestene. Det kan finnes andre tiltak som gir bedre

resultater, men disse er ikke vurdert her. I tråd med utredningsinstruksen bør en helhetlig prosess også omfatte en sammenligning av ulike tiltak, noe som ligger utenfor rammene for denne analysen.

Rapportens oppbygning

Utredningen er strukturert i tre hoveddeler:

Den første delen er en kunnskapsoppsummering om konsekvenser ved bruk av private aktører i helse- og omsorgstjenester. Her presenteres en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning, norske utredninger og erfaringer fra andre kommuner. Kapittel 1 introduserer ulike former for privatisering, med en konkretisering av hvordan konkurranseutsetting skiller seg fra andre former. Kapittel 2 drøfter potensielle konsekvenser ved konkurranseutsetting, basert på nasjonal og internasjonal litteratur.

Den andre delen analyserer potensialet for konkurranseutsetting som et kostnadsbesparende tiltak i Narvik kommune. Kapittel 3 gir en beskrivelse av utvalgte helse- og omsorgstjenester, mens kapittel 4 kartlegger ressursbruk og diskuterer forventet utvikling i behov og utgifter fremover. Kapittel 5 inneholder en økonomisk analyse av ressursbruken i Narvik, med fokus på kostnadseffektivitet, og kapittel 6 gjennomgår kvalitativt mulige årsaker til at Narvik har relativt høye helse- og omsorgsutgifter.

Den tredje og siste delen består av en helhetlig vurdering. I kapittel 7 sammenstilles informasjonen og analysene fra de foregående delene. Her vurderes fordeler og ulemper ved konkurranseutsetting, samt mulige konsekvenser for ulike aktørgrupper i Narvik kommune.

1 Overordnet om konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester

Konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester er et sentralt tema i diskusjonen om organisering og finansiering av offentlig velferd. Dette kapittelet avklarer hva konkurranseutsetting innebærer og hvordan det skiller seg fra andre former for privatisering. Vi utforsker de ulike modellene for organisering, med særlig fokus på konkurranseutsetting som en offentlig finansiert, men privat utført tjenestemodell.

1.1 Ulike former for privatisering i helse- og omsorgstjenester

Privatisering kan forstås langs to dimensjoner:

- **Finansiering:** Hvem som betaler for tjenestene – det offentlige eller private aktører (f.eks. pasienter eller forsikringsselskaper).
- **Utførelse:** Hvem som leverer tjenestene – offentlige eller private aktører.

Ved å kombinere disse dimensjonene får vi fire hovedmodeller for organisering av helse- og omsorgstjenester:

Figur 1-1: Modeller for offentlig-privat organisering av helsetjenester.

		Utførelse	
		Offentlig	Privat
Finansiering	Offentlig	1. Tradisjonell offentlig modell	2. Konkurranseutsetting
	Privat	3. Betalt offentlig tjeneste	4. Full privatisering

1. **Tradisjonell offentlig modell:** Tjenestene både finansieres og leveres av det offentlige. Dette er den dominerende modellen i Norge.
2. **Konkurranseutsetting:** Tjenestene finansieres av det offentlige, men leveres av private aktører etter anbudsprosesser eller kontrakter.
3. **Betalt offentlig tjeneste:** Tjenester leveres av offentlige aktører, men finansieres helt eller delvis av private midler, for eksempel gjennom egenandeler eller forsikringsordninger.
4. **Full privat finansiering:** Tjenestene både finansieres og leveres av private aktører. Dette er vanlig i markedsorienterte systemer, men sjeldent i Norge.

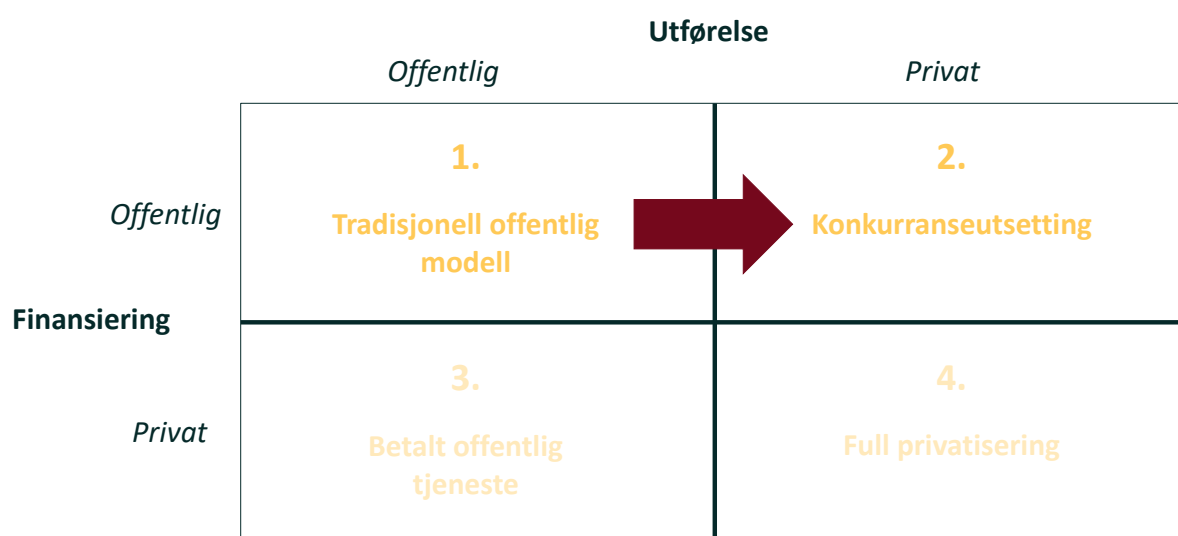
Disse kategoriene gir en analytisk ramme for å forstå hvordan helsetjenester organiseres, og hvilke konsekvenser ulike modeller kan ha.

1.2 Fokus for analysen: Konkurransetsetting av utvalgte tjenesteområder

Denne rapporten fokuserer på konsekvensene av å gå fra en tradisjonell offentlig modell til konkurransetsetting av følgende tjenester i Narvik:

- Heldøgns institusjonsplasser
- Hjemmebaserte tjenester
- Tjenester for utviklingshemmede

Figur 1-2: Overgang fra tradisjonell offentlig modell til konkurransetsetting i Narvik.



Analysen vil konsentrere seg om fordeler og ulemper ved konkurransetsetting sammenlignet med en tradisjonell offentlig modell. For å sikre relevans vil vi fokusere på erfaringer fra andre kommuner og forskningslitteratur som har høyest mulig overføringsverdi til de aktuelle tjenesteområdene i Narvik.

1.3 Offentlig-privat organisering i Norge og internasjonalt

Selv om rammeverket definerer og beskriver klart avgrensede kategorier, er det ofte glidende overganger mellom modellene i praksis. For eksempel kan en tjeneste som er offentlig finansiert ha innslag av private betalinger, eller en konkurranseutsatt tjeneste kan ha ulik grad av offentlig kontroll.

Internasjonalt finnes det et bredt spekter av organisasjonsmodeller, fra sterkt markedsorienterte systemer til helhetlig offentlige systemer. I Norge er tradisjonell offentlig organisering fremdeles normen for de fleste helse- og omsorgstjenester, med noen unntak, som i Oslo og enkelte andre kommuner som har erfaring med konkurransetsetting.

Når vi vurderer erfaringer fra forskningslitteratur og andre kommuner, må vi kritisk vurdere hvilken form for privatisering som omtales og hvilken overføringsverdi dette har for Narvik. Analysen må ta hensyn til de spesifikke forutsetningene i kommunen og hvilke målsetninger privatiseringen skal oppnå.

1.4 Relevante konsekvenser ved konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester

Konkurranseutsetting innebærer at offentlige myndigheter fortsatt står for finansieringen av tjenestene, men at private aktører leverer tjenestene basert på anbudsprosesser eller kontrakter. Dette skiller seg tydelig fra andre former for privatisering der både finansiering og utførelse kan overlates til private aktører, og hvor tilgang til tjenestene kan bli påvirket av individuelle økonomi og drive frem en todeling i tjenestetilbudet.

Ettersom konkurranseutsetting opprettholder prinsippet om offentlig finansiering, er mange av de bekymringene som ofte knyttes til «privatisering» mindre relevante i denne konteksten. For eksempel vil ikke konkurranseutsetting føre til ulik tilgang til helse- og omsorgstjenester basert på inntekt eller privat betalingsvilje. Tjenestene vil fortsatt være tilgjengelige for alle innbyggere i henhold til vedtak, behovsvurderinger og nasjonale retningslinjer.

De mest relevante konsekvensene av konkurranseutsetting handler derfor om kvalitet, kostnadseffektivitet, styring og kontroll – samt hvordan en slik modell påvirker de ansatte:

- **Kvalitet:** Konkurranseutsetting kan bidra til økt kvalitet dersom private aktører introduserer innovasjon, spesialisering og fleksibilitet. Samtidig krever det at kommunen setter tydelige krav til kvalitet i anbudsprosessene. Dårlig utformede kravspesifikasjoner eller svak kontraktsoppfølging kan føre til uønskede variasjoner i kvaliteten. Ansattes fagkompetanse og nærhet til brukerne er ofte en nøkkelfaktor for kvaliteten, og det er avgjørende at disse ivaretas i en overgang til konkurranseutsetting.
- **Kostnadseffektivitet:** Konkurranseutsetting kan potensielt gi lavere kostnader for kommunen ved at private aktører utnytter ressurser mer effektivt og bidrar til økt konkurranse. Samtidig kan transaksjonskostnader knyttet til administrasjon av anbud, oppfølging og tilsyn redusere de økonomiske gevinstene. En mulig utfordring kan være at aktørene reduserer kostnader ved å endre arbeidsvilkår for ansatte, noe som kan påvirke både ansattes motivasjon og kvaliteten på tjenestene.
- **Styring og kontroll:** Når private aktører står for tjenesteproduksjonen, må kommunen sikre robuste systemer for oppfølging og tilsyn for å sikre at leverandørene oppfyller kravene. Dette inkluderer kontroll med at brukernes behov blir ivaretatt, men også at ansatte får tilstrekkelige arbeidsvilkår som gir forutsigbarhet og trygghet. Redusert kommunal kontroll over den daglige driften kan bli en utfordring dersom styringsmekanismene ikke er tilstrekkelig gjennomtenkt.
- **Konsekvenser for ansatte:** Konkurranseutsetting kan ha innvirkning på de ansatte i tjenestene. Dette inkluderer endringer i arbeidsvilkår, som lønn, pensjon og arbeidstid, men også hvordan arbeidsmiljøet og relasjonen mellom ansatte og brukere påvirkes. For mange ansatte i helse- og omsorgssektoren er nærhet til brukerne og faglig autonomi sentrale motivasjonsfaktorer.

Oppsummert er konkurranseutsetting en modell som sikrer fortsatt universell tilgang til helse- og omsorgstjenester, samtidig som den introduserer nye mekanismer for tjenesteproduksjon. De relevante konsekvensene handler om hvordan modellen påvirker kvalitet, kostnadseffektivitet, styring, og ikke minst de ansatte som står for den daglige tjenesteytingen. Disse temaene vil bli grundigere analysert i de påfølgende kapitlene.

2 Litteraturgjennomgang av konsekvenser knyttet til konkurranseutsetting

Dette kapittelet presenterer vår litteraturgjennomgang knyttet til kjente konsekvenser knyttet til konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester.

2.1 Økonomisk teori og insentiver

I NOU 2020: 13 «Private aktører i velferdsstaten» beskrives det relevante teoretiske rammeverket for hvordan det offentlige kan løse sine oppgaver i velferdssektoren samfunnsøkonomisk effektivt. Utvalget sammenligner valget mellom offentlig egenproduksjon og kjøp av tjenester fra private aktører med lignende vurderinger som private bedrifter gjør i sin produksjonsplanlegging. Et sentralt element her er kostnadene knyttet til å inngå og håndheve kontrakter, de såkalte transaksjonskostnadene.

Disse problemstillingene er bredt behandlet i økonomisk litteratur, med prinsipal-agent-teorien som en sentral tilnærming. Ifølge Laffont & Martimort (2001) handler denne teorien om forholdet mellom en prinsipal (for eksempel det offentlige) og en agent (den private leverandøren).¹ Utfordringen oppstår når prinsipalen ikke kan observere eller kontrollere agentens handlinger fullt ut, noe som skaper asymmetrisk informasjon og uønskede insentiver. Teorien understreker at godt utformede kontrakter kan fremme effektivisering, innovasjon og fleksibilitet i tjenesteleveransen, samtidig som brukertilfredshet og valgfrihet øker.

I praksis er kontrakter mellom det offentlige og private aktører ofte «ufullstendige», noe som innebærer at ikke alle eventualiteter kan forutsees og reguleres på forhånd. Dette gir leverandøren handlingsrom til å redusere kostnader på måter som kan gå utover kvaliteten på tjenesten eller arbeidsforholdene for de ansatte. Omfanget av slike problemer avhenger av hvor komplekse tjenestene er, hvor vanskelig det er å måle og etterprøve kvaliteten, samt graden av asymmetrisk informasjon mellom partene.

Hart, Shleifer & Vishny (1997) undersøker hvilke situasjoner som egner seg for konkurranseutsetting og når offentlig egenproduksjon er å foretrekke.² De argumenterer for at det offentlige bør levere tjenester selv når ikke-kontraktuelle kostnadsreduksjoner kan ha alvorlige negative konsekvenser for kvaliteten, eller når innovasjon i kvalitet ikke er vesentlig. På den andre siden er konkurranseutsetting mer hensiktsmessig når kostnadsreduksjoner som påvirker kvalitet kan kontrolleres gjennom kontrakter eller konkurranse, eller når effektivisering hindres av sterke fagforeninger eller andre strukturelle barrierer.

Basert på disse prinsippene trekker de frem tjenester som politi, militære og fengselsvesen som dårlig egnet for konkurranseutsetting, mens områder som søppelinnsamling og skolevesen er bedre egnet. For helsetjenester fremheves kompleksiteten i vurderingene, der faktorer som konkurranse, regulering og kontraktsutforming må veies nøye i hvert enkelt tilfelle.

NOU 2020: 13 fremhever også potensielle gevinster ved bruk av private aktører. Ressursbasert teori påpeker at private aktører kan ha konkurransefortrinn som skyldes effektiv organisering, sjeldne ressurser eller bedre insentiver for kostnadseffektivitet. Private aktører kan produsere mer effektivt under markedets disiplinerende mekanismer og eksplisitte lønnsomhetskrav. Samtidig kan

¹ Laffont & Martimort (2001). [The Theory of Incentives I: The Principal-Agent Model](#).

² Hart, Shleifer & Vishny (1997). [The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons](#).

konkurranse fra private gi en disiplinerende effekt på det offentlige egenproduksjon, og utkontraktering kan bidra til økt fleksibilitet ved akutte behov.

Oppsummert viser økonomisk teori at konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester har både styrker og svakheter. Tjenester som er komplekse, og der det er utfordrende å definere, måle og følge opp kvalitetskrav, er generelt mindre egnet for konkurranseutsetting. Derimot kan enklere og mindre komplekse tjenester, med tydelig definerbare kvalitetskrav, i større grad dra nytte av effektivitetspotensialet som konkurranseutsetting kan gi. Disse innsiktene danner et viktig teoretisk grunnlag for å vurdere de empiriske konsekvensene som diskuteres i de kommende kapitlene.

2.2 Konsekvenser for kvalitet i tjenestene

En nylig publisert studie i *The Lancet* presenterer en omfattende litteraturgjennomgang av forskning på konsekvenser for kvalitet som følge av økt privat finansiering av helsetjenester i høyinntektsland.³ Studien fokuserer på reformer som introduserte økt privat finansiering flere tiår tilbake. Funnene viser at sykehus som skifter fra offentlig til privat eierskap produserer høyere økonomiske overskudd enn offentlige sykehus, noe som delvis forklares av seleksjon i pasientinntaket og reduksjon i antall ansatte. Samtidig rapporteres det at privatisering er assosiert med forverrede helseutfall for pasientene. Lignende resultater er også observert i forbindelse med konkurranseutsetting innenfor den offentlige helsetjenesten NHS i England.⁴

Selv om *Lancet*-studien belyser viktige problemstillinger som samsvarer med økonomisk teori, har den begrenset relevans for vurdering av konsekvenser ved konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i en norsk kommunal kontekst. Dette skyldes primært at studien fokuserer på sykehussektoren og privat finansiering, mens konkurranseutsetting i norske kommuner i hovedsak handler om privat drift innenfor rammene av offentlig finansiering.

