

Hanne Bogen

Privat drift av omsorgstjenester

Gjennomgang av nyere forskning

Hanne Bogen

Privat drift av omsorgstjenester

Gjennomgang av nyere forskning

© Fafo 2011
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord.....	4
1 Innledning.....	5
2 Privat drift av offentlig finansierte pleie- og omsorgstjenester	8
3 Privat kjøp av private (og offentlige) omsorgstjenester	27
4 Barnevern – privatisering/kjøp fra private	32
5 Avslutning.....	38
Litteratur.....	41

Forord

Fafo har over lengre tid arbeidet med problemstillinger relatert til bruk av konkurranse i offentlig sektor. Dette notatet er del av dette arbeidet og finansiert gjennom Fafos strategiske utviklingsmidler. Notatet trekker frem en del nyere forskning på feltet og tar spesielt for seg pleie- og omsorgstjenester og barneverntjenester. Det er imidlertid utarbeidet innenfor en kort tidsramme og foregir derfor ikke å gi en fullstendig presentasjon av en kompleks og mangesidig problemstilling. På Fafo har forskningsleder Sissel Trygstad kvalitetssikret notatet, mens forsker Kristin Alsos har kommentert juridiske betraktninger. Ut over dette må innholdet i notatet tilskrives forfatteren.

November 2011

Hanne Bogen

1 Innledning

Foreliggende notat tar for seg erfaringer med ulike former for konkurranse og privat drift av to omsorgstjenester, henholdsvis kommunale pleie- og omsorgstjenester for eldre og barneverntjenester. De konkurranseformene som behandles, er det man gjerne kaller konkurranseutsetting og brukervalg/kundevalg.¹ Vi er særlig opptatt av å presentere empiri som viser konsekvenser for kvaliteten på tjenestene og ansattes arbeidsforhold. Vi vil også si noe om omfanget av privat drift og om dette har økt. Det igjen vil kunne si noen om hvorvidt kommunene vurderer dette som hensiktsmessige måter å frembringe omsorgstjenester på.

Notatet har i hovedsak søkelyset på situasjonen i Norge, men med et sideblikk til situasjonen i andre nordiske land, særlig i Sverige. Erfaringer fra Sverige er spesielt interessante siden landet har lengre erfaring med ulike former for konkurranse og privat drift innenfor disse tjenestene enn Norge, og også med et større omfang, det vil si at flere svenske kommuner har tatt i bruk slike driftsformer.

Notatet tar også for seg tendensen som går i retning av at stadig flere betaler omsorgstjenester eller praktisk hjelp i/til hjemmet av egen lomme, enten for seg selv eller på vegne av familiemedlemmer, uten at det offentlige finansierer, det vi her vil kalle privat kjøp av private (og til dels også offentlige) tjenester. Dette kan dreie seg om tjenester som ligger nær opp til det man vanligvis forbinder med hjemmehjelpstjenester. Privat kjøp av tjenester har så langt vært mest aktuelt innenfor eldreomsorgsområdet, og ikke innenfor barnevernområdet, hvor det fremdeles er det offentlige som er eneste kjøper på vegne av brukerne. Det finnes ikke et privat marked for kjøp av barneverntjenester i Norge, slik det i en viss grad gjør for eldreomsorgstjenester.

Notatet bygger på forskning og annen tilgjengelig dokumentasjon fra i hovedsak de siste 5–10 årene. Notatets intensjon er ikke å gi en helhetlig presentasjon og drøfting av erfaringer med nye driftsformer i kommunene, men å bringe inn noen nyere erfaringer på et felt det står mye politisk strid om.

Begrepsbruk

Med privat drift mener vi her både ideelle og kommersielle aktører. Vi forsøker å skille mellom de to typene der det er mulig og hensiktsmessig. Det har i denne sammenheng likevel ikke vært rom for å gå på inn på en nærmere drøfting av forskjellen mellom ideell og kommersiell drift.

¹ Enkelte benytter begrepet konkurranseutsetting både for anbudsmodeller og brukervalg. Det er hensiktsmessig å benytte ulike begreper som skiller mellom de to formene, men ellers er det en smakssak hvilke begreper man benytter.

Innenfor eldreomsorgsområdet har det i en viss grad skjedd en ”privatisering” av omsorgen i Norge, i den forstand at private aktører, ideelle og kommersielle, utgjør en del av tjenesteyterne. Kanskje mindre kjent er det at det også innenfor barnevernområdet har skjedd en relativt omfattende privatisering de senere årene, i den forstand at det etter hvert er et stort omfang av private leverandører av barneverntjenester, også tjenester som leveres i konkurranse, og som oftest med andre private aktører. Dette feltet er mindre forskningsmessig belyst enn erfaringene med konkurranse om drift av pleie- og omsorgstjenester for eldre.

Uttrykkene privatisering og bruk av konkurranse benyttes ofte om hverandre i den offentlige debatten. Privatisering kan gi inntrykk av at det dreier seg om tjenester som en gang har vært offentlige for så å bli private, eller at tjenestene sett under ett i hovedsak har vært offentlig drevet. Innenfor både eldreomsorgsområdet og barnevernområdet er imidlertid situasjonen den at en viss andel av tjenestene lenge eller alltid har vært privat drevet, ofte av ideelle organisasjoner; etter hvert har det så kommet til flere kommersielle virksomheter. Innenfor barnevernområdet har det eksistert mange ”halvkommersielle” tilbud i tillegg til ideelle virksomheter.² Den generelle volumveksten innenfor disse tjenestene de siste tiårene har gått sammen med en vekst også i den private andelen av disse tjenestene, både ideelle og kommersielle. Etter hvert, men relativt nylig, har offentlig virksomhet blitt satt ut på anbud og drives av private dersom private har vunnet anbudet. Det er likevel i hovedsak innenfor eldreomsorgsområdet at offentlige virksomheter har fått konkurranse av private. Enkelte kommuner har valgt bare å konkurranseutsette nye pleie- og omsorgsvirksomheter, for eksempel et nyetablert sykehjem som aldri har vært drevet av kommunen. Innenfor barnevernområdet har ikke de offentlige barneverninstitusjonene blitt satt ut på anbud; det er bare de private institusjonene som har blitt konkurranseutsatt.³ Det nye i driften av pleie- og omsorgs- og barneverntjenester er at det i tillegg til ideelle virksomheter og det vi over har kalt ”halvkommersielle” tilbud innenfor barnevernområdet, også har kommet til en del mer eksplisitt kommersielle aktører. Hvor kommersielle disse nye aktørene er, kan variere. Mange fører et eventuelt overskudd tilbake i virksomheten. Mange av de private virksomhetene har også, i det minste inntil nylig, vært del av det kommunale tiltaksapparatet, i den forstand at de har fungert innenfor de offentlige handlingsplanene. Særlig innenfor barnevernfeltet kan man i liten grad snakke om en privatisering i egentlig forstand. Det har alltid vært et innslag av private tilbud, de har bare hatt liten oppmerksomhet i offentligheten. Konkurransesystemet kom først inn i forbindelse med EØS-avtalen og ble gjeldende for Norges del fra og med 2001. Det sammen gjelder for pleie- og omsorgsvirksomhet for eldre.

² Forskning fra Sverige viser for eksempel at en del av de såkalt kommersielle virksomhetene innen barnevernområdet opprinnelig var familievirksomheter som hadde barn i forpleining, et slags fosterhjem, som etter hvert utviklet seg til en liten institusjon (med for eksempel 4 fosterbarn) fordi de hadde drevet med fosterbarn gjennom mange år.

³ Det har inntil nylig gjeldt virksomheter drevet av både kommersielle og ideelle leverandører. Dette kommer vi tilbake til.

I det følgende gir vi først en kort presentasjon av de ulike konkurranse- og privatiseringsformene og hvordan modellene er utformet. I senere avsnitt går vi inn på erfaringer med modellene. Vi har her valgt å presentere pleie- og omsorgsvirksomhet og barnevern hver for seg.

2 Privat drift av offentlig finansierte pleie- og omsorgstjenester

Konkurransetsetting

Konkurransetsetting av tjenester innebærer at offentlige tjenester utlyses i konkurranse (ofte omtalt som anbud⁴) slik at andre private, ideelle organisasjoner eller kommersielle virksomheter, kan konkurrere om driften av tjenestene. I en del tilfeller er også offentlige virksomheter med i denne konkurransen. Det offentlige finansierer tjenestene og tildeler dem på samme måte som andre tilsvarende offentlige tjenester tildeles. Det offentlige kontrollerer også de private leverandørene ved at det i anbudsprosessen stilles krav til de tjenestene leverandørene leverer. Kontrollen kan dels dreie seg om en forhåndskontroll (antall personell og personellets kompetanse, kvalitetsrutiner, omsorgsfilosofi, dokumenterte behandlingsmetoder, referanser fra andre tjenestebestillere osv.) eller også etterhåndskontroll (levert tjenestekvalitet, for eksempel målt ved brukerundersøkelser eller avviksmålinger). Det offentlige velger selv hvor streng denne kontrollen skal være; det er altså opp til den offentlige bestilleren hvor mye tid og ressurser som skal avses til dette. I prinsippet skal offentlige og private virksomheter underlegges den samme kvalitetskontrollen, men ofte er de private leverandørene gjenstand for sterkere kontroll enn de offentlige. Som ledd i kvalitetsvurderingen gjennomføres nå ofte brukerundersøkelser, både i de offentlige og de private tjenestene, noe som muliggjør en mer systematisk oppfølging og sammenligning av kvaliteten mellom offentlige og private tjenester. Konkurransetsettingen kan altså gjelde bare de private leverandørene (slik det er innen barnevernet i Norge, de offentlige er unntatt) eller mellom private og offentlige leverandører, slik det er innen pleie- og omsorgstjenester i noen norske kommuner. Kommunene velger selv hvordan de vil utforme konkurransen, om også de offentlige virksomhetene skal delta i konkurransen. Ved konkurransetsetting slik vi her har definert denne organisasjonsmodellen, kan leverandørene *konkurrere både på pris og kvalitet*, avhengig av hva kommunen bestemmer. Det vanlige er at det benyttes en kombinasjon av pris og kvalitet i vurderingene. Det er også viktig at vurderingene er ”objektive”, i den forstand at det på forhånd er klart for tilbyderne hvilke vurderingskriterier som gjelder og at alle behandles likt. Vi går ikke her inn på en nærmere vurdering av om de nevnte elementene ved konkurransetsetting faktisk gjelder i hvert enkelt tilfelle, om kvaliteten kontrolleres (godt nok) eller om tilbyderne faktisk stilles likt. I denne omgang har vi bare presentert den generelle modellen for konkurransetsetting, slik den er ment

⁴ Anbud er én konkurranseprosedyre av flere. Ifølge Sletnes finnes tre konkurranseprosedyrer: åpen anbudskonkurranse, begrenset anbudskonkurranse og konkurranse med forhandlinger (Sletnes 2004).

å fungere. I neste omgang må det undersøkes om denne måten å organisere offentlige tjenester på faktisk fungerer etter forutsetningene.

Brukervalg/kundevalg

I de senere årene har en del land innført ulike modeller for brukervalg innenfor velferds-tjenestene. En av intensjonene bak brukervalg er å organisere tjenesteproduksjonen på en måte som kan styrke *brukernes* innflytelse over hvem som yter tjenestene og på den måten også styrke brukernes innflytelse over innholdet i tjenestene. Ved brukervalg er det *brukerne* som velger tjenesteleverandør, mens det ved det vi her har kalt konkurranseutsetting, er bestilleren (kommunen) som velger på vegne av brukerne. Ved at brukerne kan velge mellom ulike tjenesteytere, gjerne både offentlige og private, antas det at tjenestemottakerne i større grad kan påvirke innholdet i tjenestene enn når brukerne er uten mulighet for et slikt valg. I det minste kan brukerne da påvirke *hvem* som skal yte tjenesten.⁵ De som enten ikke vil eller kan velge (for eksempel demente), blir automatisk tildelt en offentlig leverandør.

Innenfor brukervalgmodellene kan brukerne ikke bare velge hvem som skal levere tjenestene, de kan også velge å avslutte leveringen og velge en annen leverandør dersom de er misfornøyde. Det antas at en slik tjenesteorganiseringsmodell vil gjøre leverandørene mer lydøre for den enkelte brukers behov enn om tjenesten utelukkende leveres i offentlig regi, siden leverandørene vil ha en interesse av både å skaffe nye brukere og å holde på de gamle. Tankegangen er at konkurransen mellom tjenesteleverandører gjør dem mer ”skjerpet” overfor brukernes ønsker og behov.

Også ved brukervalg er det det offentlige som finansierer tjenestene og gjør et vedtak om at det skal utføres en bestemt type tjeneste innenfor en avgrenset tid. Det gjøres en konkret behovsvurdering for den enkelte bruker: hva trenger den enkelte bruker hjelp til og i hvilket omfang? Brukerne tildeles så nærmere spesifiserte tjenester (husvask, matlagning, handling osv.) innenfor et bestemt tidsrom (for eksempel et antall timer per uke), men kan altså selv bestemme om det er kommunen eller et privat firma som skal levere tjenesten. Det dreier seg derfor om brukervalg innenfor ganske stramme rammer både med hensyn til type og omfang av tjenester. Slik sett har brukerne ikke nødvendigvis større mulighet til å påvirke innhold i tjenesten enn når den er kommunalt utført.⁶ Men brukerne har altså større mulighet til å påvirke *hvem* som skal utføre tjenesten, og slik sett kanskje *hvordan* tjenesten skal utføres. Etter hvert utprøves det i Sverige modeller for brukervalg der brukerne skal få større innflytelse over innholdet i tjenesten fra gang til gang (”Hva trenger du hjelp til i dag?”). I så fall gjelder det både for de offentlige og de privat utførte tjenestene. Danmark har for eksempel en ordning med fleksibel hjemme-

⁵ Enkelte kommuner, som Oslo, har innført både fritt sykehjemvalg og fritt brukervalg i hjemmetjenestene, både for hjemmesykepleie og praktisk bistand. Brukeren kan da velge hvem som skal utføre tjenestene, enten offentlige eller private leverandører.

⁶ Det finnes brukervalgmodeller i en rekke europeiske land der brukerne får tildelt en sum penger (voucher) og i større grad selv bestemmer innholdet i tjenesten. Graden av fastlagt innhold vil variere, men ofte er det et såkalt vedtak i forhold til et spesielt hjelpebehov som ligger til grunn.

hjelp, men dersom brukeren stadig endrer innholdet i tjenesten, må et nytt vedtak fattes (Svensson & Edebalk 2010: 18).

Ved brukervalg er godtgjørelsen til leverandørene den samme; alle leverandører har samme inntjening per bruker. Hensiktene med denne modellen er at leverandørene skal konkurrere på *kvalitet*, ikke på pris.

Et aspekt ved brukervalg som ofte trekkes frem, er at det kan være viktig for en person med omsorgsbehov å ha en viss innflytelse over hvem som skal yte omsorgen, i og med at det å motta omsorgstjenester kan oppfattes som svært personlig. At brukeren føler seg trygg på den personen som yter hjelpen og at det er en viss grad av ”god kemi” mellom bruker og hjelper, påpekes som viktig. Selv om brukeren ikke selv alltid kan bestemme hvem som skal yte hjelpen, kan muligheten for (om-)valg av hjelper styrke brukerens følelse av å ha kontroll over situasjonen. Erfaringer med brukervalg viser også at det legges mer vekt på ”personmatch” enn ved kommunal organisering.

Også ved brukervalg stiller kommunen krav til de private leverandørene ved at de virksomhetene som leverer tjenester, blir sertifisert på forhånd ut fra ulike kriterier som kommunen selv velger.

Det synes å være en tendens til at konkurranseutsetting, eventuelt i kombinasjon med fritt sykehjemsvalg, benyttes ved institusjonstjenester (sykehjem) mens brukervalg benyttes ved hjemmetjenester, både hjemmesykepleie (i noe omfang) og hjemmehjelp/praktisk hjelp i hjemmet (i noe større omfang), med andre ord at de to konkurranseformene benyttes for noe forskjellige typer omsorgstjenester.

Privat kjøp av private (og offentlige) omsorgstjenester

Mens konkurranseutsetting og brukervalg på velferdsområdet er ordninger som er offentlig finansiert, godkjent/kontrollert og tildelt, forstår vi her privat kjøp av private og offentlige (omsorgs-)tjenester slik: 1) Befolkningen kjøper selv, med egne midler, velferdstjenester av private velferdsleverandører, eller 2) det offentlige tar betaling for tilleggstjenester fra offentlige eller private leverandører ut over basistjenestene. Eksempel på det siste kan være når en privat virksomhet som utfører velferdstjenester på vegne av det offentlige, også tilbyr tilleggstjenester (vindusvask, følgetjenester) som brukeren må betale av egen lomme. Det kan her dreie seg om offentlig sertifiserte tjenester (helsetjenester med sertifisert helsepersonell), men også om ordninger som i mindre grad krever offentlig godkjenning (ulike typer av omsorgs- eller hjemmehjelpstjenester, for eksempel praktisk hjelp i hjemmet).

Mens konkurranseutsetting og brukervalg kan karakteriseres som en *privatisering av tjenesteproduksjonen* i den forstand at det er private som leverer tjenesten, vil privat kjøp av private tjenester, eventuelt (offentlig eller privat leverte) tilleggstjenester, kunne karakteriseres som en (del-)privatisering av finansieringen. Ved kjøp av tilleggstjenester dreier det seg gjerne om at brukerne mottar subsidierte basistjenester, men i tillegg kan kjøpe ekstratjenester, som de da betaler av egen lomme.

Det er kanskje her på sin plass å kommentere uttrykket omsorgstjenester. De såkalte hjemmetjenestene har ofte hatt et vidt spenn, fra rene pleie- og omsorgstjenester utført av helsepersonell (for eksempel hjelpepleiere/omsorgsarbeidere) til mer praktisk hjelp i

hjemmet. Det skilles da også i dag tydeligere mellom disse ulike typene av tjenester enn det ble gjort tidligere. Praktisk hjelp i hjemmet kan bestå i renhold, matlaging, klesvask, handling osv., tjenester som ikke kan regnes som pleietjenester, men som like fullt er nødvendige tjenester for en hjemmeboende person som ikke selv klarer å utføre dem – eller som ikke ønsker å utføre dem selv.

Selv om de fleste som kjøper tjenester av private, kjøper ulike typer av praktisk hjelp, finnes det også private pleie- og omsorgstilbud som er fullt ut privat finansiert. Foreløpig har denne måten å skaffe seg pleie- og omsorgstjenester på et relativt begrenset omfang i Norge, både fordi det allerede finnes et (riktignok ikke helt gratis) offentlig tilbud, men også fordi det er relativt få som ville kunne bekoste et helt privat pleie- og omsorgstilbud selv, særlig dersom det er snakk om behov for mye hjelp. Det er også usikkert om privat kjøp av pleie- og omsorgstjenester vil få et stort omfang i fremtiden. Det man imidlertid må kunne anta, er at omfanget av kjøp av praktisk hjelp vil kunne øke i fremtiden med befolkningens økende kjøpekraft. Det pågår allerede en offentlig debatt om hva slags velferdstjenester man kan forvente å få i fremtiden, både med hensyn til omfang og kvalitet, og kanskje forventes det at det offentlige skal sikre et godt minste-nivå, men at befolkningen selv må bekoste tjenester ut over dette nivået. (Jf. også uttrykket ”de stigende forventningers misnøye”: forventningene til velferdstjenestene øker mer enn det offentliges muligheter til å tilfredsstillte forventningene.)

Det økte private innslaget i finansieringen kan anta flere former, for eksempel:

- 1) økte egenandeler for offentlige omsorgstjenester
- 2) økt/full egenbetaling for tilleggstjenester (for eksempel hagestell, vindusvask), men under en offentlig administrert ordning (enten fra private eller offentlige leverandører), kombinert med offentlig subsidierte basistjenester
- 3) full egenbetaling (markedspris) av helt private tjenester, både pleie- og omsorgstjenester og mer praktisk hjelp

I de nordiske velferdsstatene har *det offentlige finansieringsansvaret* for velferdstjenester blitt tillagt særlig stor vekt, fordi det sikrer at alle kan skaffe seg (gode) tjenester uavhengig av bosted og egen økonomi. Derfor har også denne typen forslag vakt debatt. Den tredje typen av tjenester (helt private tjenester) har foreløpig relativt lite omfang i Norge, særlig når det gjelder pleie- og omsorgstjenester, i og med at det kan bli kostbart dersom man trenger et visst omfang av slike tjenester, og ikke minst i et land med et så høyt lønnsnivå som Norge. Flere har i dag økonomisk mulighet til å kjøpe seg noe praktisk hjelp, for eksempel i noen timer per måned.

Det er viktig å være klar over at allerede i dag betales det en høy egenandel for eldretjenester, særlig for opphold i sykehjem. Det trekkes 75 prosent av løpende inntekt (pensjon) og 85 prosent av kapitalinntekter (renter, aksjeutbytte) for å dekke oppholdsutgiftene. Også hjelp i hjemmet – hjemmehjelp – har en egenandel (som kan variere fra kommune til kommune, og som ofte varierer etter inntekt og dessuten gjerne har et ”utgiftstak”). I en del tilfeller er egenandelen såpass høy at det (nesten) er mulig å kjøpe tilsvarende tjenester på det private markedet, også når de private tjenestene leveres ”hvitt”. I bydel Grünerløkka i Oslo kan man kjøpe kommunalt organiserte tilleggstje-

nester som for eksempel ekstra rengjøring, hjelp til kjøp av sko/klær, reparasjon av tekstiler (for eksempel gardiner), vinduspuss, lufting av kjæledyr, følgeoppdrag, tur i nærmiljøet og kafébesøk til en timepris på kr. 350 på dagtid (og 40 prosent dyrere på kveldstid). Det skulle være mulig å få kjøpt tjenester ”hvitt” i det private markedet for denne summen.

Inntil nylig har private tjenester antakelig vært utforholdsmessig dyre fordi virksomhetene har måttet betale moms. Våren 2009 vedtok Klagenemnda for merverdiavgift (i Finansdepartementet) at private firmaer som tilbyr omsorgstjenester, ikke skal betale moms. Forutsetningen for momsfritak er at brukerne har et kommunalt vedtak på at de trenger hjelp. Med et påslag på 25 prosent ble private tjenester langt dyrere enn egenandelen for kommunale omsorgstjenester. Nå er prisene mer på linje med egenandelen for kommunale tjenester. Dette momsfritaket vil imidlertid ikke gjelde tjenester som betales privat og som ikke inngår i en kommunal brukervalgsordning.

Hvilke tjenester må konkurranseutsettes når de kjøpes inn?

Helse- og omsorgstjenester er såkalte uprioriterte tjenester som ikke omfattes av EUs anskaffelsesdirektiv, som Norge er del av gjennom EØS-avtalen. For denne typen tjenester har norske myndigheter frihet til å fastsette hvilke anskaffelsesregler som skal gjelde. Norske myndigheter har valgt å la dem omfattes av anskaffelsesreglene. Det har imidlertid vært en del uklarheter omkring tolkningen av EUs regelverk på dette området, om omsorgstjenester – og barneverntjenester – må konkurranseutsettes når de kjøpes inn. Professor i EØS-rett Hans Petter Graver hevder at omsorgstjenester og barneverntjenester ikke bør sidestilles her (Aftenposten 5.12.07). Han skiller mellom de to typene tjenester og mener at barneverntjenester ikke faller inn under EØS-reglene (det vil si at de ikke må konkurranseutsettes når de kjøpes inn), mens pleie- og omsorgstjenester antakelig gjør det. Hans begrunnelse er at det bare er de siste som er tjenester i EØS-rettens forstand, mens de første (barneverntjenester) dreier seg om myndighetsutøvelse. Det er dessuten bare det offentlige som er kjøper av barneverntjenester, mens det kan finnes et privat marked for helse- og sosialtjenester (han nevner i denne forbindelse også sykehjemsplasser). Graver hevder i tillegg at barneverntjenester er spesielt lite egnet for markedsløsninger.

Uten at vi skal ta stilling til synspunktene her, tyder mye på at EU-lovgivningen har rom for tolkninger på dette området. Sommeren 2011 vedtok KOFA, Klagenemnda for offentlige anskaffelser, at kjøp av barneverntjenester i form av enkeltplasser ikke faller inn under det norske regelverket for offentlige anskaffelser, mens inngåelse av såkalte rammeavtaler gjør det.⁷ Enkeltplasser tildeles gjerne barn og unge som trenger spesielt skreddersydd opplegg. Rammeavtaler gjelder på den annen side kontrakter med private barneverninstitusjoner om å ha et visst antall plasser tilgjengelig (en opsjon på et visst antall plasser). Slike plasser gjelder gjerne barn og unge som ikke trenger et like skreddersydd opplegg. Hvorvidt KOFA-avgjørelsen også vil gjelde for pleie- og omsorgstjenester, fremgår ikke, men ut fra begrunnelsen for vedtaket, ser ikke det ut til å være tilfellet.

⁷ Doffin. Nyhetsbrev 27.8.11.