En svensk studie fra eldreomsorgen gir derimot mer relevant innsikt.⁵ Studien analyserer data fra 276 av 290 svenske kommuner gjennom perioden fra 1990 til 2009, og undersøker hvordan åpning for konkurranseutsetting til private aktører påvirker dødelighetsratene – en sentral kvalitetsindikator som det er vanskelig å kontraktsfeste. Resultatene indikerer at konkurranseutsettingen er forbundet med forbedret kvalitet på ikke-kontraktsfestede kvalitetsindikatorer, målt ved lavere dødelighetsrater. Det er interessant at de private skiller seg ut positivt på en viktig kvalitetsindikator, som det er vanskelig å kontraktsfeste, og at dette underbygges av et omfattende datamateriale. Funnene fra denne ene studien tyder, isolert sett, på at privat drift er assosiert med høyere kvalitet i svenske sykehjem.

Andre svenske studier tyder på at kvaliteten i private sykehjem må sees i sammenheng med driftsform. I en studie av 2 639 ikke-kommunale sykehjem for perioden 2012 til 2019, undersøker forskerne kvalitetsforskjeller mellom kommersielle og ideelle aktører.⁶ Forskerne kategoriserte sykehjemmene etter eierskapsstruktur i fire grupper: ideelle organisasjoner, private aksjeselskaper, børsnoterte selskaper og sykehjem eid av private equity-selskaper. Kvalitetsindikatorene de benyttet var bemanningstetthet, tilgang til sykepleiere, personalets utdanningsnivå, beboertilfredshet og hvor godt sykehjemmene har oppdatert sine handlingsplaner.

Resultatene viser at de ideelle aktørene har den høyeste bemanningstettheten, flest sykepleiere, de mest kompetente omsorgsarbeiderne med hensyn til utdanning og de mest fornøyde beboerne. Blant de

³ Goodair & Reeves (2024). [The effect of health-care privatization on the quality of care.](#)

⁴ Goodair & Reeves (2022). [Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation.](#)

⁵ Bergman et al. (2016). [Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden.](#)

⁶ Broms, et al. (2024). [Provider Ownership and Indicators of Service Quality: Evidence from Swedish Residential Care Homes](#)

kommersielle sykehjemmene var kvaliteten høyest på sykehjem drevet av private selskaper. Disse sykehjemmene kjennetegnes av høy bemanningstetthet, og personalet har generelt sett bedre utdanning enn på sykehjem drevet av børsnoterte selskaper eller private equity-fond.

En av forskerne bak den svenske studien, Rasmus Broms, uttaler at de kommunale sykehjemmene kvalitetsmessig ser ut til å plassere seg mellom de ideelle og de kommersielle selskapene, men understreker at de ikke har undersøkt de kommunale sykehjemmene i detalj.⁷ Han oppsummerer med at studien deres viser at ikke-kommunale organisasjoner kan levere velferdstjenester av høy kvalitet, men at det er betydelig variasjoner, noe som er viktig å vurdere når kommuner skal inngå avtaler om drift av sykehjem.

I en Fafo-rapport fra 2013, utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund (NSF), undersøkes konsekvenser av konkurranseutsetting i sykehjem og hjemmetjenester.⁸ Rapporten gjennomgår forskning fra Norge, Sverige og Danmark, i tillegg til å inkludere egne data og casestudier. Etter en gjennomgang av litteraturen konkluderer rapporten med at det ikke er dokumentert entydige forskjeller i kvalitet mellom tjenester levert av kommunale, private eller ideelle aktører. Enkelte studier viser bedre kvalitet i private virksomheter, mens andre finner det motsatte. Generelt sett er kvalitetsforskjellene små mellom de ulike driftsformene i de undersøkte studiene.

En særegenhet ved private aktører er bruken av såkalte *medleverordninger* og langturnuser. Selv om medleverforskriften gjelder for både private og offentlige institusjoner, viser undersøkelser at slike ordninger hovedsakelig benyttes i private virksomheter. Ifølge Arbeidstidsutvalgets rapport har alle evalueringer og undersøkelser av disse ordningene pekt i retning av klare positive erfaringer hos brukerne.⁹ Forklaringene ligger i hvordan arbeidstiden i medlevertturnus legger til rette for bedre relasjoner mellom ansatte og brukere, samtidig som lange vakter fremmer kontinuitet og stabilitet, noe som skaper trygghet og ro for brukerne.

Oppsummert viser gjennomgått litteratur på området ingen entydige forskjeller i kvalitet mellom kommunal og privat drift. Dette indikerer at kvalitet i tjenestene i stor grad kan sikres gjennom kontraktsfestede krav til private leverandører. Samtidig kan bruk av medlevertturnus gi private aktører et kvalitetsmessig fortrinn i tjenester der slike ordninger er relevante.

2.3 Konsekvenser for kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitet handler om hvorvidt et gitt resultat oppnås med lavest mulig ressursbruk. I helse- og omsorgssektoren betyr dette å levere tjenester av en gitt standard til lavest mulig kostnad. Spørsmålet om konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester bidrar til økt kostnadseffektivitet har blitt undersøkt i en rekke studier med varierende funn.

Fafo-rapporten fra 2013, utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund (NSF), vurderer kostnadseffektivitet ved konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester i Norge, Sverige og Danmark.¹⁰ Rapporten konkluderer med at konkurranseutsetting av sykehjem drift kan medføre økonomiske besparelser for kommunene. Samtidig problematiserer rapporten at mange av de gjennomgåtte studiene fokuserer på kostnader knyttet til drift av sykehjemmene isolert, uten å ta hensyn til transaksjonskostnader. Transaksjonskostnader omfatter utgifter knyttet til utarbeidelse av anbud, gjennomføring av

⁷ Göteborgs universitet | [Högst kvalitet på äldreboenden utan vinstkrav](#)

⁸ Gautun, Bogen & Grødem (2013) [Konsekvenser av konkurranseutsetting: Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester](#). Fafo

⁹ Arbeidstidsutvalget (2016): [Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet](#). NOU 2016: 1

¹⁰ Gautun, Bogen & Grødem (2013): [Konsekvenser av konkurranseutsetting: Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester](#). Fafo

konkurranser og oppfølging av private leverandører. Rapporten peker også på at studiene ikke tar høyde for kostnader relatert til kvalitetssikring og tilsyn med de private aktørene, noe som gjør det vanskelig å vurdere et helhetlig kostnadsbilde.

En annen problemstilling som reises i Fafo-rapporten er at lavere kostnader i private virksomheter kan være et resultat av dårligere lønns- og arbeidsvilkår for ansatte. Denne problematikken er viktig fordi den har potensielle implikasjoner for både arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenestene som leveres. På den andre siden nevnes det at kostnadseffektivisering kan være reell, basert på bedre ressursutnyttelse og høyere driftsfleksibilitet i private virksomheter.¹¹

I en utredning fra 2014, utført av Rambøll og Inventura på oppdrag for KS, ble det undersøkt det reelle innsparingspotensialet ved konkurranseutsetting av kommunale tjenester.¹² Studien fremhever at transaksjonskostnadene knyttet til helse- og omsorgssektoren ofte er betydelig høyere enn for anskaffelser av andre varer og tjenester. Tidsbruk per anskaffelse innen denne sektoren ble i gjennomsnitt anslått til 520 timer. Dette skyldes at anskaffelser innen helse- og omsorgssektoren oppfattes som svært komplekse og omfattende, både når det gjelder å utarbeide detaljerte og presise tjenestebeskrivelser og gjennomføre krevende evalueringer i anskaffelsesprosessen.

Til tross for de høye transaksjonskostnadene viser utredningen til et betydelig innsparingspotensial ved konkurranseutsetting, særlig knyttet til sykehjemsdrift. Erfaringer fra Oslo trekkes frem som et eksempel, hvor kostnadstall fra kommunen over flere år konsekvent har vist lavere kostnader ved konkurranseutsatt drift. Ifølge rapporten er en av de mest fremtredende årsakene til de økonomiske besparelsene lavere lønns- og pensjonskostnader for ansatte i private virksomheter sammenlignet med offentlige. Samtidig understrekes det at lønnsvilkår ikke er den eneste årsaken til besparelsene, men en vesentlig faktor som bidrar til de reduserte kostnadene.

Den svenske studien som analyserer data fra eldreomsorg i perioden 1990–2009, gir ytterligere innsikt.¹³ Studien undersøker primært kvalitet (dødelighetsrater), men ser også på effekten av konkurranseutsetting på kostnader for kommunene. Resultatene viser at private sykehjem er mer kostnadseffektive per beboer, men at det ikke er forskjeller i totale kostnader. Dette forklares ved at beboerne lever lenger på private sykehjem, noe som fører til at lavere driftskostnader per beboer oppveies av lengre oppholdstid. Funnene antyder at kostnadseffektiviteten kan forbedres uten at den totale økonomiske belastningen på kommunen nødvendigvis reduseres.

Bruken av medlevertturnus kan også være en medvirkende faktor til økt kostnadseffektivitet i private institusjoner. Arbeidstidsutvalget har dokumentert at evalueringer av medlevertturnus viser at denne ordningen er mindre kostnadskrevende enn tradisjonelle turnusordninger.¹⁴ Dette skyldes at institusjonene kan operere med færre ansatte, ettersom de som arbeider under medlevertturnus typisk har lengre vakter og høyere gjennomsnittlig arbeidstid enn ansatte som ikke omfattes av unntakene i medleverforskriften. Siden medleverordningen i stor grad benyttes av private virksomheter, kan dette bidra til lavere driftskostnader for private institusjoner sammenlignet med offentlige. I en analyse av barnevernsinstitusjoner fra 2017-18, skriver Fafo at dersom arbeidstiden i privat sektor skulle bli nedjustert til langturnuser som brukes ved offentlige institusjoner, ville det medført økte kostnader på 242 millioner kroner for kommersielle og 141 millioner kroner for ideelle institusjoner.¹⁵

¹¹ Peterson & Hjelmar (2012): Effekter av konkurrence om offentlige opgaver i Danmark og Sverige på eldre- og daginstitutionsområdet

¹² Rambøll og Inventura (2014): [Kostnader, besparelser og effektivisering ved konkurranse](#)

¹³ Bergman et al. (2016). [Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden](#).

¹⁴ Arbeidstidsutvalget (2016): [Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet](#). NOU 2016: 1

¹⁵ Avkommersialiseringsutvalget (2024). [Kommersielle og ideelle aktører rolle i fellesskapets velferdstjenester](#). NOU 2024:17

Funnene indikerer at konkurranseutsetting potensielt kan gi kostnadsbesparelser for kommunene, men at bildet er komplekst og avhenger av en rekke faktorer, inkludert transaksjonskostnader, arbeidsvilkår og kvalitet på tjenestene. Videre forskning og mer helhetlige analyser er nødvendige for å konkludere sikkert om konkurranseutsettingens innvirkning på kostnadseffektivitet i helse- og omsorgssektoren.

2.4 Konsekvenser knyttet til ansatte og arbeidsforhold

I diskusjonen om konkurranseutsetting og bruk av private aktører i velferdssektoren, er konsekvensene for ansattes lønns- og arbeidsvilkår blant de mest konfliktfylte temaene. I dette delkapittelet redegjør vi for hvordan konkurranseutsetting kan påvirke arbeidsforholdene for ansatte, med fokus på lønn, pensjon, arbeidstidsordninger og arbeidsmiljø. Vi trekker inn posisjoner fra arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, samt sentrale funn fra forskning og utredninger.

Posisjoner fra arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner

Fagforeningene har tradisjonelt vært kritiske til konkurranseutsetting, med argumenter om at det svekker ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsvilkår. Det hevdes også at konkurranseutsetting kan gå på bekostning av arbeidsmiljø og tariffestede rettigheter.¹⁶

På arbeidsgiversiden har KS fremhevet at lokalt selvstyre er viktig, og de har derfor ikke tatt en prinsipiell posisjon for eller imot konkurranseutsetting. NHO, som representerer flere private helseaktører, jobber derimot aktivt for å synliggjøre fordeler ved bruk av private aktører, inkludert fleksibilitet og potensialet for effektivisering.

Lønn og pensjon

I en lønnsammenligning fra 2019 undersøkte KS og NHO forskjeller mellom ansatte i private og kommunale sykehjem.^{17,18} Resultatene viste at:

- **Ufaglærte:** Private sykehjem hadde høyere lønn frem til fire års ansiennitet, mens kommunale sykehjem hadde høyere lønn fra 10 års ansiennitet.
- **Helsefagarbeidere:** Høyere lønn hos private i alle ansiennitetsgrupper med sammenlignbare tall. Forskjellen varierer fra 5 000 til 26 190 kroner forskjell i ulike ansiennitetsgrupper.
- **Sykepleiere:** For ansatte med 10 – 15 års ansiennitet er avtalt lønn i gjennomsnitt 55 450 kroner høyere hos private per årsverk, og 18 040 kroner for 16 års ansiennitet eller mer. De mangler sammenlignbare data for grupper med lavere ansiennitet. Hvis man inkluderer tillegg reduseres forskjellen i utbetalt mellom kommunal og privat til 34 320 kroner i favør privat for ansatte med 10-15 års ansiennitet, mens for gruppen med mer enn 16 års ansiennitet er utbetalt lønn høyest hos kommunale sykehjem med en forskjell på 4 490 kroner per årsverk.

I NOU 2020: 13 er det gjort en analyse av lønnsforskjeller mellom private og kommunale. Analysen viser at de private har lavere lønnsutgifter knyttet til driften, men at det ikke er systematiske forskjeller i lønnsnivået når man justerer for forhold som utdanning og ansiennitet. Blant annet finner de at innen hjemmesykepleie og sosialtjenester til eldre og funksjonshemmede uten botilbud, ligger lønnsandelen på litt under 90 prosent av offentlige virksomheters gjennomsnittlige lønnsnivå. Når det korrigeres for utdanningsnivå, blir forskjellene mindre og i noen tilfeller høyere hos private. De observerte

¹⁶ Se bl.a. [Fem grunner til at LO sier nei til konkurranse i velferden | LO og Nei til privatisering | NSF](#)

¹⁷ KS og NHO (2019): [Lønnsammenligning for ansatte i sykehjem - kommunalt og privat](#)

¹⁸ NHO Service og Handel (2019): [Lønnsammenligning for ansatte i sykehjem – kommunalt og privat](#)

lønnforskjellene på aggregert nivå, trenger derfor ikke å bety lavere individuelle lønninger, men kan også være et uttrykk for mer effektiv oppgavedeling hos private.

Fafo-rapporten fra 2013, på oppdrag for NSF, har også tatt for seg dette temaet og konsekvenser knyttet til konkurranseutsetting.¹⁹ De har undersøkt hvordan forhold som lønn, pensjon, jobbsikkerhet, trivsel og muligheter for kompetanseheving påvirkes når driften konkurranseutsettes. Deres intervjuer med ansatte i kommuneadministrasjonen viser at de ansattes pensjon kan bli dårligere ved overgang til privat virksomhet, ettersom de private leverandørene ofte tilbyr en dårligere pensjonsordning. Dette gjelder ikke for sykepleiere, som har en lovfestet rett til pensjon i KLP uavhengig av arbeidssted.

I en nyere Fafo-rapport fra 2019, som er utarbeidet på oppdrag for LO, konkluderer forfatterne med at de ser en tydelig tendens til at det økte innslaget av private velferdsløsninger bidrar til å presse ned lønns- og arbeidsvilkårene for de ansatte, særlig knyttet til fritt brukervalgordninger.²⁰

Jobbsikkerhet

I Fafo-rapporten fra 2013 intervju påpeker NSF at selv om lønn og pensjon kan være lik for sykepleiere hos private, bidrar konkurranseutsetting til utrygghet blant ansatte. Selv om enkelte informanter trakk frem at kommunale sykehjem kan oppleves som mer forutsigbare og trygge arbeidsplasser, trakk andre informanter frem at de private aktørene kan være flinkere til å åpne opp for nye ideer og arbeidsmåter ved sykehjemmene.

Arbeidstidsordninger og medlevertturnus

Ulike arbeidstidsordninger er et viktig skille mellom offentlig og privat drift. Bruk av medlevertturnus og andre langturnusordninger kan være en viktig forklaring på kostnadsforskjeller mellom offentlige, ideelle og private institusjoner.

Medleverforskriften åpner for unntak fra arbeidsmiljølovens alminnelige arbeidstidsregler for arbeid ved institusjoner hvor det er nødvendig at arbeidstaker oppholder seg sammenhengende i perioder på over ett døgn for å ivareta institusjonens særlige omsorgs- eller behandlingsoppgaver.²¹ Forskriften gjelder både for offentlige og private institusjoner, men undersøkelser viser at den i all hovedsak benyttes i private virksomheter.²²

I kommunale institusjoner er lignende arbeidstidsordninger etablert gjennom avtaler med innstillingsrett, og ikke fastsatt med hjemmel i forskriften. En viktig forskjell mellom de avtalefestede turnusene i det offentlige og ordningene i private institusjoner, som er basert på medleverforskriften, er at arbeidstidsordningene i det offentlige i mindre grad åpner for å utvide den gjennomsnittlige arbeidstiden.

Arbeidsretten har i en dom fra 2023 fastslått at virksomheter som benytter medlevertturnus må inngå en avtale med tillitsvalgte.²³ Dette innebærer at kommuner i prinsippet kan innføre medlevertturnus, men at det krever avtale med de ansattes representanter.²⁴ I motsetning til private aktører, som ofte

¹⁹ Gautun, Bogen & Grødem (2013): [Konsekvenser av konkurranseutsetting: Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester](#). Fafo

²⁰ Bjørn et al. (2019): [Når velferd er til salgs: Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester](#). Fafo

²¹ Avkommersialiseringsutvalget (2024). [Kommersielle og ideelle aktører rolle i fellesskapets velferdstjenester](#). NOU 2024:17 (Se side 67-69, 124-125 og 367)

²² Velferdstjenesteutvalget (2020). [Private aktører i velferdsstaten](#). NOU 2020:13 (se side 142 og 292-293)

²³ [Arbeidstid – medlevertturnus | Arbeidsretten](#)

²⁴ [Dom: Arbeidsgiver kan ikke tre en medlevertturnus ned over hodet på de ansatte | Fagbladet](#)

har mer fleksible tariffavtaler, er kommuner mer bundet av sentrale avtaler og tillitsvalgtmedvirkning. Dette kan bidra til at kommunale arbeidsgivere i mindre grad benytter medleverturnus.

Undersøkelser viser at ansatte i hovedsak er fornøyde med langturnusordninger, og at disse kan gi bedre forutsetninger for kontinuitet i omsorgen.²⁵ Fafo-studier har vist at ansatte i barnevernsinstitusjoner mener langturnus gir bedre mulighet for å jobbe terapeutisk. Samtidig påpeker Fagforbundet at det er høy turnover i sektorer med medleverordning, og argumenterer for at mindre krevende turnuser kan bidra til at flere står lenger i arbeid.²⁶

Kommuner som vurderer å innføre medleverturnus må derfor veie fordelene med økt fleksibilitet og potensielle kostnadsbesparelser opp mot behovet for forutsigbarhet og medbestemmelse blant ansatte.

²⁵ Avkommersialiseringsutvalget (2024). [Kommersielle og ideelle aktører rolle i fellesskapets velferdstjenester](#). NOU 2024:17.

²⁶ Avkommersialiseringsutvalget (2024). [Kommersielle og ideelle aktører rolle i fellesskapets velferdstjenester](#). NOU 2024:17.

3 Presentasjon av utvalgte helse- og omsorgstjenester i Narvik kommune

I dette kapittelet presenteres en oversikt over tre sentrale områder innen helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune som vurderes for konkurranseutsetting: heldøgns institusjonsplasser, hjemmebaserte tjenester og tjenester for utviklingshemmede. Beskrivelsene gir en kort innføring i tjenestenes omfang, organisering og særtrekk. Formålet er å gi et grunnlag for videre vurderinger, samt sikre at de lokale forholdene reflekteres i analysen.

Det er i utgangspunktet opp til kommunene hvordan de vil organisere og utforme helse- og omsorgstjenestene. Den enkelte kommune står dermed fritt til å bestemme om den vil utføre tjenestene selv eller om den vil inngå avtale med andre om dette, for eksempel private tjenesteytere. Kommunen avgjør fritt om den vil inngå avtale med en annen aktør om å levere tjenester, men er forpliktet til å oppfylle sitt «sørge for»-ansvar. I Narvik er alle helse- og omsorgstjenestene underlagt kommunal drift, men deler av tjenestetilbudet vil kunne vurderes for konkurranseutsetting.

3.1 Heldøgns institusjonsplasser

Kort om utvalgte sykehjem i Narvik

Tilbudet av heldøgnsinstitusjonsplasser i Narvik kommune består av flere sykehjem og omsorgsboliger som dekker ulike behov i befolkningen. Nedenfor følger en oversikt over noen av institusjonene og deres tilbud.

Furumoen sykehjem og dagsenter ble åpnet i 2007 og ligger nordøst i utkanten av Narvik sentrum, i nærheten av Universitetssykehuset i Nord-Norge.²⁷ Sykehjemmet har totalt 111 plasser og 16 dagplasser. Av de faste plassene er 32 tilrettelagt for personer med demens som har behov for skjerming. Sykehjemmet er organisert med små enheter som har felles stue og kjøkken, noe som fremmer en hjemlig atmosfære. Alle rom har eget bad, noe som er en fordel både for beboernes verdighet og for effektivitet i rengjøring og pleie.

Figur 3-1: Furumoen sykehjem. Kilde: Narvik kommune.



²⁷ Narvik kommune (2020). [Furumoen sykehjem og dagsenter](#).

Ballangen sykehjem ble en del av Narvik kommune ved kommunesammenslåingen i 2020.²⁸ Sykehjemmet ligger cirka 40 km sørvest for Narvik by og har 29 plasser fordelt på to avdelinger. Én avdeling er tilrettelagt for personer med demens, mens den andre avdelingen tilbyr korttidsplasser, inkludert lindrende behandling. Sykehjemmets enerom for langtidsopphold og lindrende behandling er et viktig kvalitetstrekk, da slike rom øker beboernes trivsel og mulighet for individuell pleie.

Figur 3-2: Ballangen sykehjem. Kilde: Narvik kommune.



Kjøpsvik sykehjem (Prestegårdstunet sykehjem), tidligere en del av Tysfjord kommune, ligger sørvest i Narvik kommune. Det har 20 institusjonsplasser som dekker langtidsopphold, korttidsopphold, rehabilitering og avlastning. Sykehjemmet spiller en viktig rolle i den geografisk spredte kommunen ved å tilby tjenester i sitt nærrområde.

Figur 3-3: Kjøpsvik sykehjem. Kilde: Narvik kommune.



Bjerkvik sykehjem (Ellas Minne Bo og rehabiliteringssenter) ligger i Bjerkvik, cirka 17 km nord for Narvik by. Det består av to avdelinger med totalt 39 enerom. Senteret har spesialplasser for personer med demens og en palliativenhet med plasser for lindrende behandling. Korttidsenheten ved senteret tilbyr også rehabilitering og avlastning. I tillegg har senteret et dagsenter med kapasitet til 12 personer daglig, samt kjøkken og vaskeritjenester som dekker både interne og eksterne behov.²⁹

²⁸ Narvik kommune (2020). [Ballangen sykehjem](#).

²⁹ Narvik kommune (2020). [Ellas Minne Bo og rehabiliteringssenter, Bjerkvik](#).

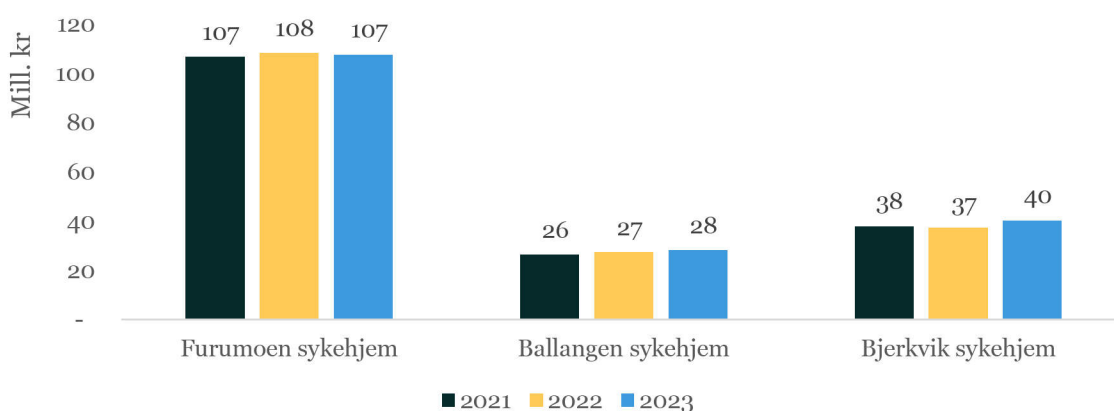
Figur 3-4: Ellas Minne Bo og rehabiliteringssenter, Bjerkvik. Kilde: Narvik kommune.



Oversikt over netto driftsutgifter ved utvalgte sykehjem

Figuren nedenfor viser netto driftsutgifter for Furumoen, Ballangen og Bjerkvik sykehjem i perioden 2021–2023. Sammenligninger av utgifter kan gi indikasjoner på kostnadseffektiviteten til de ulike institusjonene, men det er viktig å være oppmerksom på at slike tall alene ikke fanger opp kvalitetsforskjeller eller lokale behov.

Figur 3-5: Netto driftsutgifter ved utvalgte sykehjem i Narvik kommune (2021-2023). Kilde: Narvik kommune



Særtrekk ved sykehjem som er relevante i vurderingen av konkurranseutsetting

Kompleksitet og kvalitet

Sykehjem tilbyr heldøgns pleie- og omsorgstjenester til noen av samfunnets mest sårbare grupper. Beboerne har ofte komplekse helsebehov, inkludert kroniske sykdommer, demens og behov for lindrende behandling. Dette gjør tjenestene svært omfattende og multidimensjonale, da de kombinerer medisinsk behandling, ernæring, miljøterapi og psykososial omsorg. Den høye graden av kompleksitet kan bidra til å gjøre konkurranseutsetting mer utfordrende, særlig fordi det er vanskelig å definere og måle kvalitet på tvers av disse områdene.

En sentral utfordring i konkurranseutsetting er knyttet til oppfølging av kontrakter, spesielt når kvalitetsindikatorne ikke fanger opp helheten i omsorgen, slik som trivsel og livskvalitet blant

beboerne. Dette kan føre til risiko for at visse aspekter av tjenestene nedprioriteres. Samtidig viser litteraturen at det ikke foreligger klare holdepunkter for at kvaliteten ved private sykehjem er dårligere enn ved offentlige. Enkelte studier indikerer til og med at private sykehjem kan levere høyere kvalitet, selv om funnene ikke er entydige og kan variere med lokale forhold.³⁰

Transaksjonskostnader og kostnadseffektivitet

Konkurranseutsetting av sykehjemstjenester kan medføre betydelige transaksjonskostnader for kommunen. Utarbeidelse av kontrakter, anbudskonkurranser og løpende oppfølging av private leverandører krever både tid og ressurser. Slike kostnader må inkluderes i vurderingen av kostnadseffektivitet for å få et helhetlig bilde.

Til tross for dette viser gjennomgått forskning og erfaringer fra andre kommuner at private aktører ofte drifter sykehjem mer kostnadseffektivt enn offentlige.³¹ Lavere driftskostnader kan i mange tilfeller føre til økonomiske besparelser for kommunen. Forklaringene på denne kostnadseffektiviteten varierer, men ofte pekes det på en større evne blant private aktører til å introdusere innovasjoner i driften. Eksempler kan være implementering av velferdsteknologi, som reduserer arbeidsbelastningen for ansatte og samtidig forbedrer kvaliteten på tjenestene.

En annen viktig faktor er arbeidskostnader. Flere rapporter peker på at private aktører ofte har lavere lønnsnivåer og pensjonskostnader enn offentlige arbeidsgivere, og dette trekkes frem som en sentral forklaring på de lavere driftskostnadene ved privat drift. Samtidig kan svekkede lønns- og arbeidsvilkår påvirke både rekruttering og evnen til å beholde kvalifisert personale, særlig i et arbeidsmarked der det allerede er mangel på helsepersonell. For private aktører vil dette være en avveining mellom kostnadseffektivitet og behovet for konkurransedyktige betingelser for å tiltrekke seg og beholde ansatte.

I slike tilfeller kan kontraktsfestede krav til lønns- og pensjonsvilkår være et viktig virkemiddel for kommunene ved konkurranseutsetting. Dette kan bidra til å sikre at ansatte i privat sektor oppnår tilsvarende betingelser som i offentlig sektor, samtidig som det reduserer risikoen for at tjenestekvaliteten svekkes som følge av utfordringer med rekruttering.

3.2 Hjemmebaserte tjenester

Kort om hjemmebaserte tjenester

Hjemmebaserte tjenester, som primært inkluderer hjemmesykepleie og hjemmehjelp, utgjør en vesentlig del av kommunens helse- og omsorgstilbud. Ifølge tall fra SSB var det i 2023 totalt 1 137 brukere av omsorgstjenester i hjemmet i Narvik kommune.³² Disse tjenestene spiller en avgjørende rolle for å støtte innbyggerne, særlig eldre og personer med nedsatt funksjonsevne, slik at de kan fortsette å bo i egne hjem med nødvendig støtte og omsorg.

Hjemmesykepleien er et viktig ledd i å redusere behovet for institusjonsplasseringer og sykehusinnleggelse, noe som bidrar til en kostnadseffektiv kommunehelsetjeneste. En sentral del av hjemmebaserte tjenester er også forebyggende arbeid og tett samarbeid med andre helse- og

³⁰ Se bl.a. Fafo-rapporten av Gautun et al. (2013) og Bergman et al. (2016) som er beskrevet i vår litteraturgjennomgang.

³¹ Se bl.a. Fafo-rapporten av Gautun et al. (2013) og KS-rapporten av Rambøll og Inventura (2014) som er beskrevet i vår litteraturgjennomgang.

³² SSB-tabell 11645: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og detaljert teneste (K) (B) 2009 – 2023.

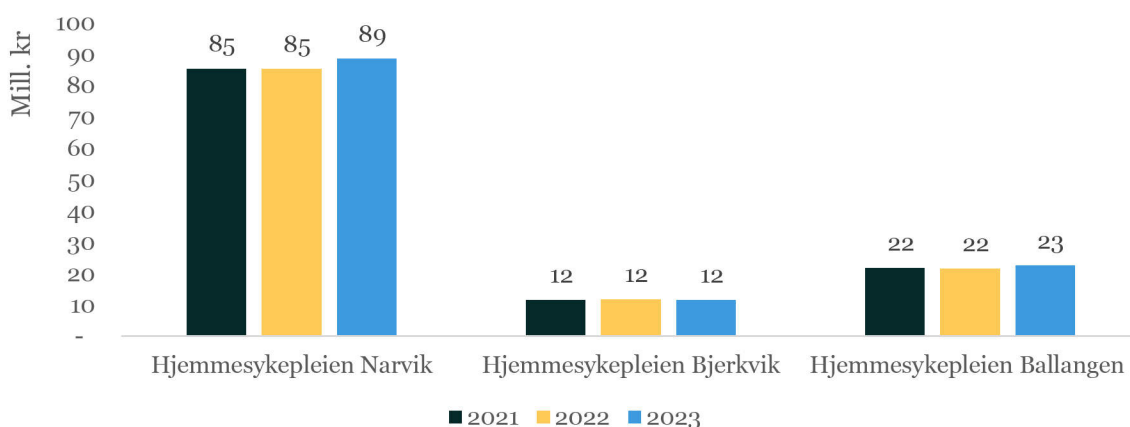
omsorgsaktører. Dette inkluderer samarbeid med fastleger, fysioterapeuter og spesialisthelsetjenesten for å sikre en helhetlig og sammenhengende omsorgskjede.

Hjemmesykepleien er inndelt etter geografiske soner for å sikre en effektiv ressursutnyttelse og nærhet til brukerne. Tjenesten inkluderer helsefaglig oppfølging som administrering av medisiner, sårbehandling, oppfølging av ernæring og bistand til personlig hygiene. Hjemmehjelpen utfører praktisk bistand som rengjøring, klesvask, matlaging og andre daglige gjøremål som bidrar til brukernes livskvalitet og selvstendighet. Disse tjenestene er viktige for å opprettholde en god livskvalitet for brukerne, samtidig som de gir mulighet for selvstendighet og trygghet i eget hjem.

Netto driftsutgifter til hjemmesykepleie i Narvik

Hjemmesykepleien er inndelt i etter geografiske soner. Figuren nedenfor viser netto driftsutgifter for hjemmesykepleien i årene 2021-2023 for de ulike sonene.

Figur 3-6: Netto driftsutgifter til hjemmesykepleie i Narvik, fordelt på ulike soner, 2021-2023. Kilde: Narvik kommune



Særtrekk ved hjemmebaserte tjenester i vurderingen av konkurranseutsetting

Kompleksitet og kvalitet

Hjemmebaserte tjenester skiller seg fra institusjonsbasert omsorg ved at tjenestene leveres i brukernes egne hjem, noe som gir både muligheter og utfordringer. Dette innebærer at pleiepersonalet må arbeide selvstendig og tilpasse omsorgen til den enkelte brukers behov, samtidig som de ofte opererer under tidspress.

Kompleksiteten i tjenestene varierer betydelig avhengig av brukernes helsetilstand og behov. Noen brukere har enkle behov, som hjelp til daglige gjøremål, mens andre har omfattende og komplekse behov som krever tett medisinsk oppfølging. Sammenlignet med institusjonsplasser, kan det være større utfordringer med å overvåke og sikre kvaliteten på tjenestene som leveres, ettersom arbeid skjer desentralisert og ofte uten direkte tilsyn.