Om frivillige organisasjoners rolle

Det har vært en del uklarhet om kommunene har anledning til å forbeholde konkurransen om pleie- og omsorgstjenester – og barneverntjenester – til ideelle organisasjoner når de velger å kjøpe inn slike tjenester. Nylig vedtok ESA (som er EFTAs overvåkingsorgan og håndhever EØS-avtalen) at det *ikke* er i strid med EU-reglene å prioritere ideelle organisasjoner når norske myndigheter kjøper helse- eller omsorgstjenester på det private markedet.⁸ Dermed kan offentlige oppdragsgivere velge å invitere utelukkende ideelle organisasjoner til å levere tilbud på helse- og omsorgskontrakter og på den måten utelukke kommersielle leverandører i konkurransen. Dette gjelder både pleie- og omsorgstjenester og barneverntjenester.

Norge: Omfang av konkurranse/privat drift

NIBR har over flere år på oppdrag for Kommunal- og regionaldepartementet gjennomført kartlegginger av hvordan kommunene løser sine oppgaver, om de utfører tjenestene selv eller kjøper tjenester fra eksterne leverandører. Siste kartlegging ble gjennomført for 2008, forrige gang i 2004. Kjøp fra private behøver ikke bare bety konkurranseutsetting, men at kommunen har en avtale med ulike leverandører om kjøp av tjenester. Tabell 1 gir en oversikt over slike kjøp. Vi har tatt med noen andre tjenester enn pleie- og omsorgstjenester for å sette omsorgstjenestene ”i relieff”.

Tabell 1 Kommunenes kjøp av private tjenester i Norge. Enhet: Kommune. Prosent

Typer av tjeneste	Kjøp fra private*		Kjøp fra frivillige organisasjoner	
	2004	2008	2004	2008
Barnehage	29,7	34,7	-	11,3
Grunnskole	-	6,9	-	1,6
Hjemmebaserte omsorgstjenester	2,1	5,6	-	1,9
Institusjonsbaserte omsorgstjenester	4,2	11,6	-	4,1
Veivedlikehold/snørydding	76,4	81,4	-	0,3

Kilde: Hovik, S. & Stigen, I. M. (2008). *Kommunal organisering 2008*. Oslo: NIBR. Rapport 2008: 20: 131 og 134.

* Kategorien private omfatter ikke frivillige organisasjoner, som her er skilt ut som en egen kategori.

Spørsmålet i tabellen ble noe endret i 2008 i forhold til i 2004. En direkte sammenligning mellom årene er derfor ikke mulig, ifølge forfatterne. Spørsmålet kartlegger om kommunen ivaretar hele eller deler av sine tjenester på ulike måter. Tabellen skal leses slik: I 2008 ivaretok 34,7 prosent av kommunene hele eller deler av sitt barnehagetilbud gjennom kjøp fra private og 11,3 prosent gjennom hel eller delvis kjøp fra frivillige organisasjoner.

Vi ser av tabellen at det særlig er kjøp av barnehagetjenester, enten fra private (slik det er definert i NIBR-publikasjonen) eller fra frivillige, som utgjør et stort omfang, både i 2004 og 2008, mens tilsvarende for pleie- og omsorgstjenester har et relativt lite

⁸ Vedtatt 22.6.10. Oppslag på Fornyingsdepartementets hjemmeside 24.6.10 og KS' hjemmeside 29.6.10.

omfang, men dog voksende, særlig for institusjonstjenestenes del. Barneverntjenester er ikke tatt med som egen kategori i denne publikasjonen. Vi ser også at en teknisk tjeneste som veivedlikehold/snørydding kjøpes inn i stort omfang.

Ansatte innen privat pleie- og omsorgsvirksomhet utgjorde i 2009 6,7 prosent av årsverkene for pleie- og omsorgstjenester, mot 5,6 prosent i 2008, ifølge KOSTRA-tall (Fagbladet 15.3.10). Dette tallet synes å gjelde ansatte både i ideell og kommersiell virksomhet.

Konkurransetsetting

NIBR har i samme publikasjon også kartlagt omfanget av konkurranseutsetting, at kommunene utlyser anbudskonkurranser om tjenestene. Tabell 2 viser antallet kommuner som har konkurranseutsatt et utvalg tjenester. Vi har også her tatt med enkelte andre tjenester enn pleie og omsorg.

Tabell 2 Omfanget av konkurranseutsetting i Norge. Enhet: Kommune. Antall

Typer av tjeneste	2004	2008
Barnehager	8	10
Grunnskole	1	1
Institusjonsbasert pleie og omsorg	15	14
Pleie og bistand i hjemmet	7	9
Drift og vedlikehold av kommunale veier	125	120

Kilde: Hovik, S. & Stigen, I. M. (2008). *Kommunal organisering 2008*. Oslo: NIBR. Rapport 2008: 20: 141.

Vi ser av tabellen at det antallsmessig er få kommuner som har konkurranseutsatt pleie og bistand i hjemmet (hhv. 7 og 9 kommuner for årene 2004 og 2008), at noe flere (15–14) har konkurranseutsatt institusjonsbaserte pleie- og omsorgstjenester, men at mange har konkurranseutsatt veivedlikehold. Det er også interessant å merke seg at det ikke synes å ha vært noen vekst i løpet av de fire årene i antall kommuner som har tatt i bruk konkurranseutsetting innenfor pleie- og omsorgsområdet (men heller ikke innenfor veivedlikehold).⁹ Det er i hovedsak store kommuner som har konkurranseutsatt omsorgstjenestene (Oslo, Bergen, Stavanger). Ordningen omfatter dermed flere brukere og arbeidstakere enn antallet kommuner i seg selv skulle tilsi.

Ser man på antallet sykehjem som drives av kommersielle virksomheter på oppdrag av kommuner, viser for øvrig en opptelling sommeren 2011 at antallet var 15 av totalt 1050 sykehjem, det vil si 1,4 prosent (NRK 2011). Til sammenligning er det 70 sykehjem drevet av ideelle og frivillige organisasjoner, noe som tilsvarer vel 6 prosent av sykehjemmene.¹⁰

Senter for omsorgsforskning gjennomførte i 2009 en undersøkelse som blant annet kartla kommunenes *planer* om bruk av kommersielle aktører til å tilby omsorgstjenester. 9 prosent svarte at de i stor grad (1 prosent) eller noen grad (8 prosent) planla bruk av kommersielle aktører, 58 prosent at de i liten (31 prosent) eller ingen (27 prosent) grad

⁹ Vi tar her forbehold om sammenlignbarheten i tallene for de to årene.

¹⁰ Ifølge HSH 31.8.11.

gjorde det. 34 prosent visste ikke.¹¹ Det er i hovedsak kommuner med over 20 000 innbyggere som svarer at de i stor eller noen grad tenker å bruke kommersielle aktører. Forfatterne antar at det først og fremst vil være kommuner med et *stort potensielt volum* som er interessante for de kommersielle aktørene, noe de fleste norske kommuner ikke har (Disch & Vetvik 2009). Med andre ord vil det være få kommuner som vil være interessante for private velferdsleverandører, men disse vil til gjengjeld være store.

Også Econ har forsøkt å angi omfanget av offentlig kjøp av omsorgstjenester (Econ 2007). KOSTRA-tall for 2006 viser at av de 27 mrd. som årlig brukes til drift av sykehjem, går vel 3 mrd. med til å kjøpe tjenester fra eksterne leverandører, det vil si 11 prosent. Enkelte større byer kjøper relativt sett mer: Oslo 37 prosent, Stavanger 44 prosent og Trondheim 18 prosent. Det hevdes også at ni kommuner per 2007 hadde gjennomført anbudskonkurranser om til sammen 19 sykehjem. I hovedsak er det kommersielle aktører som deltar i denne konkurransen. Kommunene kjøper også inn private tjenester gjennom drifts- eller rammeavtaler, i hovedsak fra ideelle organisasjoner (jf. at kommunene ikke må konkurranseutsette slike tjenester når de kjøper dem inn; det er det opp til den enkelte kommune å avgjøre).

Selv om tallene over gir noe forskjellige anslag på omfanget av konkurranseutsatte pleie- og omsorgstjenester, gir de sett under ett antakelig et relativt dekkende bilde.¹²

Brukervalg

Foreløpig er det få kommuner i Norge som har innført brukervalg innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Følgende tabell hentet fra ovennevnte NIBR-rapport gir en oversikt over situasjonen i 2008 sammenlignet med 2004.

Tabell 3 Brukervalg i omsorgstjenestene. Enhet: Kommune. Antall

Typer av tjeneste	2004	2008
Institusjonsbasert pleie og omsorg	2	6
Pleie og bistand i hjemmet	10	14
Barnehage	23	58
Grunnskole	8	22

Kilde: Hovik, S. & Stigen, I. M. (2008). *Kommunal organisering 2008*. Oslo: NIBR. Rapport 2008: 20: 145.

Vi ser av tabellen at det er få kommuner som har innført brukervalg i institusjonsbasert pleie og omsorg, men noe flere i 2008 enn i 2004, og en del flere innen hjelp i hjemmet enn innen institusjonsbaserte tjenester, og veksten har vært relativt beskjeden fra det ene året til det neste. På samme måte som med konkurranseutsetting er det i hovedsak store kommuner som har innført brukervalg i omsorgstjenestene (Oslo, Bergen, Stavanger).

Til sammenligning var det i 2008 58 kommuner som hadde innført brukervalg (fritt barnehagevalg) innen barnehagesektoren (i 2004 var antallet 23 kommuner), og 22 kommuner som hadde innført en slik modell (fritt skolevalg) innenfor grunnskolen (i

¹¹ 227 kommuner inngikk i undersøkelsen.

¹² KS har for øvrig nylig utlyst et anbud for å innhente en oversikt over omfanget av konkurranseutsatte kjernetjenester i norske kommuner. Denne oversikten skal være ferdig sommer/høst 2011.

2004 var antallet 8 kommuner). Volumet er altså større innenfor disse tjenestene enn innenfor pleie og omsorg målt i antallet kommuner.

Sverige: Omfang av konkurranse/privat drift

Sverige var tidligere ute med å konkurranseutsette pleie- og omsorgstjenester enn Norge, trolig på grunn av en stram økonomisk situasjon. Allerede på 1990-tallet begynte kommuner å konkurranseutsette slike tjenester. Selv om situasjonen i Norge og Sverige ikke er identisk med hensyn til hvordan pleie- og omsorgstjenester er organisert, kan erfaringene fra Sverige være nyttige i en norsk sammenheng.

Fylkeskommunenes (landstingenes) kjøp av hjemmesykepleietjenester (primärvård, ikke institusjonstjenester) utgjorde i 2007 22,3 prosent av de totale kostnadene, det vil si vel 20 prosent. I de fylkeskommunene som kjøpte mest, utgjorde andelen vel 40 prosent (Västmanland og Stockholm), i den som kjøpte minst, vel 5 prosent (Konkurrensverket 2009: 218). Fylkeskommunene med høyest andel benyttet alle også kundevalg (brukervalg) i eldreomsorgen. Det finnes ikke tall for hvor mange firmaer som leverer disse tjenestene; KPMG har anslått det til 70 individuelle, private virksomheter.

Kommunale tjenester. I 2007 utgjorde andelen eldre over 65 år som bodde permanent i "särskilda boendeformer" (sykehjem med mer) som var i "enskild regi" (det vil si i privat drevet regi av både ideelle og kommersielle virksomheter) om lag 14 prosent, mens tilsvarende andel som mottok bevilgede hjemmetjenester (det vil si etter vedtak) var 11 prosent. Som andel av totale bevilgede hjemmetjenestetimer, utgjorde den private delen om lag 12 prosent (Konkurrensverket 2009: 221).¹³ Tallene innbefatter både konkurranseutsetting ("entreprenad") og kundevalgmodeller, det vil si de angir hvor mange som får privat hjelp uavhengig av modell. Ifølge Konkurrensverket var entreprenadmodellen mer utbredt i svenske kommuner enn kundevalgmodeller per 2007, mens de siste nå er i sterkere vekst enn entreprenadene. Det har vært en jevn, men slak vekst i antall kommuner som har tatt i bruk ulike former for konkurranse i omsorgstjenestene siden tidlig på 1990-tallet. De siste årene synes det likevel som om veksten har avtatt.

Private aktører tilbyr også tjenester til personer med funksjonsnedsettelse (0–64 år) (Konkurrensverket 2009: 224). I 2007 utgjorde kommunenes innkjøp av tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne 16 prosent av kommunenes totale kostnader til slik virksomhet, det vil si en større andel enn for eldreomsorg (se over). 27 prosent av alle med funksjonsnedsettelse som bodde i särskilda boendeformer (institusjon osv.), bodde i boliger som drives i enskild (privat) regi. Det betyr at omfanget av private leverandører er en god del større for tjenester til funksjonshemmede enn til eldre; spesielt gjelder det dem som bor i institusjon.