Samtidig gir hjemmebaserte tjenester mulighet for økt brukertilpasning og større fokus på individuell selvstendighet. Den gjennomgåtte litteraturen gir ikke noe tydelig svar på hvorvidt konkurranseutsetting av hjemmebaserte tjenester er forbundet med konsekvenser for kvaliteten i tjenestetilbudet.

Fritt brukervalg

Bruk av private tilbydere i de hjemmebaserte tjenestene innebærer ikke nødvendigvis konkurranseutsetting. Flere kommuner har innført brukervalgordninger, såkalt fritt brukervalg, som gir brukere mulighet til å velge om de vil motta tjenester fra kommunen eller private tilbydere. Dette innebærer at kommunene vurderer om hjemmetjenestetilbudet fra de private tilfredsstillende bestemte krav, og gir deretter konsesjon til å tilby hjemmetjenester i kommunen uten å gjennomføre anbudsprosesser.³³

Fritt brukervalg beskrives som et kompromiss mellom konkurranseutsetting og kun kommunalt tilbud, der kommunale og private tilbud konkurrerer om brukerne. Denne løsningen sikrer krav til kvalitet ved at de private er avhengig av brukertilfredshet, samtidig som det forenkler kravene til kontroll og transaksjonskostnader for kommunen. Brukerundersøkelser fra kommuner som praktiserer fritt brukervalg viser høyere brukertilfredshet med private enn kommunale. De private vurderes som bedre på bl.a. å la brukeren bestemme når hjelpen skal mottas, innholdet i hjelpen og kontinuitet i personer som utfører hjelpen.

Konkurransen om brukerne bidrar til å sikre hensynet til kvalitet hos private leverandører, og setter samtidig en referanse for kommunen når det kommer til kostnadseffektiv drift.

Ordningene med fritt brukervalg er avhengig av en viss «markedsstørrelse» i form av brukere med rett på hjemmetjenester, og derfor mest utbredt i de store kommunene.

Kostnadseffektivitet og besparelser ved bruk av private leverandører

Ved konkurranseutsetting kan det oppstå betydelige transaksjonskostnader, særlig knyttet til utarbeidelse av kontrakter, oppfølging av leverandører og kvalitetssikring av tjenestene. Spesielt hvis tjenestene er fragmenterte og spredt over store geografiske områder, kan det være krevende å oppnå stordriftsfordeler eller effektivitet i tjenesteleveransen.

Gjennomgått litteratur dreier seg mest om erfaringer knyttet til fritt brukervalg og gir ikke noe tydelig svar på hvorvidt konkurranseutsetting er assosiert med lavere kommunale utgifter. Generelt er det kjent at private har en større evne til å utnytte mulighetene som ligger i teknologi og innovasjon. I hjemmebaserte tjenester vil det kunne være store gevinster knyttet til en effektiv logistikk, som minimerer reisetid, maksimerer tiden med pasientrettet arbeid, samt sikre kontinuitet ved at brukerne får besøk av færre antall ansatte.³⁴

3.3 Tjenester for utviklingshemmede

Kort om UH-tjenesten i Narvik

Tjenester for utviklingshemmede, *UH-tjenesten*, gir vedtaksbaserte tjenester til personer med utviklingshemming og er et viktig bidrag til å sikre en meningsfull og verdig hverdag for denne gruppen. Tjenestene omfatter blant annet praktisk bistand, opplæring, helsetjenester og tilrettelagt aktivitet, og tar utgangspunkt i den enkelte brukers behov og ressurser.

Personer med utviklingshemming over 18 år kan søke om tilrettelagt bolig gjennom kommunen. Disse boligene er ofte knyttet til ulike grader av bemanning, som kan være tilgjengelig hele døgnet eller kun

³³ Gautun, Bogen & Grødem (2013): [Konsekvenser av konkurranseutsetting: Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester](#). Fafo

³⁴ SINTEF (2016): [Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten - Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune](#)

deler av dagen. Bemannede boliger gir trygghet og støtte til beboerne, samtidig som de bidrar til at brukerne kan bo i et tilrettelagt hjemmemiljø, ofte nært pårørende og lokalsamfunnet.

I Narvik er UH-tjenesten delt inn i to hovedområder: UH Sør, som dekker Ballangen, og UH Nord, som dekker Narvik. UH Nord er videre inndelt i to enheter, kalt UH-Nord 1 og UH-Nord 2. Enhetene UH-Nord 1 og 2 har ansvaret for tjenester til personer med psykisk utviklingshemming over 18 år. Tjenestene består av miljøterapi, veiledning og bistand. UH Nord 2 har også ansvar for dagsentertilbud. Begge enhetene har samlokaliserte boliger for målgruppen. Samlet har enhetene ansvar for 57 boliger. Enhetene gir også tilbud til personer i målgruppen som bor i eget hjem.

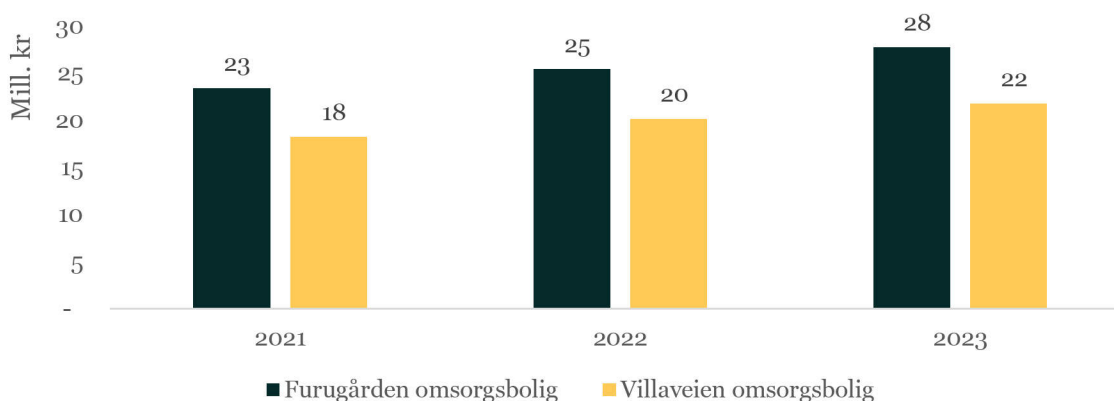
Blant de bemannede omsorgsboligene finner vi Furugården, som er en del av UH Nord 1, og Villaveien, som ligger under UH Nord 2. Disse boligene gir tilrettelagte tjenester til personer med varierende behov, inkludert individuell oppfølging, hjelp med daglige gjøremål og støtte til fritidsaktiviteter.

UH-tjenesten har også en viktig rolle i å legge til rette for deltakelse i lokalsamfunnet, for eksempel gjennom arbeids- og aktivitetstilbud, som gir brukerne en mulighet til å være aktive, oppleve mestring og bidra til fellesskapet.

Netto driftsutgifter til bemannede omsorgsboliger

Figuren nedenfor viser netto driftsutgifter for to av de bemannede omsorgsboligene i Narvik kommune: Furugården og Villaveien. Furugården ligger under UH Nord 1 og Villaveien under UH Nord 2.

Figur 3-7: Netto driftsutgifter til bemannede omsorgsboliger i Narvik kommune, Furugården og Villaveien, 2021–2023. Kilde: Narvik kommune



Særtrekk ved UH-tjenesten relevant for vurderingen av konkurranseutsetting

Kompleksitet og kvalitet

Tjenester for utviklingshemmede er preget av høy grad av kompleksitet, da brukernes behov varierer fra praktisk bistand i hverdagen til omfattende miljøterapi og sosial tilrettelegging. Dette krever stabilitet og sterke relasjoner mellom brukere og ansatte, noe som gjør kontinuitet i omsorgen avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Kompleksiteten innebærer at det kan være utfordrende å utforme gode avtaler med private i forbindelse med konkurranseutsetting.

Muligheten for medlevertturnus er en viktig faktor for vurderingen av kvalitet i disse tjenestene. Denne turnusordningen innebærer at ansatte bor på institusjonen over flere døgn, noe som gir økt kontinuitet og skaper bedre muligheter for å bygge tillit og relasjoner med brukerne. Flere evalueringer, inkludert Arbeidstidsutvalgets rapport, viser at brukere og pårørende har positive erfaringer med

medleverturnus, særlig fordi det gir trygghet og forutsigbarhet for brukerne.³⁵ Likevel stiller ordningen høye krav til de ansattes arbeidsvilkår og må derfor håndteres nøye i kontrakter.

Transaksjonskostnader og kostnadseffektivitet

Konkurranseutsetting av tjenester for utviklingshemmede kan medføre høye transaksjonskostnader, særlig knyttet til å definere og følge opp individuelle behov i kontraktene. Dette gjelder spesielt tjenester som miljøterapi og sosial tilrettelegging, der kvaliteten ofte er vanskelig å spesifisere og måle.

Medleverturnus kan imidlertid bidra til økt kostnadseffektivitet. Ordningen reduserer behovet for antall ansatte, da færre arbeidstakere dekker et større antall arbeidstimer sammenlignet med tradisjonelle turnusordninger. Dette gir private aktører en økonomisk fordel ved å kunne organisere bemanningen mer effektivt, samtidig som kontinuiteten i omsorgen styrkes. Samtidig må det tas hensyn til utfordringer knyttet til arbeidsbelastning og rekruttering av kvalifisert personell til slike ordninger.

³⁵ Arbeidstidsutvalget (2016): [Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet](#). NOU 2016: 1

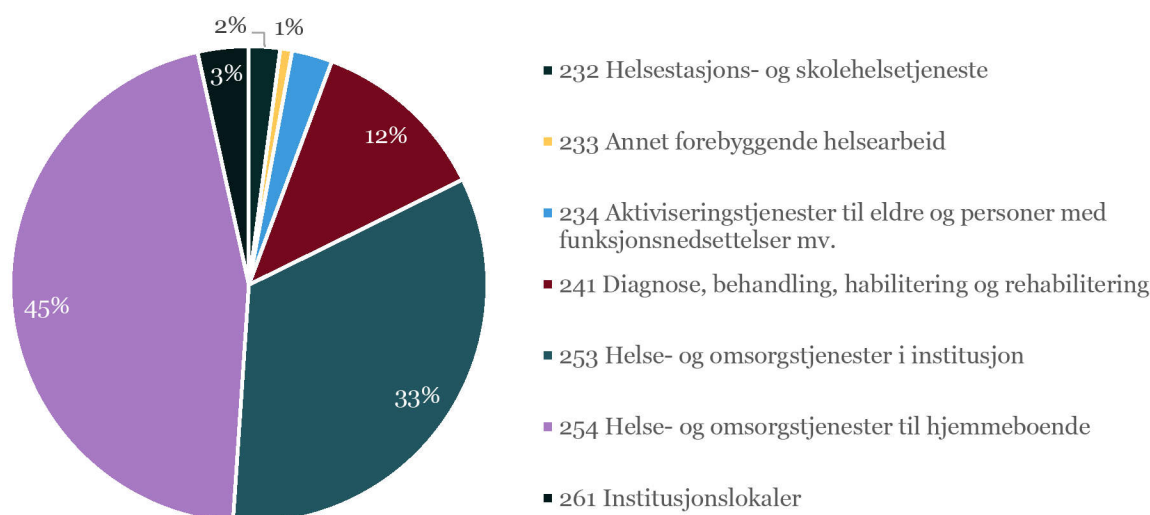
4 Ressursbruk knyttet til helse- og omsorg i dag og i årene fremover

Til tross for en relativt moderat vekst i ressursbruken de siste årene, har Narvik kommune fortsatt vesentlig høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester enn sammenlignbare kommuner. I årene fremover står Narvik overfor en utvikling som trolig vil innebære økt behov for helse- og omsorgstjenester og utfordringer knyttet til rekruttering og bemanning i tjenestene.

4.1 Oversikt over samlet ressursbruk

I 2023 passerte de samlede driftsutgiftene til helse- og omsorgstjenester i Narvik 1 milliard kroner, tilsvarende 48 691 kroner per innbygger.³⁶

Figur 4-1: Brutto driftsutgifter til helse- og omsorg i Narvik (2023) fordelt på ulike funksjoner. Kilde: KOSTRA



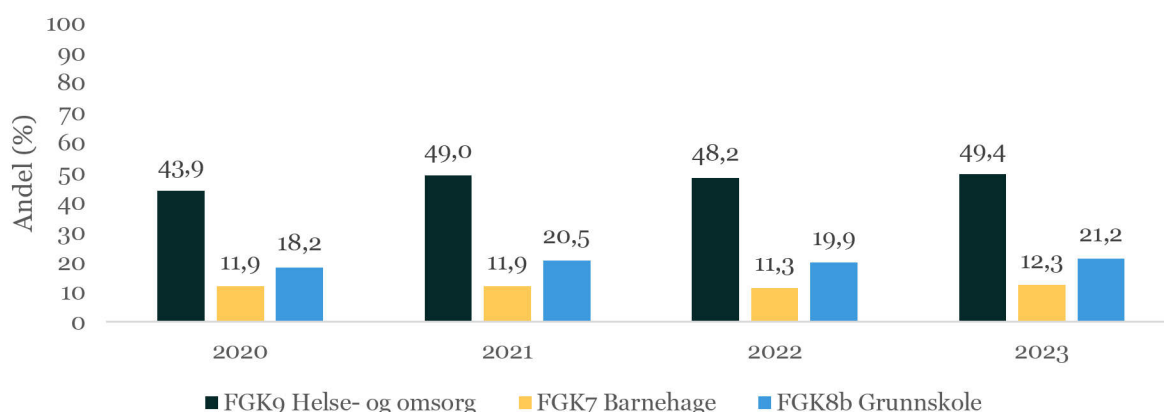
Oversikten viser at omkring 80 prosent av utgiftene er knyttet til helse- og omsorgstjenester i institusjon og til hjemmeboende, dvs. de delene av tjenestene som vi her vurderer når vi analyserer konsekvensene av ved en eventuell konkurranseutsetting.

Om lag halvparten av Narvik kommunes frie inntekter går med til å finansiere helse- og omsorgstjenester. Som figuren nedenfor viser, har denne andelen ligget nokså stabilt de siste årene.

³⁶ Utgiftene er oppgitt i «brutto driftsutgifter» og viser de samlede driftsutgiftene inkludert avskrivninger, men ekskludert finansutgifter. I KOSTRA oppgis driftsutgifter også i «korrigerte brutto driftsutgifter» og «netto driftsutgifter». Korrigerte brutto driftsutgifter viser «driftsutgifter til egen tjenesteproduksjon, inkl. mva. og avskrivninger, og ekskl. sykelønnsrefusjon og mva.-kompensasjon» og brukes gjerne som grunnlag for å beregne produktivitetsindikatorer. Netto driftsutgifter viser driftsutgifter fratrukket driftsinntekter, og uttrykker dermed hvor stor del av bruttoutgiftene som belaster de frie driftsinntektene. Netto driftsutgifter benyttes gjerne som grunnlag for å beregne prioriteringsindikatorer, altså et mål på hvordan frie inntekter prioriteres. Nærmere beskrivelser av utgiftsbegreper kan leses i «Veileder til kontoplanen i KOSTRA» (2023), som er tilgjengelig [her](#).

Barnehage og grunnskole er andre betydelige funksjoner, som sammen med helse og omsorg står for mer enn 80 prosent av disponeringen av Narvik kommunes frie inntekter i 2023.

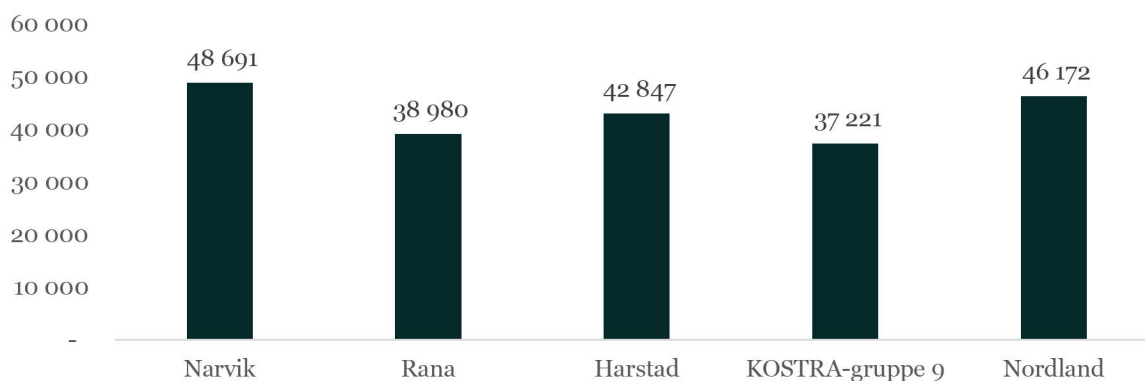
Figur 4-2: Netto driftsutgifter som andel av totale utgifter. *Kilde: KOSTRA*



4.2 Ressursbruk til helse og omsorg i Narvik sammenlignet med andre kommuner

Narvik kommune bruker betydelig mer på helse- og omsorgstjenester per innbygger enn mange andre kommuner det er naturlig å sammenligne med. I 2023 lå utgiftsnivået per innbygger i Narvik for eksempel 25 % høyere enn i Rana kommune, og mer enn 30 % høyere enn gjennomsnittet for kommunene i KOSTRA-gruppe 9. Narvik ligger også over gjennomsnittet for Nordland fylke.

Figur 4-3: Utgifter til kommunal helse og omsorg per innbygger i 2023. *Kilde: KOSTRA*



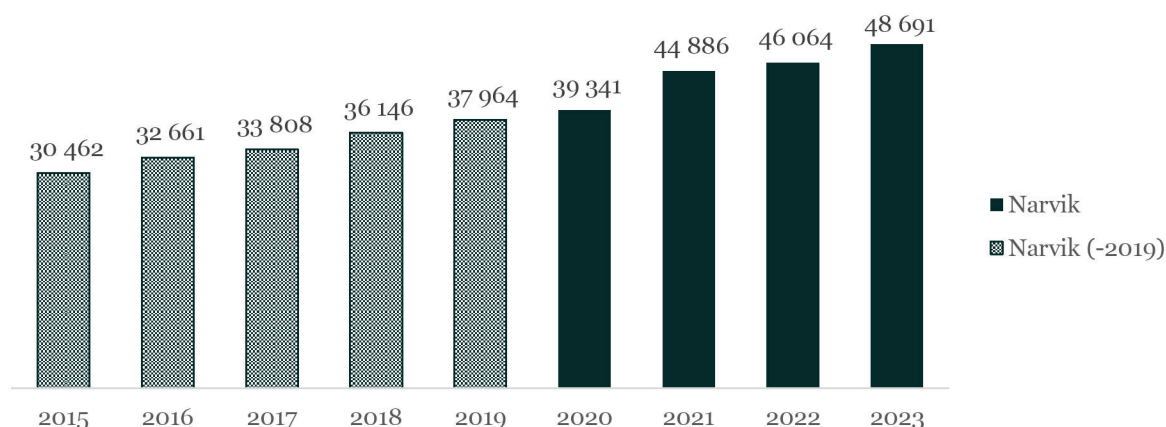
Forskjellene i utgiftsnivå kan ha flere årsaker, inkludert demografiske forhold, geografiske utfordringer og ulik organisering av tjenestene. En slik sammenligning gir derfor ikke alene et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om helse- og omsorgstjenestene i Narvik drives kostnadseffektivt. I kapittel 6 presenteres en mer omfattende økonometrisk analyse som tar sikte på å kvantifisere kostnadseffektiviteten i helse- og omsorgstjenestene i Narvik.

Like fullt viser figuren at Narvik har et høyt utgiftsnivå per innbygger sammenlignet med andre kommuner. Dette er et viktig utgangspunkt for videre analyser av den historiske utviklingen i ressursbruk og forventede endringer i faktorer som vil påvirke fremtidig ressursbruk.

4.3 Utvikling i ressursbruk til helse og omsorg i Narvik

I 2023 utgjorde kommunale helse- og omsorgsutgifter i Narvik 48 691 kroner per innbygger, en økning fra 39 341 kroner i 2020 og 30 462 kroner i 2015. Utgiftene har økt med 59,8 prosent siden 2015, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på 6,0 prosent over perioden. Denne veksten reflekterer både nasjonale og lokale faktorer, inkludert demografiske endringer, prisvekst, rekrutteringsutfordringer og konsekvensene av kommunesammenslåingen i 2020.

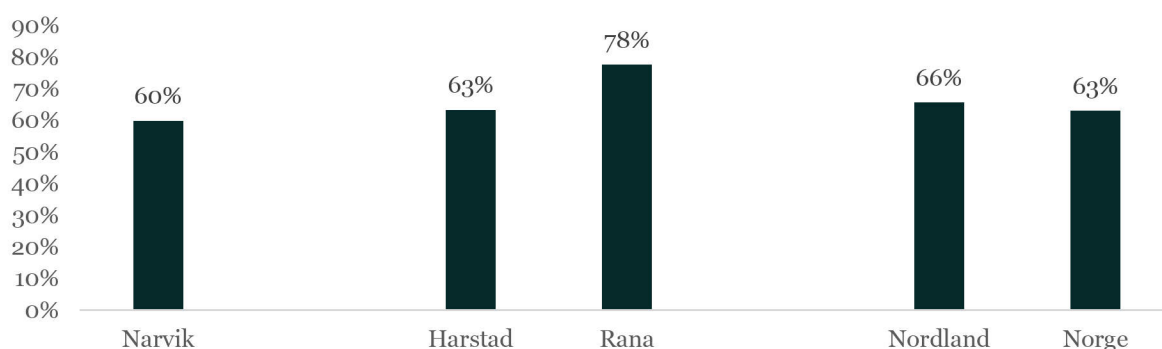
Figur 4-4: Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr) i Narvik, 2015-2023. Kilde: KOSTRA



De skraverte søylene i figuren viser utgifter per innbygger før kommunesammenslåingen, mens de heltrukne søylene viser utgifter etter at Narvik slo seg sammen med Ballangen og deler av Tysfjord i 2020. Sammenslåingen har hatt betydning for kommunens utgiftsnivå, særlig fordi kommunene som ble slått sammen, hadde ulike utgangspunkt i både tjenestenivå og kostnadsstruktur.

Til tross for den nominelt høye utgiftsveksten, har Narvik hatt en mer moderat vekst enn mange sammenlignbare kommuner. Harstad kommune har hatt en vekst på 63 prosent per innbygger i samme periode, mens Rana kommune har opplevd en vekst på hele 78 prosent. Utgiftsveksten i Narvik ligger også under gjennomsnittet for Nordland (66 prosent) og for norske kommuner generelt (63 prosent).

Figur 4-5: Prosentvis vekst i kommunale utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger. Kilde: KOSTRA

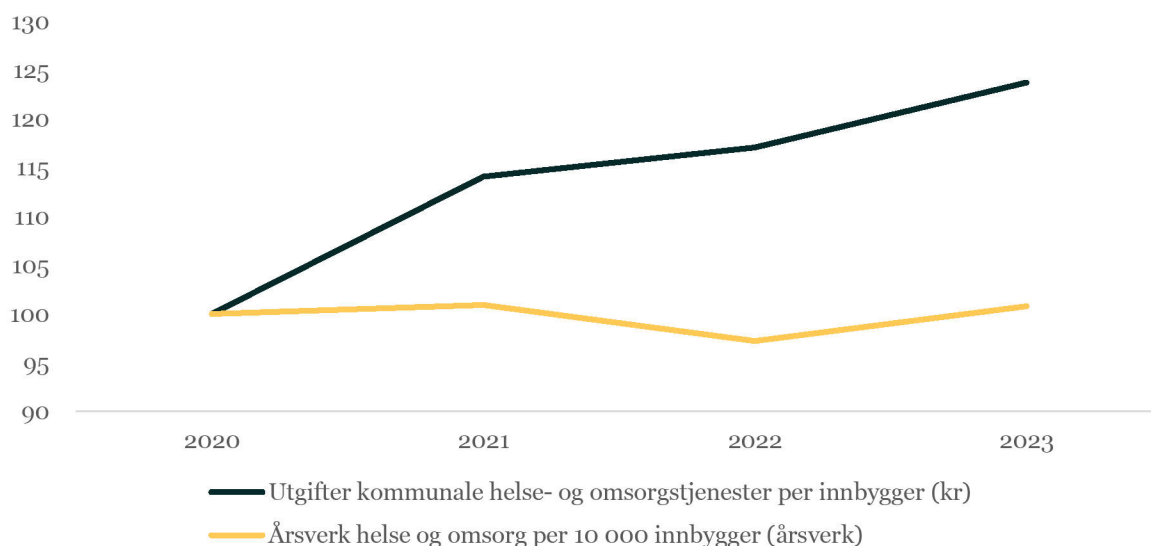


Som figuren overfor viser, har utgiftsveksten til helse og omsorg per innbygger siden 2015 vært relativt moderat sett i forhold til andre norske kommuner. Den lavere veksten kan indikere at Narvik i større

grad har klart å holde kostnadsnivået stabilt, til tross for de utfordringene som har preget sektoren, som aldrende befolkning og økte krav til tjenesteleveranser.

En sentral drivkraft bak utgiftsveksten har vært prisvekst (inflasjon). Som figuren nedenfor viser, har utgiftene målt i kroner økt med nesten 25 prosent mellom 2020 og 2023, mens antall årsverk i samme periode har vært relativt stabilt. Dette tyder på at utgiftsveksten i stor grad er drevet av økte kostnader per årsverk snarere enn en faktisk økning i ressursbruk.

Figur 4-6: Indeksert utvikling i utgifter og årsverk pr innbygger i Narvik, 2020-2023. 2020=100. Kilde: KOSTRA



Oppsummert ser vi at ressursbruken i helse- og omsorgssektoren i Narvik har økt betydelig i kroner siden 2015, men veksten har vært moderat sammenlignet med andre kommuner. Dette kan indikere at kommunen har lyktes i å kontrollere kostnadsveksten bedre enn mange andre, selv om prisvekst har vært en hoveddriver for økte utgifter. Det stabile antallet årsverk tyder på at veksten i utgiftene primært er knyttet til økte lønnskostnader og andre prisvekstrelaterte faktorer, snarere enn økt ressursbruk.

4.4 Utvikling og utfordringer i årene fremover

Flere nasjonale analyser og utredninger peker på at den norske helsetjenesten står overfor store kapasitetsutfordringer i årene fremover. Fremskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at behovet for årsverk i helsetjenesten kan dobles eller tredobles innen 2060, og at veksten vil være særlig sterk i kommunale omsorgstjenester.³⁷ Helsepersonellkommisjonen advarer om at den demografiske utviklingen – med en stadig økende andel eldre per yrkesaktiv innbygger – vil gjøre det krevende å dekke fremtidens behov for helsepersonell.³⁸ Mens Distriktsutvalget har beskrevet hvordan denne utviklingen er tydeligst og mest krevende i distriktene.³⁹

Den demografiske utviklingen i Narvik tyder på at kommunen vil møte de samme utfordringene, forsterket av lokale forhold som befolkningsnedgang og aldrende innbyggere.

³⁷ Holmøy, et al. (2023): [Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk](#).

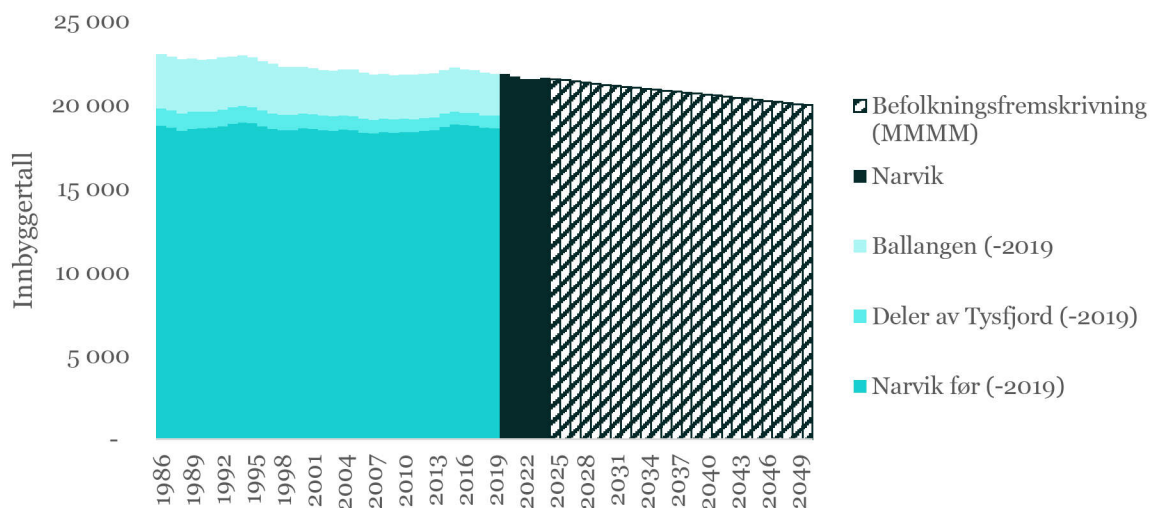
³⁸ Helsepersonellkommisjonen (2023): [Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#). NOU 2023: 4

³⁹ Distriktsutvalget (2020): [Det handler om Norge – Bærekraft i hele landet](#). NOU 2020: 15

Forventet nedgang i folketallet

Folketallet i området som utgjør dagens Narvik kommune har vært fallende i flere år. Ifølge hovedalternativet i SSBs befolkningsfremskrivninger ventes denne nedgangen å fortsette. Prognosene viser at folketallet vil falle fra over 21 500 innbyggere i dag til under 20 000 innen 2050.

Figur 4-7: Historisk befolkningsutvikling for område som i dag utgjør Narvik kommune (1986-2024), samt prognoser mot 2050. Kilde: SSB

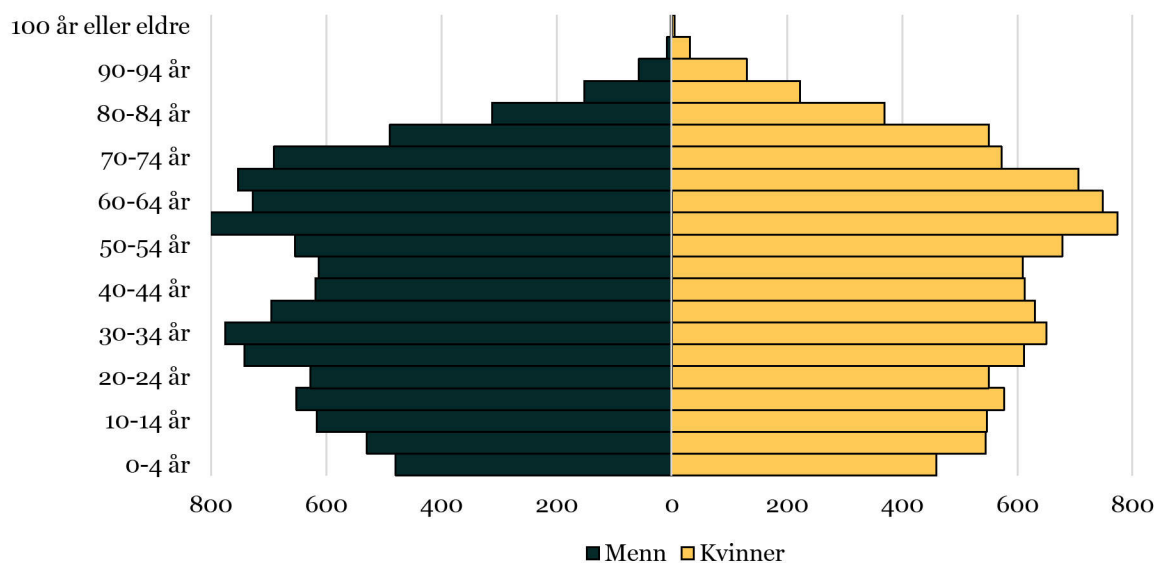


Aldrende befolkning

Alderssammensetningen i en befolkning er en nøkkelindikator som gir viktig innsikt i både nåværende og fremtidige samfunnsutfordringer og behov. Andelen eldre er tett knyttet til behov for helse- og omsorgstjenester, mens andelen i yrkesaktiv alder gir en indikasjon på samfunnets kapasitet til å levere både helse- og omsorgstjenester og andre verdiskapende aktiviteter. Den yngste aldersgruppen er sentral for å forutsi den fremtidige utviklingen i befolkningsstrukturen.