¹³ Definisjoner: Enskild regi: Pleie og omsorg som kommunen har ansvar for og finansierer, men som drives av andre på oppdrag av kommunen. Disse kan være for eksempel selskap (også kommunale), stiftelser eller kooperativ. Begrepet enskild regi skiller altså mellom private frivillige og kommersielle virksomheter, men det er denne inndelingen som brukes i offentlig, svensk statistikk (fra Socialstyrelsen).

Kommuner som vil kjøpe private tjenester må enten sette dem ut på anbud (etter svensk lov om offentlige anskaffelser (LOU) eller innføre brukervalg etter lov om valgfrihet (LOV), det vil si at det ikke er mulig å kjøpe tjenestene uten konkurranse, såkalte direktekjøp.

Eldreomsorg i privat regi er mest vanlig i de store byene, samtidig som to tredjedeler av kommunene ikke har tatt i bruk slike organisasjonsmodeller (Socialstyrelsen 2006).

Omfang av kundevalg

I de siste ti årene har ulike kundevalgmodeller blitt innført som et alternativ eller supplement til konkurranseutsetting (entreprenader). Per 1.1.09 innførte Sverige en lov ("lov om fritt val i vård og omsorg", LOV) som innebærer at kommuner eller landsting (fylkesting) kan velge å innføre fritt valg i pleie og omsorg. Det er med andre ord kommunene/landstingene selv som bestemmer om denne ordningen skal innføres. Dersom de gjør det, må de lage et system for godkjenning av private virksomheter og ideelle organisasjoner som leverandører. Det skal ikke være noen priskonkurranse mellom leverandørene. Kommuner og landsting har ansvar for at den enkelte bruker/pasient får "fullgod" informasjon om alle leverandører (det vil si også om hva leverandørene kan tilby) og at de som ikke ønsker å velge, også får et tilbud. Loven skal omfatte en rekke tjenester: eldreomsorg, sosial omsorg for funksjonshemmede, barnepleiertjenester, tjenester som utføres av allmennpraktiserende leger, dagsentertjenester, tannlegetjenester, tannregulering, misbruksomsorg. Det er med andre ord mange tjenester som kan omfattes. Det er opp til kommunene/fylkene selv å bestemme hvilke av tjenestene som eventuelt skal inngå, hvor mange osv. Det kan også etableres ulike modeller for valgfrihet for ulike typer av tjenester avhengig av hva som anses hensiktsmessig. Når først kommunen har valgt å innføre en valgfrihetsordning, gjelder nasjonale spilleregler for hvordan dette skal foregå, slik at blant annet alle leverandører behandles likt (Konkurrenserverket 2008).

Per oktober 2010 hadde 68 av Sveriges 290 kommuner innført valgfrihetssystem i eldre- og handikapomsorgen, det vil si 23 prosent. Ytterligere 85 hadde besluttet å innføre systemet. Innen få år vil *mer enn halvparten* av kommunene ha innført et valgfrihetssystem dersom alle de som har besluttet å innføre systemet, faktisk gjør det. Den svenske regjeringen har avsatt midler til et eget stimulansbidrag for å stimulere til innføring av valgfrihet innenfor eldreomsorgen (Socialstyrelsen 2011). Det sies interessant nok fra Socialstyrelsens side at: "Det finns ännu inte underlag för att utvärdera de viktiga frågorna om hur valfrietssystemen påverkar enskilda brukares reella valfriet och livskvalitet." (Socialstyrelsen 2010:7)

I 2008 hadde til sammenligning 39 av Sveriges 290 kommuner innført kundevalg i eldreomsorgen (dvs. 13 prosent), ifølge Svensson og Edebalk (2010:7). Det har med andre ord vært en relativt stor vekst de siste to årene; mye tyder på at veksten kommer til å fortsette også de neste årene.

Erfaringer med konkurranseutsetting og brukervalg/kundevalg av omsorgstjenester

I det følgende presenterer vi en del erfaringer med konkurranseutsetting og brukervalg. Med erfaringer mener vi erfaringer for både brukerne (kvalitet) og de ansatte i omsorgs-

tjenestene. I den grad opplysninger finnes, vil vi også se på kostnadsaspektet. Vi har valgt å presentere erfaringer samlet på tvers av land. Vi fokuserer i hovedsak på Norge og Sverige. Det synes som om det særlig i svensk forskning nå er mye mer oppmerksomhet omkring kundevalg enn konkurranseutsetting, og at det særlig er denne modellen som nå studeres, antakelig fordi den er nyest og minst utforsket, men trolig også fordi denne modellen er i sterkere vekst enn konkurranseutsettingsmodellen.

Ifølge Vabø (2005) er det særlig Sverige og i noen grad Finland som har erfaringer av et visst omfang med konkurranseutsetting av omsorgstjenester. I Norge og Danmark har det vært mye debatt om disse driftsformene, men de har likevel et begrenset omfang. Når det gjelder fritt brukervalg i hjemmetjenestene, er det særlig Danmark som har vært offensive ved å lovpålegge kommunene å tilby sine hjemmehjelpsbrukere mulighet til å velge en privat leverandør.¹⁴ Finland innførte i 2004 en ordning som innebærer at de kommuner som ønsker det, kan tilby brukerne en serviceseddel (voucher) i stedet for hjemmetjenester, slik at brukerne kan kjøpe tjenestene selv. Kommunene er ikke pålagt å ha en slik ordning. Sverige har hatt forsøk med fritt brukervalg siden tidlig på 1990-tallet (Vabø 2005). Alle kommuner i Sverige kan nå velge om de vil innføre en slik ordning (se over).

Erfaringer med konkurranseutsetting

Det er etter hvert gjennomført en del studier som sammenligner privat og offentlig drift av omsorgstjenester. Vabø foretok i 2005 en sammenstilling av de den gang foreliggende undersøkelsene i de nordiske landene (Vabø 2005).¹⁵ De tidligste undersøkelsene som ble foretatt, ga et relativt optimistisk bilde av konkurranseutsettingens konsekvenser for kvaliteten på tjenestene og dokumenterte at det også var mulig å redusere kostnadene ved slik drift av omsorgstjenester uten at kvaliteten ble redusert. Etter hvert ble erfaringene mer varierte. Hun viser til en dansk undersøkelse som oppsummerte svenske erfaringer. Av de undersøkte casene i denne undersøkelsen, fant man nøytrale kvalitetseffekter i 40 prosent av tilfellene, 35 viste positive kvalitetseffekter, mens 26 viste negative effekter (sitert hos Vabø 2005:88). Også en undersøkelse fra Sosialstyrelsen fra 2004 viser at kvalitetseffektene spriker. Konklusjonen som trekkes hos Vabø, er at det finnes gode og dårlige utførere både blant offentlige og private leverandører av omsorgstjenester, og at sammenligninger på tvers av kommuner ofte viser seg vanskelig. Ofte kan det være andre forhold enn om tjenestene er offentlige eller private som er mest avgjørende for kvaliteten. Noen kommuner leverer i utgangspunktet bedre kvalitet enn andre og/eller driver tjenestene mer kostnadseffektivt enn andre. Tjenestene i landkommuner kan være bedre enn i bykommuner. Stabile organisasjoner yter ofte bedre kvalitet enn organisasjoner som er mer turbulente, for eksempel på grunn av høyt sykefravær eller høy turnover. At omsorgen er organisert i små autonome arbeidsgrupper kan også bidra positivt, viser undersøkelser, og dessuten at det er nære relasjoner mellom dem som vurderer omsorgsbehovet og dem som utfører omsorgen. Enn videre viser det seg å ha

¹⁴ Det er ikke prioritert ytterligere å følge situasjonen i Danmark i denne omgang.

¹⁵ De studiene hun refererer, er naturlig nok fra før 2005.

betydning at omsorgsmottakerne har fortløpende innflytelse på innholdet i den hjelpen som gis.

Med hensyn til kostnadsreducerende effekter fremkommer det ikke noe entydig bilde fra svenske undersøkelser. Riktignok var motivet mange kommuner hadde for å konkurranseutsette omsorgstjenestene å finne ut om det var mulig å oppnå en kostnadsreduksjon. Flere opplevde en kostnadsreduksjon, men det gjorde også de kommunene som *ikke* konkurranseutsatte slike tjenester. Disse studiene ble gjort i en periode da det generelt var stor oppmerksomhet omkring det å begrense kostnadsveksten i offentlige sektor på bakgrunn av stramme økonomiske tider i landet.¹⁶ Prisfokuseringen fikk generelt stor oppmerksomhet i en presset økonomisk situasjon for svenske kommuner. Kommuner som i betydelig grad hadde konkurranseutsatt omsorgstjenester, hadde ikke større innsparing enn andre kommuner (Socialstyrelsen 2004). Etter hvert innså kommunene at prisfokuseringen var blitt for stor, dermed fikk kvalitet økt oppmerksomhet i anbudsutforming, og faktorer som bidrar til kvalitet, for eksempel ansattes kompetanse og tilstrekkelig bemanning, ble tillagt større vekt. De private firmaene var etter hvert lite villige til å legge inn (for) lave bud, i og med at de visste at det kunne gå ut over virksomhetens omdømme dersom de ikke klarte å opprettholde en tilfredsstillende kvalitet.

Disse erfaringene viser en del av problemene med å gjøre slike sammenligninger: Mange forhold kan bidra til de resultatene man får; det kan være vanskelig å isolere effekten av privat versus offentlig drift. Verken bestiller (kommunen) eller utfører er ”statistiske objekter”, men er handlende aktører som fungerer innenfor en kontekst som heller ikke er statisk. De som har forsket på dette, er derfor tilbakeholdne med å trekke bombastiske konklusjoner.

Ifølge Vabø, som har fulgt forskningen om konkurranseutsetting, har forholdene for de ansatte ved denne typen organisasjonsendring i liten grad vært undersøkt. Ett unntak er Gustafssons og Szebehelys undersøkelser, den siste fra 2007 (Gustafsson & Szebehely 2007). Ifølge disse forfatterne er kunnskapen om forholdet mellom arbeidsmiljøutvikling og konkurranseutsetting like fragmentert på midten av 2000-tallet som den var på begynnelsen av 1990-tallet, da konkurranseutsetting av eldreomsorg først gjorde seg gjeldende. Det har så langt ikke vært mulig å se klare sammenhenger mellom driftsform og arbeidsmiljø (s. 48). Forfatterne gjennomførte i 2003 en postal spørreskjemaundersøkelse til alle typer av eldreomsorgspersonal i åtte svenske kommuner. Utvalget av kommuner besto både av kommuner som i stor grad hadde konkurranseutsatt eldreomsorg og av kommuner der all eldreomsorg ble drevet i kommunal regi.¹⁷ Kommunene ble ellers valgt ut slik at de skulle være representative for eldreomsorgen i Sverige med hensyn til personalets yrkesfordeling, ansettelsesform, kjønn og alder. Forfatterne hevder også at det foreligger mer forskning om arbeidsvilkårene for personalet i hjemmetjenestene enn i sykehjem og andre former for eldreboliger, samtidig viser forskning at arbeidsforholdene i sykehjem og lignende ofte er mer krevende enn i hjemmetjenesten, uavhengig av offentlig eller privat driftsform. Skal man studere arbeidsforholdene i hen-

¹⁶ Sverige har hatt et annet økonomisk konjunkturforløp enn Norge.

¹⁷ Ingen av kommunene i undersøkelsen hadde innført kundevalg.

holdsvis offentlig og privat omsorg, bør man derfor skille mellom de to typene eldreomsorg.

Forfatterne kartla hvordan offentlig og privat ansatte vurderte en rekke forhold ved arbeidssituasjonen, som *forholdet til arbeidsledelsen* ("Er din kontakt og ditt samarbeid med arbeidsledelsen bra?"), *innflytelse* ("Har du mulighet til å påvirke dine arbeidsforhold slik at du for eksempel kan arbeide i det du mener er passe arbeidstempo?"), *arbeidsinnholdet* ("Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig varierte?"), *arbeidsbelastning* ("Har du for mye å gjøre i ditt arbeid?"), *forholdet til omsorgsmottakerne* ("Hender det at du føler deg utilstrekkelig i forhold til hjelpetakernes behov?") og *grad av fysisk og psykisk slitasje på grunn av arbeidet* ("Er du kroppslig eller psykisk sliten etter dagens arbeid?"). Resultatene av undersøkelsen viste at for mange av dimensjonene som ble undersøkt, fant man ingen nevneverdige forskjeller mellom offentlig og privat ansattes vurderinger, men på noen områder fant man forskjeller. Blant de ansatte i *eldreboliger* (sykehjem, omsorgsbolig osv.) var det flere av de privatansatte som oppfattet kontakten med arbeidsledelsen som god, og det var færre som følte seg utilstrekkelige overfor hjelpetakernes behov. Blant de ansatte i *hjemmetjenesten* pekte resultatene i motsatt retning. Det var flere blant de offentlig ansatte enn blant de privat ansatte som mente at de hadde god kontakt med arbeidsledelsen, og det var færre som følte seg psykisk slitne. Forfatternes oppsummering var at sett i sammenheng, tyder dette på *relativt små forskjeller* i offentlig og privat ansattes arbeidsmiljø, men arbeidsmiljøet oppleves i noen henseender som noe bedre i de privat drevet eldreboligene, og i andre henseender som noe bedre i de offentlige hjemmetjenestene.