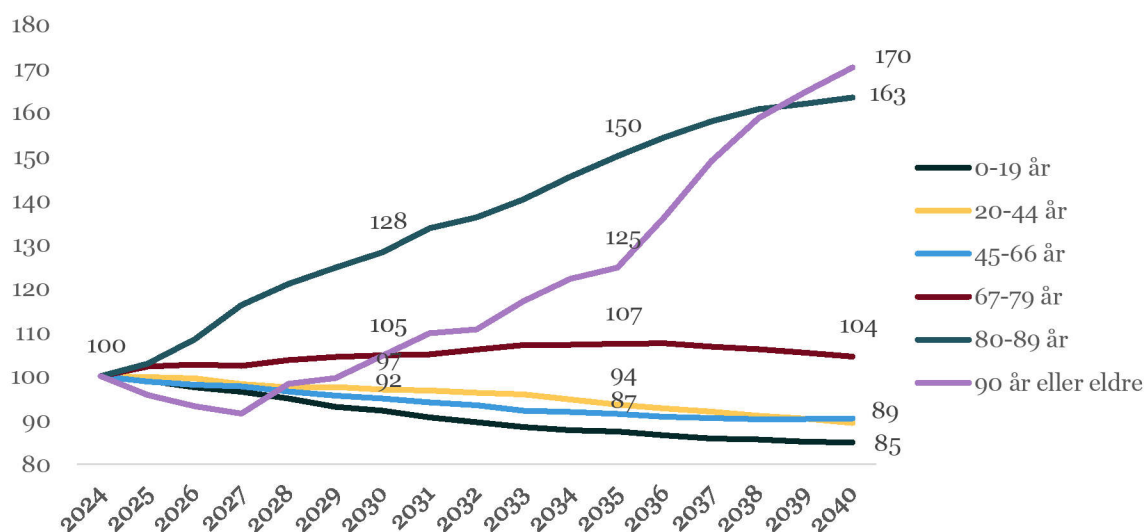
Befolkningspyramiden for Narvik, som illustrerer befolkningens fordeling etter alder og kjønn i 2024, gir interessant informasjon. Selv om begrepet «befolkningspyramide» vanligvis indikerer en struktur som er bredere ved basen og smalner av ved toppen, viser Narviks nåværende demografiske profil en mer sylindrisk form, med utvikling mot det som kan beskrives som en omvendt pyramide. Isolert vil en slik struktur innebære en fremtidig befolkningsnedgang, og færre i arbeidsfør alder per pleietrengende.

Figur 4-8: Befolkningspyramide for befolkningen i Narvik, per 01.01.2024. Kilde: SSB



SSBs befolkningsfremskrivninger viser at Narvik står overfor en betydelig vekst i de eldste aldersgruppene frem mot 2040. Antallet innbyggere i aldersgruppene 80–89 år og 90+ år er ventet å øke med henholdsvis 63 og 70 prosent fra 2024 til 2040. Samtidig vil antallet innbyggere i arbeidsfør alder (20–66 år) falle med rundt 10 prosent i samme periode.

Figur 4-9: Indeksert utvikling i ulike aldersgrupper i Narvik. 2024=100. Kilde: SSB



4.5 Vurdering av status og utfordringer for helse- og omsorg i Narvik

Narvik kommune står overfor en krevende fremtidig utvikling, preget av en aldrende befolkning og en fallende andel innbyggere i arbeidsfør alder. Denne demografiske utviklingen skaper et dobbelt press på helse- og omsorgstjenestene: behovet for tjenester vil øke betydelig, samtidig som tilgangen på arbeidskraft som kan levere disse tjenestene, reduseres.

Utfordringene forsterkes ytterligere av at Narvik allerede i dag har et høyt utgiftsnivå i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med mange andre kommuner. Dette betyr at det økonomiske

handlingsrommet er begrenset, og at det kan være krevende å imøtekomme fremtidige behov uten betydelige grep for å øke kostnadseffektiviteten i tjenestene.

For å kunne opprettholde kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til kommunens innbyggere, og samtidig sikre at ressursbruken ikke i uforholdsmessig stor grad fortrenger viktige tjenester som skole, barnehage og øvrige kommunale oppgaver, er det avgjørende at det gjennomføres en målrettet omstilling. Dette inkluderer tiltak som kan redusere kostnader uten at det går på bekostning av kvaliteten på tjenestene.

En slik omstilling krever blant annet økt fokus på effektiv ressursbruk, bruk av ny teknologi, samt muligheten for å samarbeide med private aktører for å sikre innovative og fleksible løsninger. Det vil også være nødvendig å vurdere tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell, som vil være avgjørende for å møte behovene i en krevende arbeidsmarkedssituasjon.

Narvik kommune har allerede vist evne til moderat vekst i ressursbruk sammenlignet med andre kommuner, noe som indikerer at det har vært en viss grad av omstilling og effektivisering. Likevel er utfordringene fremover så omfattende at ytterligere grep må tas for å sikre et bærekraftig og kvalitativt godt tjenestetilbud i møte med en stadig mer krevende demografisk og økonomisk virkelighet.

5 Analyse av kostnadseffektivitet

I dette kapittelet presenteres to økonometriske analyser som belyser kostnadseffektiviteten i helse- og omsorgstjenestene. Den første analysen undersøker sammenhengen mellom bruk av private leverandører og kostnadsnivået i norske kommuner. Resultatene viser at bruk av private ikke er assosiert med signifikante forskjeller i kostnader sammenlignet med kommunal drift.

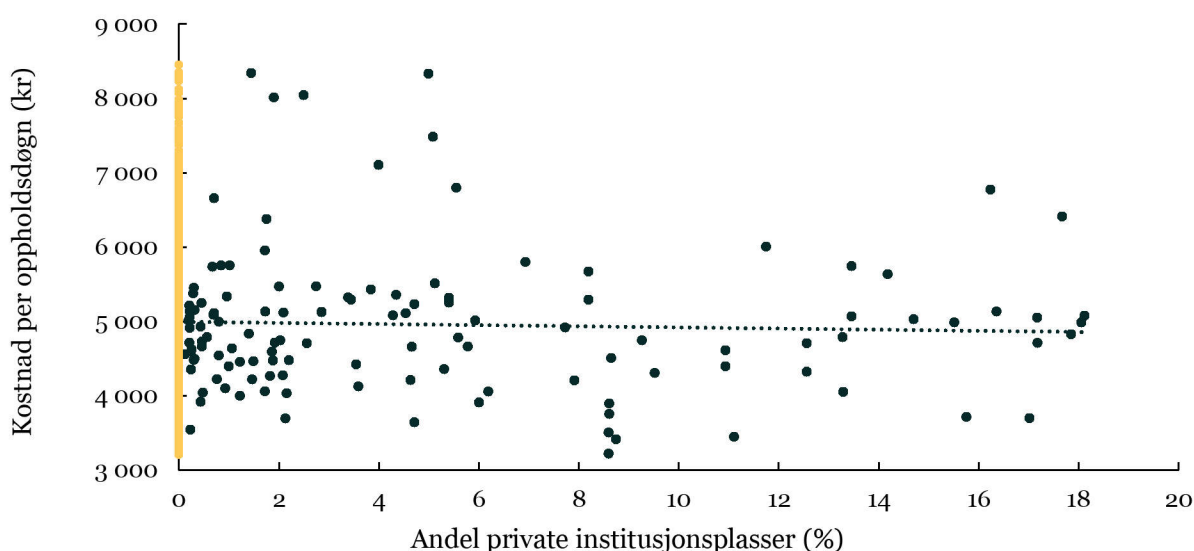
Den andre analysen vurderer kostnadseffektiviteten i Narvik kommunes helse- og omsorgstjenester, målt opp mot andre norske kommuner. Denne analysen indikerer at tjenestene i Narvik er lite kostnadseffektive sammenlignet med kommuner det er naturlig å sammenligne seg med.

Til sammen gir analysene grunnlag for å vurdere om konkurranseutsetting kan være et hensiktsmessig tiltak for å effektivisere ressursbruken i Narvik, og bringe utgiftene i helse- og omsorgstjenestene mer på linje med nasjonale nivåer.

5.1 Analyse av kostnadseffektivisering knyttet til konkurranseutsetting

Den økonometriske analysen viser ingen indikasjon på at en høyere andel private institusjonsplasser fører til lavere kostnader per oppholdsdøgn i institusjon. Dette stemmer overens med tidligere litteratur, som ofte finner at forskjellene i kostnadsnivå mellom privat og kommunal drift er små. Selv om enkelte studier peker på en liten positiv kostnadsvirkning ved bruk av private aktører, er resultatene ofte kontekstavhengige og varierer mellom tjenesteområder og kommuner.

Figur 5-1: Kostnader per oppholdsdøgn i institusjon i ulike kommuner med ulike andeler private institusjonsplasser. Hvert punkt representerer én kommune i ett gitt år mellom 2020 og 2023 (hver kommune er altså representert med fire punkter i figuren). *Kilde: KOSTRA*



Figuren over tilsier at det ikke er noe visuell sammenheng mellom økt andel private institusjonsplasser og kostnader per oppholdsdøgn i institusjon.

Det samme gjelder når vi analyserer dataen med en OLS-regresjon, se figuren nedenfor. Andel private institusjonsplasser er ifølge resultatene av analysen en dårlig indikator for hvor mye det koster å drive institusjonsplasser. Ifølge analyseresultatene kan en økt andel private institusjonsplasser på 1 prosentpoeng føre til alt fra en kostnadsreduksjon på 34 kroner til en økning på 74 kroner per oppholdsdøgn i institusjon.

Figur 5-2: Regresjonsanalyse av kostnader per oppholdsdøgn (alle kommuner i perioden 2020-2023).
Kilde: Menon Economics

Dep. Variable:	kostnad_per_oppholdsdøgn	R-squared:	0.868
Model:	OLS	Adj. R-squared:	0.820
Method:	Least Squares	F-statistic:	40.41
Date:	Fri, 20 Dec 2024	Prob (F-statistic):	0.00
Time:	09:14:09	Log-Likelihood:	-9686.5
No. Observations:	1318	AIC:	2.007e+04
Df Residuals:	967	BIC:	2.189e+04
Df Model:	350		
Covariance Type:	HC3		

	coef	std err	z	P> z	[0.025	0.975]
const	5228.7362	335.389	15.590	0.000	4571.386	5886.086
andel_private	19.6908	27.578	0.714	0.475	-34.362	73.744
andel_over_80_med_institusjonsopphold	-70.5444	13.509	-5.222	0.000	-97.021	-44.068

Når vi begrenser analysen til kun å omfatte kommuner som allerede har private institusjonsplasser, finner vi heller ingen klar sammenheng, se figuren nedenfor. I denne analysen finner vi heller ikke noe tydelig tegn på at økt grad av konkurranseutsetting fører til lavere kostnader. En økt andel private institusjonsplasser kan føre til alt fra en reduksjon på 34 kroner til en økning på 12 kroner per oppholdsdøgn.

Figur 5-3: Regresjonsanalyse av kostnader per oppholdsdøgn (kun kommuner som har private institusjonsplasser i perioden 2020-2023). Kilde: Menon Economics

OLS Regression Results

Dep. Variable:	kostnad_per_oppholdsdøgn	R-squared:	0.918
Model:	OLS	Adj. R-squared:	0.861
Method:	Least Squares	F-statistic:	15.97
Date:	Fri, 20 Dec 2024	Prob (F-statistic):	9.03e-28
Time:	09:19:28	Log-Likelihood:	-984.20
No. Observations:	144	AIC:	2088.
Df Residuals:	84	BIC:	2267.
Df Model:	59		
Covariance Type:	nonrobust		

	coef	std err	t	P> t	[0.025	0.975]
const	7177.2139	722.338	9.936	0.000	5740.765	8613.662
andel_private	-10.8509	11.087	-0.979	0.331	-32.899	11.197
andel_over_80_med_institusjonsopphold	-136.4296	43.967	-3.103	0.003	-223.864	-48.995

5.2 Økonometrisk analyse av kostnadsnivået i helse- og omsorg i Narvik

Vi har gjennomført en økonometrisk analyse for å vurdere kostnadsnivået i helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune, basert på kommunens behov. Analysen predikerer kostnadsnivået ved å bruke data fra andre norske kommuner som har tilsvarende demografiske og geografiske egenskaper. Målet med analysen er å identifisere om Narviks kostnadsnivå avviker fra hva som kan forventes, *gitt kommunens behov*.

I analysen har vi bevisst valgt å ikke inkludere variabler som beskriver tilbudet av kommunale helsetjenester i Narvik. Dette er fordi vi ønsker at tilbudet skal være fleksibelt og tilpasses dagens behov på en mest mulig effektiv måte.

Prediksjonsmodell

Behovet beskrives ved følgende variabler for alle norske kommuner:

- **Antall innbyggere:** Reflekterer grunnleggende skalaeffekter og den totale etterspørselen etter tjenester.
- **Andel innbyggere over 70 år:** En indikator på demografisk aldring, som er nært knyttet til økt behov for pleie- og omsorgstjenester.
- **Andel innbyggere med arbeidsavklaringspenger/uføre:** Fungerer som en proxy for helse- og funksjonsutfordringer i befolkningen.
- **Andel innbyggere bosatt i spredtbygd strøk:** Tar hensyn til geografiske faktorer som påvirker leveringskostnadene for tjenester, inkludert transport og desentralisert organisering.

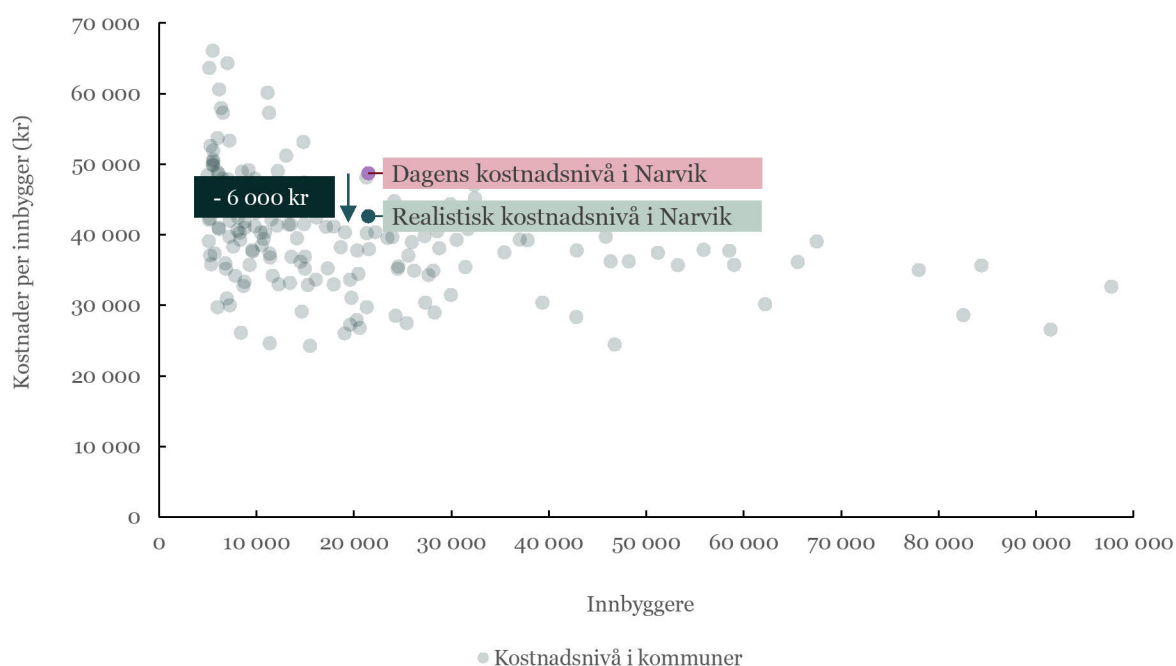
For å sikre relevans for Narviks situasjon, har vi ekskludert kommuner med færre enn 5 000 innbyggere og over 100 000 innbyggere. Kommuner i disse størrelseskategoriene har ofte svært ulike utfordringer og rammebetingelser, som gjør sammenligninger mindre meningsfulle.

Ved å bruke disse behovsvariablene sammen med observerte kostnadsnivåer per innbygger fra andre kommuner, har vi estimert hva kostnadene i Narvik burde være dersom helse- og omsorgstjenestene drives med en kostnadseffektivitet på linje med det generelle nivået i norske kommuner. Denne tilnærmingen gjør det mulig å isolere effektene av behov fra eksisterende tjenestestruktur, og dermed identifisere potensialet for effektivisering.

Resultat av analysen

Analysen viser at de faktiske utgiftene til helse og omsorg i Narvik i dag ligger på i underkant av 49 000 kroner per innbygger. Dette er betydelig høyere enn det predikerte kostnadsnivået, som estimeres til rundt 43 000 kroner per innbygger basert på kommunens behov. Forskjellen på 6 000 kroner per innbygger tilsvarer en merkostnad på omtrent 120–130 millioner kroner årlig, gitt Narviks befolkning på om lag 21 500 innbyggere.

Figur 5-4: Kommunale utgifter knyttet til helse og omsorg per innbygger. Kilde: Menon Economics basert på data fra SSB.



Denne merkostnaden indikerer at helse- og omsorgstjenestene i Narvik drives med en lavere kostnadseffektivitet enn hva som er vanlig i andre norske kommuner med tilsvarende behov. Forskjellen kan være et resultat av flere faktorer, som organisering av tjenestene, ressursutnyttelse og arbeidskraftkostnader.