Tar man så hensyn til bakgrunnsfaktorer som alder, kjønn, arbeidstid (heltid-deltid), ansettelseslengde hos nåværende arbeidsgiver og hvilken kommune man jobber i, fant man enda færre forskjeller mellom ansatte i privat versus kommunal sektor: De offentlig ansatte i eldreboliger har drøyt 40 prosent større risk enn privatansatte til å føle seg utilstrekkelige. I hjemmetjenesten er det motsatt, på den måten at de offentlig ansatte har nesten dobbelt så stor risk for å ha god kontakt med arbeidsledelsen. Sammenholdt tolker forfatterne resultatene slik at det ikke finnes noen gjennomgående, entydige eller store forskjeller mellom offentlig og privat ansatte omsorgsarbeideres vurderinger av arbeidsmiljø som kan knyttes til driftsformen i seg selv (s. 54). Derimot finner de at arbeidsmiljøvurderingene er større *mellom ulike kommuner* enn mellom typer av drift. Det gjelder for alle de valgte arbeidsmiljøindikatorne. Forfatterne oppsummerer derfor med å si at det er viktigere for den omsorgsarbeideren som vil forbedre sitt arbeidsmiljø å *velge rett kommune/arbeidsgiver* enn å spekulere på om det er best med en privat eller en offentlig arbeidsgiver (s. 54). Det samme funnet gjorde de i en tidligere og lignende undersøkelse.

Det er imidlertid viktig å være klar over at Gustafssons og Szebehelys undersøkelse ikke studerer konkurranseutsettingens konsekvenser for ansatte *over tid*. De sammenligner holdninger på et gitt tidspunkt hos ansatte som (allerede) er ansatt hos henholdsvis en privat eller offentlig arbeidsgiver. De tar også utgangspunkt i ansattes *vurderinger* av sitt ansettelsesforhold i henholdsvis privat eller offentlig virksomhet, med andre ord baserer de seg på *holdningsundersøkelser*. Det kan tenkes andre måter å sammenligne de to driftsformene på, for eksempel ut fra mer "objektive" faktorer som lønn, pensjonsord-

ninger, tilgang til kompetansehevede tiltak, personaltetthet, arbeidstider, arbeidsmengde osv., og se om arbeidsforholdene varierer systematisk mellom driftsformene. Utviklingen i lønns- og arbeidsvilkår, inklusive pensjon, er forhold som ofte blir nevnt i forbindelse med konkurranseutsetting. En bekymring har vært at konkurranseutsetting kan bidra til en forringelse av ansattes arbeidsforhold, for eksempel med hensyn til lønn og pensjon og kanskje også andre arbeidsbetingelser, som arbeidsmengde (for eksempel målt ved bemanning) når de overføres til virksomheter i privat sektor. Dersom konkurransen mellom leverandører til det offentlige fører til sterkt prispress, og dersom også oppdragsgiver fokuserer på pris, kan resultatet være at ansatte tilbys dårligere arbeidsvilkår enn de ville hatt hos en offentlig (i dette tilfellet kommunal) arbeidsgiver. Vi har også sett at en del private virksomheter tar et utbytte fra virksomheten som kan gå på bekostning av gode lønns- og arbeidsforhold. Trolig kan det variere noe fra sektor til sektor hvor utsatte arbeidstakerne er med hensyn til dårlige arbeidsforhold. Det er ikke nødvendigvis slik at om man avdekker utilfredsstillende arbeidsforhold i for eksempel renholdsbransjen, vil situasjonen være den samme innen pleie og omsorg (Berge & Sønsterudbråten 2011:12). Foreløpige resultater fra en pågående undersøkelse for KS, indikerer at faren for sosial dumping, forstått som dårligere arbeidsforhold, er størst innen tekniske tjenester (renhold, bygg og anlegg, renovasjon, avfall), og minst innen undervisning og barnevern.¹⁸ Også innen helse- og omsorgstjenester er det en fare for sosial dumping, likeledes ved innleie av personell (Berge, Falkum, Trygstad & Ødegård 2011; Doffin Nyhetsbrev 2011).

Det har i begrenset grad blitt gjennomført forskning som foretar systematiske, sammenlignende kartlegginger av arbeidsforholdene innenfor henholdsvis offentlige og private (kommersiell og ideelle) virksomheter i pleie- og omsorgssektoren. Våren 2011 ble det imidlertid avdekket at et privat bemanningsfirma som også driver omsorgsvirksomhet på vegne av Oslo kommune, har latt ansatte arbeide doble vakter uten overtidsbetaling, og også latt ansatte overnatte i en kjeller. En kartlegging av situasjonen viste at det ble brukt færre årsverk og personell med lavere kompetanse enn det som fremgår av virksomhetens kontrakt med kommunen. Ansatte har heller ikke fått overtidsbetaling.¹⁹ Kommunen har i forlengelsen av denne saken også gjennomgått situasjonen ved de andre kommersielle sykehjemmene i byen og avdekket brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid og hviletid i flere av disse sykehjemmene.²⁰

At det avdekkes kritikkverdige forhold for ansatte i private omsorgsvirksomheter, er bekymringsfullt. Ikke lenge etter at de kritikkverdige forholdene ble avdekket ved det tidligere omtalte private sykehjemmet i Oslo, ble det avdekket at Moss kommune har latt egne ansatte ved et kommunalt sykehjem arbeide doble vakter uten overtidsbetaling og dessuten latt dem overnatte i pårønderommene (Klassekampen 2011a). Dette viser at det kan være problematisk å konkludere om forskjeller i arbeidsforhold mellom of-

¹⁸ Undersøkelsen skal være ferdig innen utgangen av 2011.

¹⁹ Informasjon på Oslo kommunes hjemmeside:
<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=195586&categoryID=24307>

²⁰ Informasjon på Oslo kommunes hjemmeside:
<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=195495&categoryID=24307>

fentlig og privat virksomhet på bakgrunn av enkeltstående eller få tilfeller, og at bredere og sammenlignende kartlegginger ofte er nødvendige. Etter hva vi forstår, vil Oslo kommune også gjennomgå arbeidsforholdene ved de kommunalt drevet sykehjemmene i kommunen. Dermed kan man få mer systematisk kunnskap om eventuelle forskjeller i arbeidsforhold i kommunale og private omsorgsvirksomheter.

Selv om de objektive arbeidsforholdene, slik de er definert over, likevel ikke skulle være vesensforskjellige mellom de to sektorene, kan man tenke seg at det må være utilfredsstillende å jobbe i en virksomhet som risikerer stadig skifte av eier og ledelse. Man risikerer å skifte arbeidsgiver og arbeidsbetingelser med jevne mellomrom uten selv å ha søkt seg til ny arbeidsgiver og nye arbeidsbetingelser. Særlig kan det være utilfredsstillende dersom man trives hos den arbeidsgiveren man har, men likevel må skifte over til ny arbeidsgiver. Det kan være interessant én gang, men trolig ikke i lengden. Etter hva vi kjenner til, er ikke ansattes erfaringer med skifte av leverandør fulgt forskningsmessig opp over et lengre tidsrom. Nylig uttalte imidlertid samtlige ansatte²¹ som jobber på ett av de private sykehjemmene omtalt over, at de ikke ønsker å bli konkurranseutsatt på nytt etter at sykehjemmet de arbeider på, ble tilbakeført til kommunal drift (Dagbladet 2011). Kommunen ønsker å konkurranseutsette det aktuelle sykehjemmet for tredje gang.

Det er samtidig viktig å ta utgangspunkt i gjeldende rett som regulerer deler av dette området når man vurderer de arbeidsmessige konsekvensene for ansatte. I forbindelse med regjeringens handlingsplan mot sosial dumping i 2008, ble det utarbeidet en forskrift som krever at virksomheter som skal levere tilbud til det offentlige, skal tilby sine ansatte lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke.²² Dette kravet har vært gjeldende rett for statlig sektor fra 2005 og er en implementering av ILO-konvensjon nr. 94 om arbeidsklausuler i offentlige kontrakter. Fra og med 2008 gjelder forskriften også for kommunal sektor. Det er ikke nærmere fastsatt hvilke vilkår som skal omfattes. Fornyings- og administrasjonsdepartementet har imidlertid lagt til grunn at lønn omfatter minstelønnsbestemmelsene i den aktuelle tariffavtalen, men at det også kan være naturlig å inkludere enkelte tillegg til lønnen, for eksempel skiftetillegg og overtidstillegg. Ut over dette peker departementet på at arbeidstidbestemmelser og dekning av utgifter til reise og kost og losji kan være relevant å ta med i en kontraktsregulering (jf. faktaarket nevnt i fotnote 22.). I departementets forslag til endring av forskriften er det angitt hvilke vilkår man mener forskriften bør omfatte. Som arbeidsvilkår forstås her både bestemmelser om arbeidstid, dekning av utgifter til reise, kost og losji i forbindelse med arbeidsoppdrag. Alle offentlige oppdragsgivere både i stat og kommune er nå pålagt å legge inn slike klausuler i sine kontrakter ved kjøp av tjenester og bygge- og anleggsarbeider som overstiger nærmere fastsatte terskelverdi-

²¹ I form av et brev til byrådet.

²² Forskrift av 8. februar 2008 nr. 112 om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter. Det er også utarbeidet et faktaark som utdyper innholdet i forskriften.

er.²³ Offentlige oppdragsgivere skal sikre at slike krav både gjelder for hovedleverandør og eventuelle underleverandører. Offentlige oppdragsgivere har også plikt til å kontrollere at kravene til lønns- og arbeidsvilkår overholdes ved å kreve at leverandøren dokumenterer lønns- og arbeidsvilkårene til sine ansatte. Oppdragsgiver skal sikre seg at de har rett til å sanksjonere virksomheter som ikke overholder klausulene, for eksempel ved å holde tilbake deler av kontraktsummen til det er dokumentert at forholdene er i orden.

En ny undersøkelse av erfaringer med konkurranseutsetting innenfor renhold, vaktbransjen og anleggsbransjen viser at det kan være krevende å kontrollere virksomhetene innenfor disse arbeidsområdene på en god nok måte, selv om det offentlige nå har rett til å kreve en slik kontroll (Berge & Sønsterudbråten 2011). Erfaringene fra Oslo nevnt over tyder på at det også kan være krevende innenfor pleie- og omsorgsvirksomhet.

ESA har for øvrig påklaget den nevnte forskriften og hevder at den er i strid med EØS-retten. Nylig utarbeidet regjeringen et forslag som innskrenker ordningen til ikke å gjelde for alle typer av bransjer, men bare noen utvalgte, dem som er mest utsatt for sosial dumping. Forslaget omfatter bygg og anlegg, renhold, transport, *helse og omsorg* og hotell og restaurant. Sommeren 2011 avga ESA en uttalelse om at den norske praktiseringen av reglene for offentlige anskaffelser er i strid med EØS-avtalen, og gir den norske regjeringen to måneder på å endre reglene slik at de blir i tråd med intensjonene i EØS-lovgivningen. Når dette skrives, er saken uavklart fra norsk side,²⁴ men dersom den nevnte forskriften blir gjeldende rett, vil altså sosial dumping, slik regjeringen definerer det, ikke være tillatt ved konkurranseutsetting av offentlig virksomhet innenfor de nevnte bransjer, mens andre bransjer ikke vil være regulerte på samme måten. Det er for øvrig ikke avklart om barneverntjenester også vil inngå blant de bransjene som skal omfattes av denne avgrensningen i arbeidsklausulenes virkeområde.²⁵ Som nettopp omtalt, synes ikke slike tjenester å være like utsatte for sosial dumping som tekniske tjenester og i en viss grad også helse- og omsorgstjenester.

Ved konkurranseutsetting risikerer kommunalt ansatte at deres arbeidsoppgaver overføres til en ny, privat utfører. Virksomhetsoverdragelsesdirektivet er ment å sikre ansattes arbeidsvilkår i en slik situasjon. Direktivet, som er implementert i arbeidsmiljøloven (kap. 16), innebærer at ansatte som konkurranseutsettes under bestemte forhold har rett til ansettelse hos den som vinner oppdraget. Den nye arbeidsgiveren blir i utgangspunktet bundet av den tariffavtalen som tidligere arbeidsgiver var bundet av. Dersom den nye arbeidsgiveren motsetter seg dette, beholder de ansatte opparbeidede lønns- og arbeidsvilkår ut tariffperioden eller til det inngås en ny tariffavtale. Forutsetningen er at arbeidstakeren var ansatt i den opprinnelige virksomheten på overdragelsestidspunktet. Selv om lønns- og arbeidsvilkår beholdes i en viss periode, kan likevel innholdet i arbeidet endres. Arbeidet kan for eksempel bli mer intensivt. Ny utfører som vinner kontrakten og overtar oppgaven fra den tidligere, behøver heller ikke å overta de

²³ Disse utgjør kr 1 million for statlige myndigheter og kr 1,6 millioner for andre oppdragsgivere, se forskriften § 4.

²⁴ Regjeringen ønsker, om nødvendig gjennom rettslig prøving, å beholde den norske forskriften (Klassekampen 2011b)

²⁵ Opplyst av seniorrådgiver i Arbeidsdepartementet 1.6.11.

ansatte. Her vil bestemte omstendigheter avgjøre om bestemmelsene om virksomhetsoverdragelse kommer til anvendelse (se Berge & Sønsterudbråten 2011). I visse situasjoner har arbeidstakeren også rett til å bli værende hos sin opprinnelige arbeidsgiver, men med fare for å bli overtallig, i og med at den arbeidsoppgaven vedkommende gjorde, nå er overført til ny utfører. Ansatte som opplever en konkurranseutsetting, kan derfor stå overfor en betydelig mer usikker arbeidssituasjon enn tidligere, for eksempel dersom den nye utføreren ved neste utlysning av den offentlige oppgaven, taper kontrakten til en annen tilbyder. I en slik situasjon vil en igjen måtte vurdere om dette er å anse som en virksomhetsoverdragelse, og om de ansatte har rett til å bli med over til ny oppdragstaker.

I 2005 ble lov om obligatorisk tjenstepensjon (OTP) vedtatt for alle norske arbeidstakere, slik at alle nå skal ha en tjenstepensjon (i det minste en innskuddsbasert ordning). Hvor gode ordningene er, kan variere. Kommunalt ansatte har ofte en bedre tjenstepensjonsordning enn privat ansatte, det gjelder også de arbeidstakergruppene vi tar for oss her. Sykepleiere har for øvrig i mange år hatt en lovfestet rett til en tjenstepensjonsordning i KLP som gjelder uavhengig av arbeidssted og sektor. For denne yrkesgruppen er det dermed ikke lovlig å tilby dårligere pensjonsordning i privat enn i offentlig sektor. For andre yrkesgrupper kan situasjonen være en annen, det vil si at selv om alle har en tjenstepensjonsordning, kan det være variasjoner i hvor gode de er.

Av det ovenstående fremgår det at forholdene for de ansatte innen pleie og omsorg – og barnevern – på en rekke områder nå i en viss grad er regulerte når tjenester konkurranseutsettes. Det må imidlertid gjøres konkrete analyser for å studere hvordan reguleringsordningene faktisk virker, for eksempel om oppdragsgiver (i dette tilfellet kommunene) tar sitt ansvar på dette området og sikrer at arbeidsklausulene både legges inn og deretter etterleves av de utførende virksomhetene (forutsatt at ordningen blir stående).

Erfaringer med brukervalg

Som nevnt over, kan brukervalg utformes på mange ulike måter med mer eller mindre stramme betingelser. I de fleste kommuner i Sverige som har innført brukervalg, omfatter dette alle typer av hjemmetjenester, ikke bare praktiske tjenester. I Danmark er det mer utbredt at praktisk hjelp i hjemmet (husvask osv.) inngår i brukervalgsordningene, ikke pleie.

Det er gjennomført en del studier av erfaringer med brukervalg, i Sverige og andre land, men de har ofte av flere grunner vist seg metodisk vanskelige å tolke (se for eksempel Svensson & Edebalk 2010:14). For eksempel vet man ikke om de som har takket nei til kundevalg, skiller seg vesentlig fra dem som har takket ja, for eksempel i evne til å artikulere sine behov, det vil si om det gjør seg gjeldende seleksjonseffekter, fordi man bare har undersøkt dem som faktisk har valgt. Men generelt hevdes det at eldre personer kan ha vanskeligere for å nyttiggjøre seg slike ordninger enn yngre (for eksempel yngre fysisk funksjonshemmede som er mentalt klare), det vil si at jo eldre og skrøpeligere man er, desto mindre muligheter har man for å velge mellom tjenesteleverandører og desto mindre interessert er man kanskje også i å velge.

Brukervalg forutsetter at det finnes flere utførere å velge imellom i en kommune, at flere har etablert seg. Samtidig viser det seg at dersom det finnes svært mange utførere,

kan det bli vanskelig for brukerne å holde seg informert om den enkelte utfører (Svensson & Edebalk 2010). En forutsetning for at brukervalgsordninger skal fungere på en hensiktsmessig måte, er nettopp at brukerne er informert om de ulike valgene – og at de har evne til og interesse av å velge, som nevnt over.

Et effektivitetsproblem ved brukervalg er at leverandørene må konkurrere om hver enkelt bruker. Brukerne bor gjerne spredt, slik at det kan bli mye logistikk i å farte rundt til hver enkelt bruker, og det kan gå med mye tid til reising. Dette til forskjell fra kommunale hjemmehjelpsordninger som gjerne er inndelt i geografiske soner. De private utførerne får gjerne et mye større geografisk område å dekke. Erfaringer fra Sverige viser at for at den private leverandøren ikke skal måtte dekke et for spredt geografisk område, lages det visse geografiske avgrensninger, eller det gis økonomisk kompensasjon for mye reising.

Når det gjelder konkurranseutsatte tjenester der kjøper (kommunen) har inngått en kontrakt for et visst antall år og i det minste i prinsippet må vente disse årene dersom kjøper er misfornøyd med leverandør (med mindre kontrakten er misligholdt), kan brukervalgleverandører risikere å miste brukere med kortere mellomrom siden ”oppsigelsestiden” gjerne er kortere (varierer i Sverige fra 0–30 dager, ifølge Svensson & Edebalk 2010:28). For leverandørene vil derfor kundegrunnlaget være mye mer usikkert enn ved konkurranseutsetting. Et sykehjem eksisterer uavhengig av om den enkelte beboer fortsatt bor der. Ved brukervalg har man mindre forutsigbarhet med hensyn til den enkelte bruker (for eksempel hvor lenge brukeren lever eller om brukeren ønsker å skifte leverandør) og slik sett mindre forutsigbarhet for driften.

Ifølge Svensson og Edebalk (2010:24) var det 39 prosent av brukerne i de kommunene som hadde tatt i bruk brukervalg i hjemmetjenesten i 2009, som hadde valgt en privat leverandør.²⁶ Andelen kan variere mye fra kommune til kommune (i Nacka velger hele 95 prosent privat hjelp, men der finnes ingen kommunal hjelp på dag- og kveldstid). I Danmark har man funnet at det er en høyere andel private utførere blant dem som velger for første gang enn blant dem som skal velge på nytt, noe som kan tolkes som at en del går til bake til en kommunal utfører neste gang man skal velge. Det har man ikke funnet i Sverige (ibid.:25). Erfaringer fra begynnelsen av 2000-tallet viste at det var få brukere som byttet utfører. Også senere studier viser det samme, i gjennomsnitt 4 prosent av brukerne (ibid.:26), inkludert de tilfeller der byttet måtte skje fordi utføreren la ned virksomheten. Det kan være mange grunner til at få bytter leverandør, men alder kan spille en rolle: Det kan være slitsomt for eldre å bytte, eller den eldre føler avhengighet til hjelpepersonen. Man har sett en viss tendens til at yngre funksjonshemmede bytter oftere enn eldre. Kommunene forsøker i liten grad å registrere bytte av utførere; dermed vet de også lite om hvorfor.

Svensson og Edebalk, som lenge har studert nasjonale og internasjonale erfaringene med både konkurranseutsetting og brukervalg innen pleie- og omsorgstjenestene i Sverige, og som nylig har gjennomgått erfaringer med brukervalgsmodellen, er usikre på om det kan konkluderes med at brukernes valgfrihet har økt (Svensson & Edebalk 2010:29), blant annet fordi man bare har studert dem som faktisk har valgt. Brukervalg gis ofte

²⁶ Et annet sted i rapporten (s. 29) står det 20 prosent.

innenfor rammen av et bestemt tidsrom og på forhånd definerte oppgaver, slik ordningen har blitt utformet i Sverige (selv om andre modeller prøves ut). Dette begrenser valgmulighetene for brukeren; det blir lite igjen å velge, selv om man kan velge tidspunkt, leverandør osv. Ofte kan leverandørene tilby tilleggstjenester eller tilleggstid til de bevilgede tjenestene, men disse er det i så fall brukeren selv som betaler. Det viser seg at få brukere benytter seg av dette foreløpig. Brukervalg forutsetter også at brukerne i en viss grad selv er i stand til å vurdere kvaliteten på tjenestene, både ut fra forhåndsinformasjon de får om tjenestene og når tjenesten ytes. Spørsmålet er om mange med stort hjelpebehov er i stand til dette, og også om de er i stand til å bytte leverandør når de har grunn til å være misfornøyde.

Generelt viser det seg at det foreligger lite forskning om brukervalg som kan gi noen entydige svar på hvilke konsekvenser denne organisasjonsformen har for brukerne, og om målsettingene med ordningen oppnås. En ny studie fra Socialstyrelsen (2011) bekrefter dette inntrykket. Det hevdes at det foreløpig ikke foreligger forskning som kan dokumentere om brukerne har fått økt innflytelse over tjenestenes kvalitet og innhold, selv om mange setter pris på å kunne velge når de blir spurt. Det viser seg også at mange, særlig eldre, på grunn av sin helsesituasjon ikke er i stand til å velge tjenesteleverandør (s. 24).

Konsekvenser for ansatte har i svært liten grad blitt belyst. Det er også et poeng her at de ansatte gjerne er selvstendig næringsdrivende som har etablert egen omsorgsvirkosomhet og som selv ansetter noen (det dreier seg ofte om små virksomheter). Det har vært mindre bekymring for disse ansatte enn for dem som konkurranseutsettes, antakelig fordi disse selv velger å ansettes i virksomheten og godtar de tilbudte lønns- og arbeidsforholdene, mens ansatte som konkurranseutsettes i større grad er offer for andres beslutninger.

3 Privat kjøp av private (og offentlige) omsorgstjenester

Det foregår i de nordiske landene en debatt om hvor omfattende de offentlige velferdstjenestene skal være i fremtiden, og særlig innenfor omsorgssektoren, gitt veksten i antallet eldre. Kan man forvente både en vekst i andelen av de offentlige midlene som brukes til omsorgstjenester (for å holde tritt med veksten i antallet eldre) og en ytterligere heving av standarden på de offentlig finansierte velferdstjenestene? Det kan også være et paradoks at i Norge øker både pensjoner og subsidierte velferdstjenester til eldre, det vil si både kontantoverføringer og tjenester. Pensjonistene blir stadig mer velstående, samtidig som samfunnet bygger ut stadig bedre (delvis) subsidierte eldreomsorgstjenester til den samme gruppen. I tillegg har finanskrise og en fremtidig utfasing av avhengigheten av olje- og gassinntekter i norsk økonomi, med de konsekvenser det kan ha for statsfinansene, fremtunget behovet for nytenking med hensyn til finansiering av velferdstjenestene.