Disse funnene gir grunnlag for å stille spørsmål ved hvilke faktorer som bidrar til ineffektiviteten i Narviks helse- og omsorgstjenester. I neste kapittel utforsker vi mulige forklaringer på dette gjennom intervjuer med sektorledere i kommunen, der temaer som organisering, ressurstildeling og lokale forhold vil bli belyst. Denne analysen vil bidra til å identifisere konkrete tiltak for å redusere kostnadsnivået uten å gå på bekostning av tjenestekvaliteten.

6 Forklaringer på høyt kostnadsnivå

I dette kapittelet utforsker vi forhold ved dagens organisering og drift av helse- og omsorgstjenestene i Narvik som kan bidra til å forklare det relativt høye kostnadsnivået. Gjennom intervjuer med sektorledere for de tre tjenesteområdene – heldøgns institusjonsplasser, hjemmebaserte tjenester og tjenester for utviklingshemmede – har vi identifisert utfordringer som kan ha betydning for ressursbruken.

Utfordringene som beskrives er sammensatt og er i stor grad knyttet til hverandre. I delkapitlene nedenfor har vi organisert de utfordringene i ulike kategorier. Det vil være overlapp mellom kategoriene og utfordringene bør sees i sammenheng.

6.1 Tilgang på helsepersonell

Tilgang på helsepersonell er en kjent utfordring i mange norske kommuner, og Narvik er intet unntak. Bemanningsutfordringer kan føre til ineffektiv ressursbruk, blant annet gjennom økt bruk av overtid, innleie av vikarer og høyere lønnsnivå.⁴⁰ Mangelfull bemanning skaper også en betydelig belastning for de ansatte, som igjen kan resultere i høyere sykefravær – noe som ytterligere forsterker problemene.

Selv om rekruttering og bemanning tidligere ikke har vært en vesentlig utfordring i Narvik, har situasjonen endret seg de siste årene. Enkelte tjenesteområder rapporterer nå om utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell, og dette ventes å bli en stadig større utfordring i årene fremover.

Utvikling i sykefravær

Sykefraværet i pleie- og omsorgstjenestene i Narvik har vært høyt de siste tre årene, særlig i institusjonstjenestene.⁴¹ Her toppet sykefraværet seg i 2023, mens det i andre omsorgsinstitusjoner⁴² og bofellesskap økte fra 8 prosent i 2021 til 11 prosent i 2023. Enkelte tjenester rapporterer om sykefravær på opptil 20 prosent, ifølge sektorlederen for institusjon og omsorgsdistrikt.

Dette høye sykefraværet har to hovedkonsekvenser for kommunen:

1. **Økte utgifter til overtid:** Friske ansatte må dekke opp for de sykemeldte gjennom overtidsarbeid, noe som fører til økte kostnader knyttet til overtidstillegg. I tillegg må kommunen betale arbeidskraften dobbelt frem til NAV overtar det økonomiske ansvaret for de sykemeldte.

⁴⁰ Lokker sykepleiere med 200.000 mer i lønn | NRK

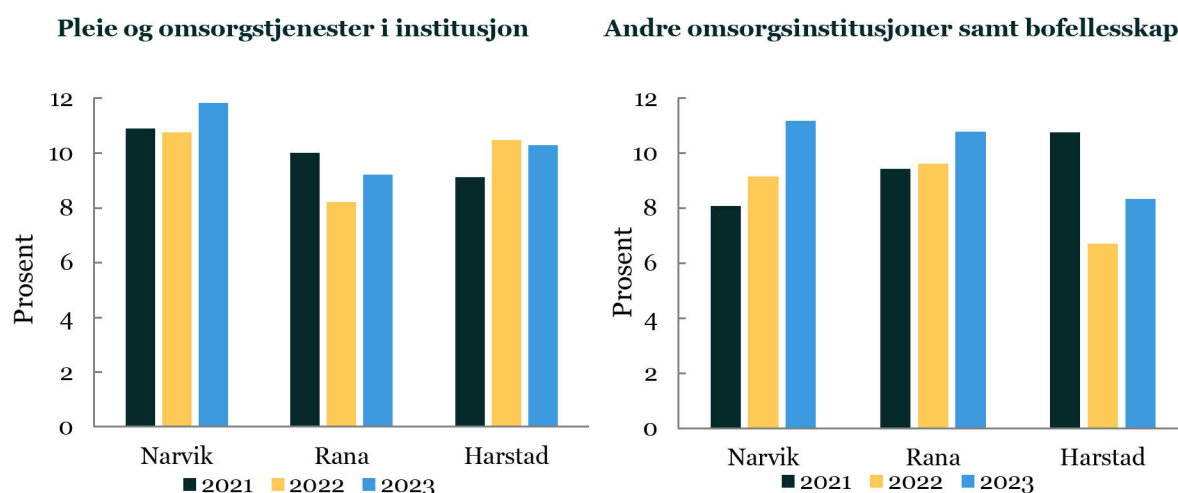
⁴¹ Dette omfatter somatiske sykehjem og spesialsykehjem

⁴² Dette inkluderer: Institusjoner og bofellesskap innen omsorg for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og rusmiddelomsorg, institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede, bl.a. aldershjem og andre bofellesskap med fast tilknyttet personell, avlastningsboliger/-institusjoner, barneboliger og institusjoner innen barne- og ungdomsvern.

2. **Økt bruk av vikarer:** Kommunen må i mange tilfeller leie inn vikarer fra private leverandører, som ofte har høyere timepris enn faste ansatte. Dette fører til betydelige merkostnader.

Ifølge sektorlederen for institusjon og omsorgsdistrikt i Narvik har merforbruket i forhold til budsjettet vært cirka 25 millioner kroner i 2024, som følge av overtid og bruk av vikarer. Figur 6-1 viser utviklingen i sykefraværet i Narvik, Rana og Harstad.

Figur 6-1: Gjennomsnittlig andel sykemeldte i Narvik, Rana og Harstad. Kilde: KS, bearbeidet av Menon Economics.

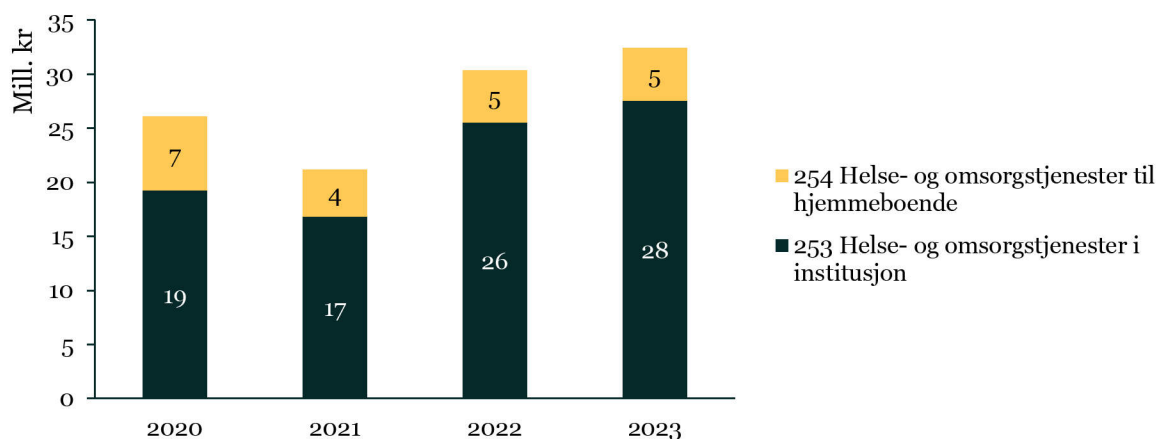


Utgifter til innleie av vikarer

For å kartlegge kommunenes bruk av vikartjenester har vi benyttet tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB), nærmere bestemt KOSTRA-funksjonene 253 (helse- og omsorgstjenester i institusjon) og 254 (helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende), med art 270 (tjenester som inngår i egenproduksjon).

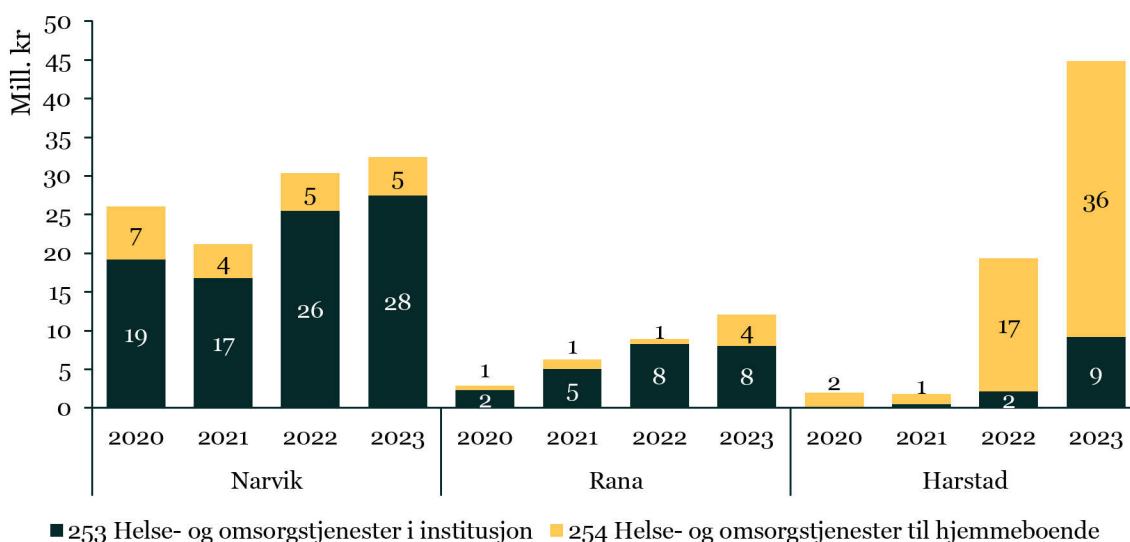
Figur 6-2 viser utviklingen i Narvik kommune i perioden 2020–2023. De samlede utgiftene til vikartjenester var 26 millioner kroner i 2020, sank til 21 millioner i 2021, og økte deretter betydelig til 30 og 32 millioner i 2022 og 2023. Den klart største andelen av disse utgiftene gjelder institusjonstjenester (funksjon 253), som har stått for mellom 74 og 85 prosent av totalen i perioden.

Figur 6-2: Innkjøp av vikartjenester i Narvik. Kilde: KOSTRA, SSB-tabell 12367.



Sammenlignet med Rana og Harstad, som vist i figur 6-4, fremstår Narvik som en kommune med høye, men relativt stabile utgifter til vikartjenester over tid. Rana har hatt en mer moderat økning fra et lavt utgangspunkt, mens Harstad har hatt en markant økning de siste to årene – fra under 2 millioner kroner i 2021 til hele 45 millioner kroner i 2023. Økningen i Harstad er særlig drevet av hjemmebaserte tjenester (funksjon 254), som alene utgjorde 36 millioner kroner i 2023.

Figur 6-3: Innkjøp av vikartjenester i Narvik, Rana og Harstad. Kilde: KOSTRA, SSB-tabell 12367.



Fremtidige utfordringer

Med en aldrende befolkning og økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, vil utfordringene knyttet til tilgang på helsepersonell trolig forsterkes. Det vil være avgjørende for Narvik kommune å fokusere på tiltak som kan forbedre rekruttering, redusere belastningen på ansatte og begrense avhengigheten av overtid og vikarer. Effektiv oppgavedeling, innovativ bruk av teknologi og samarbeid med private aktører kan være mulige strategier for å møte disse utfordringene.

6.2 Oppgavedeling

Mens det forrige delkapittelet omhandlet utfordringer knyttet til tilgang på personell, tar dette delkapittelet for seg hvordan tilgjengelige ressurser disponeres. Effektiv oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper er avgjørende for å optimalisere ressursbruken og sikre at knappe fagressurser utnyttes best mulig.

Sektorlederne i Narvik fremhever mangelfull oppgavedeling som en betydelig kostnadsdriver på tvers av helse- og omsorgstjenestene. Ineffektiviteten fører til at fagressurser med høye eller feil kvalifikasjoner bruker tid på oppgaver utenfor sitt fagfelt. Dette bidrar til økte kostnader og lavere ressursutnyttelse i en tid der knapphet på personell allerede er en utfordring.

Eksempler på ineffektiv oppgavedeling

Overkvalifisert kompetanse til enkle oppgaver

Sektorlederne peker på at sykepleiere ofte utfører oppgaver som faller utenfor deres kjernekompetanse, særlig i form av randsonetjenester. Eksempler inkluderer oppgaver som å lage handlelister, hente

varer, plassere dem i brukernes kjøleskap og utføre mindre vaktmesteroppgaver. Slike oppgaver er ikke lovpålagte og kunne i stor grad vært utført av personell med lavere kvalifikasjoner.

Denne praksisen er særlig problematisk i lys av det høye sykefraværet og utfordringer med rekruttering, som gjør det krevende å få nok fagpersonell til å utføre sine kjerneoppgaver. Selv om det har vært et arbeid for å forbedre oppgavedelingen, understrekes det av sektorlederne at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial. En mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver kunne frigjort sykepleiere til å fokusere på fagspesifikke oppgaver og samtidig redusert kostnadene.

Små enheter og lav spesialiseringsgrad

En annen utfordring knyttet til oppgavedeling gjelder den geografiske fordelingen av institusjoner og tjenester etter kommunesammenslåingen. Mange av enhetene er små, noe som begrenser muligheten til å utnytte ulik kompetanse gjennom effektiv oppgavedeling.

Til tross for at økt effektivitet var en sentral målsetning bak kommunesammenslåingen, har antallet enheter ikke blitt redusert. Resultatet er en lav spesialiseringsgrad, der hver enhet må levere et bredt spekter av tjenester. Dette gjør det vanskelig å oppnå stordriftsfordeler og resulterer i at fagpersonell i større grad må fungere som generalister, ofte med oppgaver utenfor sin kjernekompetanse.

Konsekvenser og muligheter

Mangelfull oppgavedeling fører til at ressursene i Narvik kommune utnyttes suboptimalt og at kostnadene øker unødvendig. Ved å forbedre fordelingen av oppgaver og øke graden av spesialisering i både hjemmebaserte tjenester og institusjonene, kan kommunen oppnå betydelige besparelser uten å svekke tjenestekvaliteten.

Samlokalisering og bedre koordinering mellom enhetene kan også bidra til å redusere belastningen på fagpersonell, forbedre arbeidsflyten og legge til rette for mer effektiv ressursbruk. Dette vil ikke bare øke kostnadseffektiviteten, men også bidra til å styrke rekrutterings- og arbeidsvilkårene for ansatte i sektoren.

6.3 Organisering og turnusplaner

Utforming av effektive turnusplaner er avgjørende for å sikre optimal bemanning gjennom døgnet, og for å unngå kostnadsdrivende perioder med over- eller underbemanning. I helse- og omsorgstjenesten er turnusplanlegging en kjent utfordring, delvis på grunn av arbeidstidsbestemmelser og tariffavtaler som gir kommunene begrenset fleksibilitet. Dette fører ofte til overbemanning på dagtid for å sikre tilstrekkelig bemanning på kveld, natt og i helger – en problemstilling som også er relevant i Narvik kommune.

En viktig forskjell mellom kommunale og private aktører er friheten til å utforme mer fleksible turnusplaner. Private aktører har større mulighet til å benytte ordninger som langturnus og medlevertturnus. Medlevertturnus innebærer lengre vakter og høyere gjennomsnittlig arbeidstid per ansatt, noe som tillater institusjoner å operere med færre ansatte. Evalueringer viser at denne ordningen er mindre kostnadskreven enn tradisjonelle turnusplaner og kan redusere driftskostnadene uten å gå på bekostning av kvaliteten.

Siden medleverordningen hovedsakelig benyttes av private virksomheter, kan dette forklare hvorfor private institusjoner ofte har lavere driftskostnader enn offentlige. For eksempel er det i utviklingshemmedes tjenester og rusomsorgen dokumentert at færre vaktskifter reduserer stress for brukerne, samtidig som det gir en bedre opplevelse for ansatte.

6.4 Kultur og handlingsmønstre

En sentral utfordring som sektorlederne i Narvik peker på, er knyttet til handlingsmønstre, vaner og rutiner som har utviklet seg over tid i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. I mange år har kommunen hatt en relativt god ressursituasjon, både økonomisk og med hensyn til personell. Dette har bidratt til at det ikke har vært et press for å vurdere helheten i tjenestene eller drive systematiske omstillinger. Resultatet har vært at enkelte ineffektive praksiser har fått utvikle seg uten nødvendige korrigeringer.

Vårt inntrykk er at helse- og omsorgstjenestene i Narvik i liten grad har hatt en kultur der kostnadseffektivitet og kontinuerlig forbedring har vært systematisk prioritert. Denne situasjonen begynner nå å merkes i form av økt ressursknapphet og høyere økonomisk press. Utfordringene er blitt ytterligere forsterket av kommunesammenslåingen, som har ført til at tre ulike kulturer, vaner og praksiser fra de tidligere kommunene Narvik, Ballangen og deler av Tysfjord skal integreres i én samlet organisasjon.