I Norge har det etter hvert vokst frem en del private virksomheter som leverer hjemmetjenester. Det har særlig vært en vekst de siste årene. I dag er det om lag 110 virksomheter som leverer slike tjenester. Mange er organisert i NHO Service. I enkelte kommuner har slike virksomheter flere brukere av praktiske omsorgstjenester enn kommunen (NRK Nyheter 2010a). Virksomhetene leverer dels tjenester innenfor en offentlig organisert brukervalgsordning, der det offentlige betaler for tjenestene, eller de retter seg i tillegg eller utelukkende mot et privat finansiert tjenestemarked. Tjenestene det gjelder kan både være helsetjenester (for eksempel medisinerings, sårstell, fysio- og ergoterapi) og mer praktisk hjelp i hjemmet, eventuelt følgetjenester som det offentlige ofte ikke tilbyr. En del betaler også private firmaer for sosialt samvær. Virksomhetene retter seg gjerne mot dem som synes at de kommunale hjemmetjenestene blir i snaueste laget, eventuelt ikke tilbyr den typen hjelp de trenger. Mange har for eksempel ikke pårørende, eller pårørende bor ikke i rimelig nærhet. Ofte er det pårørende/barn som tar kontakt med slike firmaer for å skaffe tjenester til sine foreldre til så enkle ting som å følge til lege og tannlege (Porsgrunn Dagblad 2010). På bakgrunn av et medieoppslag nylig om fremveksten av slike private tilbud, reagerte enkelte på at det offentlige ikke bistår dem som er ensomme og at noen derfor har kjøpt sosialt samvær. Det gjelder for eksempel leder for Pensjonistpartiet, som mener at det å gi eldre og uføre et sosialt liv, er en viktig del av det offentlige omsorgstilbudet (NRK Nyheter 2010b). Prismessig faller ikke de private hjemmetjenestene nødvendigvis mye dyrere ut enn de offentlige, også når moms tas i betraktning. Et eksempel fra Porsgrunn viser at et ektepar som kjøper privat hjelp til blant annet husvask, reing av senger, handling med mer (på grunn av

en kronisk armskade), betaler kr. 250 per time, mens de måtte betale kr. 310 for kommunal hjelp i 45 minutter (Varden 2005).²⁷

Brevik og Schmidt har undersøkt den fremtidige eldre befolkningens interesse for å kjøpe servicetjenester i forbindelse med at de flytter over i mer tilpasset bolig (Brevik & Schmidt 2005). Spørsmålet har gått til personer i alderen 53 til 78 år om hvordan de vil innrette seg i fremtiden dersom de flytter over i en mer tilpasset bolig i alderdommen. De finner at interessen er stor for å kjøpe slike tjenester. Det gjelder særlig større eller tyngre typer husarbeid, vaktmestertjenester og snømåking/hagearbeid, men også hjelp til husarbeid, aktivisering og innkjøp. Hjelp til større husarbeid, eksemplifisert med blant annet vindusvask, er det hele 80 prosent som ville ønske å kjøpe, mens nesten like mange ville kjøpe vaktmestertjenester. Siden det dreier seg om å angi hva man i fremtiden kunne tenke seg å gjøre, gjenstår det å se hva de samme personene faktisk vil gjøre, men svarene gir en indikasjon på hva folk synes villige til å betale for. Dette dreier seg om tjenester som i liten grad tilbys gjennom hjemmehjelpsordningen (selv om innholdet i denne kan variere fra kommune til kommune).

Det finnes også en del rent private sykehjem som tilbyr sykehjemsplass som man betaler av egne lomme. Aftenposten omtaler sommeren 2011 et slikt tilbud som koster kr. 1100 per døgn (Aftenposten 27.8.11). På årsbasis vil det bli kr. 401 500. For de aller fleste vil dette være en kostnad som langt overstiger det vanlige innbyggere i Norge har anledning til å betale (av løpende pensjon). Tilbudet er også atskillig dyrere enn kostnadene ved en kommunal sykehjemsplass (Aftenposten 28.8.11).²⁸ Kjøp av privat sykehjemsplass vil derfor være et reelt alternativ for langt færre enn kjøp av hjelp i hjemmet. Enkelte vil imidlertid ha anledning til å kjøpe slike plasser.

Etterspørselen etter private (ikke-subsidierte) omsorgstjenester og fremveksten av private virksomheter som fyller denne etterspørselen, aktualiserer spørsmålet om hvilke velferdstjenester det offentlige skal tilby og, i forlengelsen av det, spørsmålet om velferdsstatens legitimitet og fremtid. Det har vært vanlig å anta at det i vår type velferdsstat er viktig at den i hovedsak er universell og at alle ser interesse av å bidra (med arbeidsinnsats og skatt) og at den er der når den trengs. Dersom deler av befolkningen (særlig øvre middelklasse) ikke ser ”nyttene” av å bidra, fordi kvaliteten eller beredskapen ikke er god nok (på grunn av helsekøer eller for dårlige skoler), vil de ha mulighet for å finne andre løsninger, noe de gjør i økende grad.

I den senere tiden har det foregått en debatt i offentligheten, blant annet blant medlemmer av den rødgrønne regjeringen (f.eks. utenriksminister Støre, SV-nestleder Solhjell), om bruk av private velferdstjenester og middelklassens vilje til å ”delta i det store spleiselaget kalt velferdsstaten”. Argumentet er at dersom middelklassen skal se seg tjent med å betale (mer) skatt til det store spleiselaget, må de også få noe tilbake eller få tilba-

²⁷ Bergen kommune foreslår for eksempel å heve satsene for hjemmehjelp for dem med høyest inntekt fra kr. 222 til kr. 434 per time (Kommunal Rapport 2010).

²⁸ KS anslår i samme oppslag at gjennomsnittlig kostnad for en sykehjemsplass er i overkant av kr. 100.000 i året, men denne gjennomsnittskostnaden vil øke etter hvert som lønnsnivået i befolkningen øker og ved at flere opptjener rett til pensjon. Beboere på kommunale sykehjem betaler inntil 75 prosent av løpende inntekt (pensjon) og inntil 85 prosent av kapitalinntekter.

ke det de forventer av en god, skattefinansiert velferdsstat, ellers forvitrer deres oppslutning om velferdsstaten. Samtidig har den økte kjøpekraften i store deler av befolkningen gjort det mulig for flere selv å finansiere tjenester som erstatning for eller i tillegg til de offentlig finansierte tjenestene. Dersom middelklassen erfarer at velferdstjenestene ikke er bra nok, har den både politiske og økonomiske ressurser til å velge annerledes: andre partier, andre private velferdstjenester.

”Den største trusselen er om ikke velferdsstaten er bra nok. Om ikke tilbudene holder tritt med samfunnet, og hvilke krav man har. Om skolen har dårligere datautstyr enn man har hjemme, og om det er for få voksne i barnehagen, er det trussel nummer én. Når jeg kommer på sykehjem, vil jeg være mer kravstor enn foreldregenerasjonen til hvordan livet mitt der skal være. Dersom velferdsstaten ikke blir mer tilpasset, vil den slite.”(SV-nestleder Solhjell, Dagsavisen 2.9.10)

Solhjells svar er å beholde en universell base av velferdsløsninger og i tillegg ha mer fleksible ordninger på toppen av dette (men uten å antyde hvilke tjenester som skal komme på toppen, og ingen kommentarer om eventuelle sosiale forskjeller i bruken av slike tjenester). I samme debatt tilføyer velferdsforsker Stein Kuhnle at det er politisk (og økonomisk) vanskelig å forhindre at private tilbud vokser frem i et rikt samfunn (Dagsavisen 3.9.10).

I Sverige (og kanskje også i Norge) har det vært en utvikling i retning av at de private firmaene som leverer omsorgstjenester på vegne av kommunene, særlig i forbindelse med fritt brukervalg, har kunnet levere tilleggstjenester til de offentlig finansierte basistjenestene (for eksempel vindusvask, rydding, hagestell, snømåking, oppgaver som man normalt ikke får tildelt hjemmehjelp til). En del av firmaene som leverer offentlig finansierte omsorgstjenester har vært avhengig av å kunne tilby slike tilleggstjenester for å ha en tilstrekkelig inntjening, i og med at den ordinære hjemmehjelpsprisen til brukerne er satt av oppdragsgiver (kommunen) og er den samme for alle leverandører og dessuten gjerne satt relativt lavt, slik at den gir lite inntjening for virksomhetene.

For kjøperne av slike tjenester, eldre mennesker som ofte føler seg utrygge overfor fremmede, *kan* det være en fordel at det er personell de allerede kjenner som tilbyr slike tilleggstjenester, det vil si at de ikke må kontakte andre virksomheter for å få utført slike tilleggstjenester, men kan benytte de virksomhetene de allerede bruker.

I Sverige har man sett en vekst i kjøp av private omsorgstjenester. I perioden 1980–2005 skjedde det en omlegging i tildelingen av de offentlig finansierte omsorgstjenestene. Omsorgstjenestene ble i større grad forbeholdt dem med store behov, mens færre blant de yngre eldre (65–79 år) fikk slike tjenester (Larsson & Szebehely 2006). Denne omleggingen skjedde dels på bakgrunn av en svært stram økonomisk situasjon i landet, der det ble nødvendig å prioritere sterkere i velferdstjenestene, men også fordi eldres helse var bedret, slik at færre hadde behov for slike tjenester selv om de var blitt tildelt dem.

Det ble i 2007 innført en ordning med skattereduksjon for kjøp av private husholdstjenester, inklusive omsorgstjenester, det såkalte RUT-fradraget, som gjør det mulig å trekke av på skatten inntil SEK 50 000 per år per person (ved kjøp inntil SEK

100 000).²⁹ En ny kartlegging viser at det har vært en sterk vekst i antall personer som benytter seg av denne ordningen. I 2009 benyttet 3,5 prosent av husholdene denne muligheten for skattefradrag, en fordobling fra året før (Välferd 2011). Siden RUT er en skattereduksjonsordning, forutsetter bruken av fradaget en viss inntekt og at man har betalt minst SEK 50 000 i skatt, noe som tilsvarer en årsinntekt på om lag 250 000 svenske kroner. Det er med andre ord ikke alle som kan benytte seg av fradraget. Størst andel med slikt avdrag finner man blant dem i aldersgruppen 35–44 år og dem over 75 år. Det viser seg også at det i hovedsak er de i de høyere inntektstgruppene som benytter seg av ordningen.³⁰

I Sverige har man de siste årene hatt den samme debatten som i Norge: 1) at brukerne vil kreve at både *omfanget* og *kvaliteten* på eldreomsorgen må øke i årene fremover, og 2) at *skattene* ikke kan økes i tilsvarende omfang (Meagher & Szebehely 2010). Følgelig må man trekke inn privat betalingsevne for å overbygge kløften mellom befolkningens krav og nasjonens betalingsevne. Kravene om økt kvalitet forklares med at når befolkningen blir mer velstående, vil den også kreve flere og bedre velferdstjenester, en variant av den norske bekymringen: at dersom forventningene om bedre tjenester ikke innfris, vil flere kjøpe tjenestene privat og etter hvert i mindre grad slutte opp om behovet for de skattefinansierte tjenestene. Dessuten gjør et tredje argument seg gjeldende: 3) at andelen eldre vil øke relativt til dem i arbeidsstyrken, og dermed at andelen i befolkningen som trenger omsorgstjenester vil øke, mens den arbeidende og skattebetalende delen av befolkningen vil synke.

Det er særlig Finansdepartementet i Sverige som har argumentert for økt privat finansiering. To forslag har blitt reist (blant annet i en rekke SOUer, langtidsutredninger, av Riksbanken og av svensk KS): 1) at brukerne bare sikres en basiskvalitet på tjenestene og at de må betale ekstra for ekstra kvalitet, eller 2) at noen tjenester utgjør basistjenester og at andre må kjøpes (for eksempel rengjøring). Det har de siste 20 årene også vokst frem en rekke omsorgskonserner som presser på for at det skal bli økt aksept for privat kjøp av omsorgstjenester i tillegg til de skattefinansierte tjenestene.

Nå viser den internasjonale ISSP-undersøkelsen³¹ for 2006 at den svenske middelklassen *ikke* er imot økte skatter dersom de går til helse og pensjon; det er bare de 10 prosent aller rikeste som er negative til økt skatt til disse områdene (Meagher & Szebehely 2010).³² Meagher & Szebehely viser til at en rekke surveyer dokumenterer at svenskene foretrekker skatteøkninger fremfor privat finansiering av velferdstjenester (ibid.:20). Undersøkelser av befolkningens tilfredshet med eldreomsorgstjenestene viser heller ikke klasserforskjeller i graden av fornøydhet med de mottatte tjenestene. Dermed synes det ikke som om middelklassen foreløpig snur ryggen til ”velferdsprosjektet”, slik mange frykter at den kan komme til å gjøre, i det minste ikke om man tar utgangspunkt i hva befolkningen svarer i spørreundersøkelser.

²⁹ Ordningen retter seg ikke spesielt mot eldre.

³⁰ Socialdemokraterna ønsker for øvrig å fjerne denne ordningen dersom de kommer til makten.

³¹ International Social Survey Programme.

³² Det ble ikke spurt om eldreomsorg spesielt.

Bogen og Seip har analysert de samme 2006-tallene fra ISSP for Norges del (Bogen & Seip 2009). Også ISSP-tallene for Norge viser at befolkningen ønsker at det offentlige skal bruke mer penger på blant annet helse og pensjon, også selv om det vil innebære økt skatt for deres egen del. Samme studie kartla befolkningens holdning til økt skatt dersom man visste at skatten gikk til eldreomsorg spesielt.³³ Hele 80 prosent sa seg villig til å betale økt skatt dersom midlene var øremerket eldreomsorg. Dette var det samfunnsområdet flest ville prioritere. Men det kan være langt fra å si seg enig i en holdningsundersøkelse til at man godtar en faktisk skatteøkning.