Sektorlederne beskriver at dersom de kunne starte med «blanke ark» og designe tjenestene fra bunnen av, ville organiseringen vært betydelig annerledes enn dagens struktur. De opplever imidlertid at det er krevende å gjennomføre nødvendige endringer, både når det gjelder større strukturelle grep og mer gradvise forbedringer. Dette skyldes delvis interne barrierer, som motstand mot endring og etablerte rutiner, men også en organisasjonskultur som oppleves som lite endringsorientert.

Mangelen på enhetlig praksis og tilpasningsdyktighet gjør det utfordrende å drive frem en omstillingsprosess som sikrer mer kostnadseffektiv drift, samtidig som tjenestekvaliteten opprettholdes.

Dette mønsteret er ikke unikt for Narvik, men gjenspeiler en bredere utfordring i offentlig sektor, der tradisjoner og etablerte rutiner kan være en barriere for rask og effektiv tilpasning til nye krav og rammebetingelser.

En av fordelene som sektorlederne ser ved konkurranseutsetting, er muligheten for å bringe inn en ny organisering og arbeidsform gjennom eksterne aktører. Private leverandører kan ha større fleksibilitet og insentiver til å drive kostnadseffektivt, og kan dermed realisere omstillingsgevinster som kan være vanskelige å oppnå gjennom interne prosesser.

Denne tilnærmingen kan bidra til å utfordre etablerte praksiser og introdusere nytenkning i hvordan tjenestene leveres. Samtidig er det viktig å understreke at slike tiltak krever tett oppfølging og klare krav til kvalitet for å sikre at endringene gir ønskede resultater for både brukere og ansatte.

6.5 Små og ineffektive enheter

En mulig utfordring for kostnadseffektiviteten i Narvik kommunes helse- og omsorgstjenester er knyttet til små og desentraliserte enheter. Mange av tjenestene er organisert i enheter som er geografisk spredt og av begrenset størrelse, noe som gjør dem sårbare for bemanningsutfordringer og vanskeligere å drifte effektivt. Slike enheter har begrensede muligheter til å realisere stordriftsfordeler gjennom effektiv oppgavedeling, spesialisering og tilpasning av bemanningsplaner.

Disse utfordringene forsterkes av den demografiske utviklingen i Narvik, der en aldrende befolkning og en synkende andel arbeidssføre vil øke presset på ressurser. Dette gjør det enda mer nødvendig å sikre en organisering som legger til rette for bærekraftig drift og bedre ressursutnyttelse.

Små enheter har ofte høyere driftskostnader per bruker, fordi faste kostnader må fordeles på færre personer, og fordi bemanningen ofte må dekke et bredt spekter av oppgaver med lav grad av spesialisering. Ved å redusere antallet enheter og samle ressursene i større og mer sentrale strukturer, kan kommunen oppnå stordriftsfordeler som:

- **Effektiv oppgavedeling:** Bedre utnyttelse av kompetansen til ansatte og mindre bruk av fagressurser til oppgaver utenfor deres kjerneområde.
- **Reduserte bemanningsutfordringer:** En mer konsentrert organisering gir større fleksibilitet i å dekke vakter og redusere sårbarhet for sykefravær.
- **Lavere kostnader:** Større enheter kan gi lavere faste kostnader per bruker og bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Selv om konkurranseutsetting kan bidra til økt effektivitet i enkelte deler av tjenestene, vil det alene ikke være tilstrekkelig for å løse problemene knyttet til små og ineffektive enheter. Realiseringen av stordriftsfordeler gjennom sentralisering krever omfattende strukturelle grep som må initieres og styres av kommunen.

7 Vurdering av konsekvenser ved konkurranseutsetting

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunnene fra analysen og vurderingene som er gjort gjennom rapporten. Vi diskuterer relevansen av konkurranseutsetting som et mulig tiltak for effektivisering av helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune, med utgangspunkt i kommunens høye kostnadsnivå og identifiserte utfordringer. Videre vurderer vi potensielle konsekvenser og besparelser, samt behovet for en helhetlig tilnærming som inkluderer alternative tiltak. Kapittelet avsluttes med anbefalinger for videre prosess og beslutningstaking.

7.1 Situasjonen i Narvik

Utfordringsbildet: Større behov på færre hender

Kommune-Norge står overfor store utfordringer i årene fremover. Den demografiske utviklingen skaper et dobbelt press på helse- og omsorgstjenestene: behovet for tjenester vil øke betydelig, samtidig som tilgangen på arbeidskraft som kan levere disse tjenestene, reduseres.

Dette er et utfordringsbilde som er svært relevant for Narvik. Kommunen har et fallende folketall, og en alderssammensetning som innebærer en sterk vekst i antall eldre og en nedgang i de yngre aldersgruppene. Dette gir en utvikling der det i årene fremover vil være flere med behov for helse- og omsorgstjenester fordelt på færre hender i arbeidsstyrken.

Utfordringene forsterkes ytterligere av at Narvik allerede i dag har et høyt utgiftsnivå i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med mange andre kommuner. Dette betyr at det økonomiske handlingsrommet er begrenset, og at det kan være krevende å imøtekomme fremtidige behov uten betydelige grep for å øke kostnadseffektiviteten i tjenestene.

For å kunne opprettholde kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til kommunens innbyggere, og samtidig sikre at ressursbruken ikke i uforholdsmessig stor grad fortrenger viktige tjenester som skole, barnehage og øvrige kommunale oppgaver, er det viktig å «snu alle steiner» for å finne smartere måter å organisere tjenestetilbudet.

Ineffektivitet: Mulighetsrom for kostnadsbesparelser på 120 – 130 mill. kr årlig

Kostnadseffektivitet handler om hvorvidt et gitt resultat oppnås med lavest mulig ressursbruk. I helse- og omsorgssektoren betyr dette å levere tjenester av en gitt standard til lavest mulig kostnad.

Våre analyser viser at Narvik kommune har en vesentlig høyere ressursbruk til helse- og omsorgstjenester enn andre kommuner generelt. Når vi kontrollerer for faktorer som antall innbyggere, alderssammensetning, helsetilstand og spredt bosetting finner vi at Narvik har en kostnad per innbygger som ligger om lag 6 000 kroner høyere enn forventning. Med om lag 21 500 innbyggere tilsier dette en merkostnad på 120 – 130 mill. kr i året, der lavere kostnadseffektivitet enn andre kommuner fremstår som den viktigste forklaringen.

Et sentralt spørsmål er hvordan merkostnaden vil utvikler seg fremover. På den ene siden vil en mer utfordrende ressursituasjon kunne være en drivkraft for omstilling. På en annen side vil økende behov

gi en mer kaotisk og krevende situasjon, der ressursbruken øker raskere enn behovet. De siste årene har Narvik vist tegn på en mer moderat vekst i ressursbruken enn andre kommuner, noe som kan være tegn på det er gjennomført endringer som forbedrer kostnadseffektiviteten.

Mulige forklaringer på ineffektivitet

Intervjuer med sektorlederne i helse- og omsorgstjenesten i Narvik har avdekket flere utfordringer som kan bidra til å forklare hvorfor Narvik har lav kostnadseffektivitet sammenlignet med andre kommuner. Utfordringene er blant annet knyttet til:

- Tilgang på helsepersonell
- Oppgavedeling
- Organisering og turnusplaner
- Kultur og handlingsmønstre
- Små og ineffektive enheter

Sektorlederne oppgir at det er jobbet mye med strukturelle endringer for å forbedre kostnadseffektiviteten, men at det fortsatt er en lang vei å gå. De opplever det som en utfordring at ineffektive vaner har fått utvikle seg ukorrigert over tid, noe som har sementert seg i en kultur som er krevende å omstille. Sektorlederne beskriver at dersom de kunne starte med «blanke ark» og designe tjenestene fra bunnen av, ville organiseringen vært betydelig annerledes enn dagens struktur.

7.2 Konkurransetsetting som tiltak for mer effektive helse- og omsorgstjenester

Konkurransetsetting av helse- og omsorgstjenester i kommunene er som oftest et tiltak motivert av ønsket om høyere kostnadseffektivitet. Samtidig er det viktig å se helheten, der eventuelle kostnadsbesparelser sees i sammenheng med konsekvenser for kvaliteten i tjenestene som ytes, de ansattes arbeidsforhold og -betingelser og andre relevante virkninger.

Små forskjeller mellom kommunal og privat drift generelt

Litteraturgjennomgangen viser at konkurransetsetting i en del tilfeller er assosiert med lavere driftskostnader av tjenestene. Samtidig krever konkurransetsettingen ressurser av kommunen knyttet til bl.a. utforming og gjennomføring av anbud, samt oppfølging av at punktene i avtalen overholdes av den private leverandøren. Kostnadene for kommunen kalles gjerne som «transaksjonskostnader», og er sjelden inkludert i de empiriske studiene av kostnadseffektivitet mellom kommunal og privat drift. Dette innebærer at det ikke er noen systematisk forskjell i kostnadseffektivitet mellom privat og generell kommunal drift, samt at forskjellene synes å være relativt begrenset.

Også når det kommer til kvalitet i tjenestene synes litteraturen å vise små forskjeller mellom offentlig drift eller drift som er konkurransettsatt til private leverandører. En del studier kan tyde på at kvaliteten og brukertilfredsheten er noe høyere ved bruk av private, noe som også understøttes av erfaringer fra andre kommuner som vi har intervjuet. En av de sentrale forklaringene på kvalitetsforskjell mellom offentlig og private er knyttet til bruk av medlever- og langturnusordninger. Forklaringene ligger i hvordan arbeidstiden i medlevertturnus legger til rette for bedre relasjoner mellom ansatte og brukere, samtidig som lange vakter fremmer kontinuitet og stabilitet, noe som skaper trygghet og ro for brukerne.

Tradisjonelt har frykt for svekkede arbeidsvilkår og -betingelser vært en sentral drivkraft for motstand mot konkurransetsetting og bruk av private. Litteraturgjennomgangen vår viser flere rapporter som

forklarer de reduserte driftskostnadene hos private med lavere lønns- og pensjonsbetingelser, men at det er uklart hvor vidt forskjellene skyldes et lavere lønnsnivå, eller mer effektiv bruk av kompetanse og oppgavedeling.

Konkurransetsetting kan være et relevant tiltak i Narvik

Selv om litteraturgjennomgangen og våre analyser ikke viser vesentlige forskjeller mellom kommunal drift og konkurransetsetting når det gjelder kostnadseffektivitet eller kvalitet, kan konkurransetsetting likevel være et relevant tiltak i Narvik. Dette skyldes at helse- og omsorgstjenestene i kommunen preges av lavere kostnadseffektivitet sammenlignet med andre kommuner.

Konkurransetsetting kan representere en mulighet til å utfordre og bryte opp ineffektive strukturer som i dag preger driften, slik sektorlederne har beskrevet. Ved å introdusere private aktører kan kommunen dra nytte av deres potensielle evne til å drive innovasjon, øke fleksibiliteten og gjennomføre omstillinger raskere enn det som ofte er mulig innenfor kommunal egenregi. Konkurransetsetting kan dermed være et verktøy for å oppnå nødvendige forbedringer i tjenestene på en mer effektiv og målrettet måte enn å utelukkende basere seg på interne forbedringsprosesser.

7.3 Helhetlig vurdering og anbefaling

Mulige kostnadsbesparelser ved konkurransetsetting

Analysen viser et betydelig behov og potensial for å redusere kostnadene i helse- og omsorgstjenesten i Narvik. Beregningene indikerer at kommunen har årlige merkostnader på mellom 120 og 130 millioner kroner sammenlignet med et kostnadseffektivitetsnivå som er normalt for kommune-Norge. Konkurransetsetting kan være ett av flere tiltak for å redusere deler av dette beløpet.

Basert på erfaringer fra andre kommuner og analyser av kostnadsforskjeller mellom kommunal og privat drift, vurderer vi det som realistisk at Narvik kommune kan oppnå årlige besparelser på 20–70 millioner kroner ved en bred konkurransetsetting av utvalgte tjenester. Dette forutsetter imidlertid en godt gjennomført prosess, med fokus på å utforme og følge opp avtaler på en effektiv måte. Samtidig må det understrekes at konkurransetsetting kan være ressurskrevende og innebære utfordringer knyttet til implementering og oppfølging.

Vi har ikke i denne analysen grunnlag for å gi konkrete anbefalinger om hvilke tjenester som er mest eller minst egnet for konkurransetsetting. En grundigere vurdering av de enkelte tjenesteområdene er nødvendig før en eventuell implementering.

Vurdering av andre konsekvenser

Litteraturgjennomgangen og erfaringer fra andre kommuner gir ikke grunnlag for å konkludere med vesentlige positive eller negative konsekvenser for brukere eller ansatte som følge av konkurransetsetting. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at utilsiktede konsekvenser kan oppstå.

I en eventuell overgang til privat drift bør Narvik kommune derfor prioritere en åpen og god dialog med berørte parter, inkludert ansatte, brukere og deres pårørende. For å sikre at konkurransetsetting gir ønskede resultater uten å gå på bekostning av kvalitet eller arbeidsforhold, bør kvalitet og ansattes arbeids- og lønnsbetingelser vektlegges tydelig i anbudsprosessen og valg av leverandør.

Vurdering av andre mulige tiltak

Denne analysen vurderer kun konkurranseutsetting som et mulig tiltak for effektivisering av helse- og omsorgstjenestene i Narvik. Det finnes imidlertid andre tiltak som potensielt kan gi bedre eller mer målrettede resultater, og som bør vurderes i en bredere utredning.

En helhetlig prosess, i tråd med utredningsinstruksen, bør omfatte en sammenligning av ulike tiltak. Dette ligger utenfor rammene for denne analysen, men vi ser at følgende tiltak kan vurderes enten som alternativer til eller i kombinasjon med konkurranseutsetting:

- **Nedleggelse eller sammenslåing av enheter** som ikke er kostnadseffektive
- **Innføring av fritt brukervalg** i hjemmetjenesten, som kan gi brukerne større valgfrihet og samtidig fremme konkurranse blant leverandørene.
- **Forbedret oppgavedeling og intern omstilling**, for eksempel gjennom optimalisering av ressursbruken og bedre arbeidsflyt.
- **Bruk av langturnus/medlevertturnus**, som kan bidra til økt kontinuitet for brukerne og lavere driftskostnader.

Ved å vurdere og kombinere flere tiltak kan Narvik kommune utvikle en helhetlig strategi for effektivisering av helse- og omsorgstjenestene, som både tar hensyn til kvalitet og kostnadskontroll.

8 Referanser

- Bergman, M., Johansson, P., Lundberg, S., & Spagnolo, G. (2016). Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*.
- Bjørn, E., Hippe, J., Holte, J., Røtnes, R., Trygstad, S., & Bergene, A. (2019). Når velferd er til salgs: Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester. *Fafo-rapport 2019:11*.
- Broms, R., Dahlström, C., & Nistotskaya, M. (2024). Provider Ownership and Indicators of Service Quality: Evidence from Swedish Residential Care Homes. *Journal of Public Administration Research and Theory*.
- Gautun, H., Bogen, H., & Grødem, A. (2013). *Konsekvenser av konkurranseutsetting*. Fafo.
- Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. *The Lancet*.
- Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet*.
- Hart, O., Shleifer, A., & Vishny, R. (1997). The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons.
- Holmøy, E., Hjemås, G., & Haugstveit, F. (2023). Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk. *SSB*.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Veileder til kontoplanen i KOSTRA*.
- KS og NHO. (2019). Lønnssammenligning for ansatte i sykehjem – kommunalt og privat .
- Laffont, J.-J., & Martimort, D. (2001). The Theory of Incentives I: The Principal-Agent Model.
- Lien, L., & Bogen, H. (2018). Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter. *Fafo*.
- NHO Service og Handel. (2019). Lønnssammenligning for ansatte i sykehjem – kommunalt og privat.
- NOU 2016: 1. (2016). Arbeidstidsutvalget - Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet.
- NOU 2020: 13. (2020). Private aktører i velferdsstaten. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- NOU 2020: 15. (2020). Det handler om Norge.
- NOU 2023: 4. (2023). Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- NOU 2024: 17 . (2024). Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- NyAnalyse. (2016). Effekten av konkurranse: Kvalitet og kostnader ved sykehjem i Oslo 2016.

- Petersen, O., & Hjelmar, U. (2012). *Effekter av konkurrence om offentlige opgaver i Danmark og Sverige på eldre- og daginstitutionsområdet*.
- Rambøll og Inventura. (2014). KOSTNADER, BESPARELSER OG EFFEKTIVISERING VED KONKURRANSE. KS.
- SINTEF. (2016). Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten - Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune.



Menon
Economics

Menon Economics

Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo

+47 909 90 102

post@menon.no

menon.no