De svenske sosialdemokratene ønsker ikke at en større del av omsorgen skal kjøpes privat, og de mener at det skal være mulig å opprettholde en god kvalitet i de offentlige velferdsordningene, men de ønsker likevel at befolkningen skal kunne *velge* mellom tilbydere og er derfor positive til private leverandører som jobber for offentlige penger (Meagher & Szebehely 2010:18).

En svensk undersøkelse med tall fra år 2000 viser for øvrig at en majoritet av befolkningen (rundt 50 prosent) ønsket at omsorgen (eksemplifisert med kles- eller gulvvask og hjelp med dusjing eller toalettbesøk) ytes av det offentlige. Cirka 40 prosent ønsket at ektefelle eller annen pårørende eller venn sto for omsorgen, mens bare svært få ønsket konkurranseutsatt omsorg eller privat kjøpt omsorg (Szebehely og Trydegård 2007:212).

³³ Det ble gjennomført en egen survey.

4 Barnevern – privatisering/kjøp fra private

Norge

Barnevernet, både det statlige³⁴ og det kommunale, har gjennom lang tid kjøpt barneverntjenester fra private leverandører, både institusjonstjenester og såkalte hjemmebaserte tjenester eller hjelpetiltak i hjemmet, det vil si tjenester som retter seg mot familie og nærmiljø og der barnet/ungdommen ikke tas ut av hjemmet ved å settes i fosterhjem eller institusjon. Leverandørene kan være både kommersielle virksomheter og ideelle organisasjoner. Fosterhjem kan også regnes som en privat virksomhet, i og med at det er (private) familier som stiller seg til rådighet som fosterfamilie. Denne form for ”privatisering” eller privat barnevern, det vil si fosterhjem, vil ikke behandles nærmere her. Men det er viktig å være klar over at 70–80 prosent av dem som plasseres utenfor hjemmet, plasseres i fosterhjem, ikke i institusjon.

På slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet var det en sterk fremvekst av private institusjoner i Norge. Bakgrunnen var stor mangel på offentlige barneverninstitusjoner. Det var særlig mangel på langsiktige tiltak for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Ifølge et offentlig dokument om situasjonen på barnevernfeltet hadde ”ingen fylkeskommuner etablert et tilstrekkelig stort og differensiert institusjonstilbud for denne gruppen barn og unge” (Ot.prp. nr. 9 (2002-2003), s. 27). Og: ”De private institusjonene utgjør i mange tilfelle et nødvendig og godt supplement til de offentlige institusjonene” (ibid.). Fylkeskommunene inngikk avtaler med private og offentlige institusjoner om at fylket kunne disponere plassene; både de kommunale og de private plassene utgjorde dermed en del av det fylkeskommunale tiltaksapparatet (St.meld. nr. 40 (2001-2002), s. 105). Et vilkår for å innpasse en privat institusjon i fylkeskommuneplanen, var at det ble inngått en driftsavtale med institusjonen.

”Ved at det blir inngått ein slik driftsavtale, får fylkeskommunen langt på veg same ansvaret, både økonomisk og fagleg, for desse institusjonane som dei har for dei institusjonane dei sjølv eig. Barn som det blir gjort vedtak om omsorgsavtale for, kan berre plasserast i private institusjonar som er innpassa i fylkeskommuneplanen. Barn og unge som blir plasserte i institusjon på anna grunnlag enn vedtak om omsorgsovertaking, kan etter gjeldande rett også plasserast i institusjonar som ikkje er innpassa i fylkeskommuneplanen. Dette gjeld barn og unge som blir plasserte i institusjon på grunnlag av alvorlege åtferdsvanskar og barn som blir plasserte i institusjon etter vedtak om frivillige hjelpetiltak” (ibid:106).

³⁴ Inntil Barnevernreformen i 2004 var den nå statlige delen av barnevernet underlagt fylkeskommunene.

Med andre ord kunne også de institusjonene som det ikke var inngått langsiktig avtale med, benyttes.

Situasjonen forut for barnevernreformen i 2004 var at fylkesmannen (staten) skulle føre tilsyn med både de offentlige og de private barneverninstitusjonene, enten ved å utføre tilsynet selv eller ved å oppnevne et tilsynsutvalg. Tilsynsansvaret skulle omfatte også de private institusjonene som ikke inngikk i fylkeskommuneplanen, men som ble benyttet for plassering etter barnevernvedtak (se over) (ibid:107). Med andre ord hadde staten *samme* ansvaret for de private som for de offentlige institusjonene, men det sies at loven er noe uklar med hensyn til *hva* det skal føres tilsyn med, utover at driften skal være forsvarlig og i samsvar med barnevernloven, forskrifter til loven og den planen som er fastsatt, men at ”det likevel er på det rene at tilsynsansvaret omfattar situasjonen for bebuarene og behova deira under institusjonsopphaldet.” Men det blir også sagt at det ble avdekket alvorlige mangler ved både de offentlige og de private tiltakene (ibid.:108).³⁵ Den lovmessige situasjonen i dag, etter reformen, er noe annerledes og skjerpet, og det var en av hensiktene med den: å styrke tilsynet med de private institusjonene (se under).

I løpet av disse årene, forut for barnevernreformen i 2004, var det også en sterk vekst i utgiftene til barneverninstitusjoner, både de offentlige og de private, dels fordi det var behov for og kom krav om økt bemanning og høyere kompetanse i både offentlige og private institusjoner, dels fordi den store etterspørselen etter barneverninstitusjoner skapte en gunstig markedsituasjon for de private institusjonene (det var et ”selgers marked”). En del av de private institusjonene var dyre (det vil si høy døgnpris); en viktig forklaring på det, var at de ga et tilbud til barn og unge som staten ikke klarte å gi et tilbud til og som krevde svært ressurskrevende tiltak. Det dreide seg ofte om små institusjoner med høy bemanning rundt det enkelte barn. Fremveksten av private barneverninstitusjoner var i stor grad et svar på manglende offentlige tilbud til mange barn med behov for hjelp fra barnevernet, særlig dem med sosiale atferdsvansker (St.meld. nr. 40 (2001-2002), s. 103).

Det ble med barnevernreformen i 2004, da staten overtok det fylkeskommunale ansvaret for barnevernet og de institusjonene som fylkeskommunene eide, utviklet kvalitetsstyringssystemer både for de offentlige og for de private barneverninstitusjonene, og slike systemer kreves nå av alle institusjoner, uavhengig av eier. Fra og med 1.1.04 foreligger forskrifter som stiller krav til kvalitet i offentlige og private barneverninstitusjoner og krav til godkjenning av institusjonene; i tillegg finnes også en forskrift om tilsyn med institusjonene. Det kreves at de 1) følger lover og forskrifter, 2) har god nok faglig kompetanse og 3) beskriver sine arbeidsmetoder (Bogen 2006). Selv om de private institusjonene også tidligere var underlagt offentlig kontroll, har kontrollregimet blitt innskjerpet med barnevernreformen (med nye lover osv.) Private og offentlige institusjoner skal i samme grad være underlagt statlig kontroll. Nordstoga og Støkken (2008) har foretatt en sammenligning av kvalitetsstyringen av de offentlige og de private barneverninstitusjonene og fant at de private institusjonene fikk færre merknader på mangler enn de

³⁵ Se også teksten i Ot.prp. nr. 9 (2002-2003), s. 64.

statlige institusjonene. Mye tyder på at de private institusjonene var mer forberedt på de kvalitetsstyringskravene som ville komme enn de offentlige.

Staten har i Norge valgt å konkurranseutsette de fleste av de barneverntjenestene som kjøpes inn. Som uprioriterte tjenester innen EØS-retten er det imidlertid ikke et krav om å konkurranseutsette slike tjenester når de kjøpes inn. Det er i stor grad opp til EU- og EØS-landene selv hvordan de vil håndtere kjøp av slike tjenester. Sverige og Danmark har valgt andre løsninger enn Norge, i Sverige ved at de statseide institusjonene deltar i anbudskonkurransene på lik linje med de private, i Danmark ved at kommunene fritt kan velge den institusjonen de mener er mest velegnet til det enkelte barnets behov (opplyst i tale av Hedda Ibsen, Organisasjonen for Private Barneverntiltak 6.12.07). Det har ikke vært mulig å finne ut *hvorfor* Norge har valgt og fortsatt velger å konkurranseutsette barneverninstitusjoner hvis det er slik at barneverntjenester (og trolig også eldreomsorgstjenester) ifølge EØS-avtalen ikke må konkurranseutsettes dersom de kjøpes inn.

Ifølge Nordstoga og Støkken (2008) synes bakgrunnen for at det statlige barnevernet begynte å konkurranseutsette barneverntjenester noe uklart. Forfatterne mener at det kan synes som om myndighetene har misforstått EØS-regelverket eller ikke innhentet tilstrekkelig juridisk kompetanse på feltet. Påpekninger fra Riksrevisjonen om at det var en mangel at en del plasser ikke var utlyst i konkurranse, kunne også ha fått departementet til å tro at plassene *måtte* konkurranseutsettes (som var feil lovtolkning). Uansett: Det er overraskende nok den rødgrønne regjeringen som har knesatt prinsippet om konkurranseutsetting av barneverninstitusjoner.

Ikke alle de private institusjonsplassene er konkurranseutsatt. Det skilles mellom avtaleplasser og enkeltplasser. Det er bare avtaleplassene som er konkurranseutsatt, på den måten at staten ved Bufetat lyser ut innkjøp av et visst antall plasser av en bestemt type. Staten har dermed opsjon på å benytte de innkjøpte private plassene. Enkeltplasser på den annen side, kjøpes mer ad hoc ("spotmarked") til et bestemt barn som gjerne trenger et mer tilrettelagt opplegg. Slike plasser er gjerne dyrere enn avtaleplassene, blant annet fordi de krever mer bemanning.

Med hensyn til ansattes arbeidsforhold er kommunen som kjøper av private barneverntjenester trolig pålagt, i det minste inntil videre, å følge den samme forskriften som vi tidligere har nevnt under avsnittet om konkurranseutsetting, det vil si forskriften om arbeidsklausuler ved konkurranseutsetting av offentlige tjenester og hvor det kreves at ansatte i de private virksomhetene ikke tilbys lønns- og arbeidsvilkår som er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke.³⁶ De private virksomhetene er også pålagt å tilby en tjenestepensjonsordning.

³⁶ Forskriften ble som nevnt innklaget av ESA og sommeren 2011 vurdert som ikke i tråd med EØS-retten. Arbeidsdepartementet er også, som vi så, uavklart med hensyn til om barneverntjenester inngår i forskriften dersom den fortsatt vil gjelde.

Dagens situasjon

Den sittende regjeringen i Norge ønsker å 1) redusere bruken av institusjon til fordel for fosterhjem og tiltak i eget hjem,³⁷ 2) utnytte ledig kapasitet i de statlige institusjonene og 3) minske bruken av de kommersielle private institusjonene. Dersom statlige institusjoner ikke er egnede, skal ideelle komme i betraktning før kommersielle. En konsekvens av regjeringens politikk kan være en gradvis utfasing av de kommersielle institusjonene. Det råder imidlertid ikke full enighet om at de kommersielle institusjonene ikke kan spille en viktig rolle som supplement til de offentlige og ideelle. Hilde Pedersen, nestleder for Bergen Akuttstener for ungdom, gir for eksempel uttrykk for dette i Fri Fagbevegelse 7.12.07. Hun mener at Bufetat primært er opptatt av å fylle opp de offentlige plassene snarere enn å se hvilke tiltak som passer best for den enkelte ungdom. Man tenker at en plass er en plass, uavhengig av innhold. Også Bufdir gir i sin årsmelding for 2009 en viss konsesjon til de private institusjonene ved å uttale at ”kommuner og fylkeskommuner til en viss grad har, med eller uten grunn, større tillit til private institusjoner” (s. 25). Også statssekretær i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (Henriette Westhrin) har uttalt at ”regjeringen er godt fornøyd med tjenestene til de kommersielle barnevernaktørene. Vi har allerede vært veldig tydelige på at vi vil prioritere ideelle organisasjoner framfor kommersielle aktører. Men det er ikke slik at det er dårlig kvalitet hos de kommersielle aktørene, det er viktig å presisere.” (Dagsavisen 7.8.10).

Per 2007 var 44 prosent av barneverninstitusjonene i Norge statlige, 16 prosent ble drevet av ideelle organisasjoner, mens 31 prosent ble driftet av ”andre” private (i hovedsak kommersielle virksomheter).³⁸ I tillegg var 10 prosent kommunale (gjaldt Oslo og Trondheim).³⁹ Med hensyn til antallet barn i henholdsvis statlige og private barneverninstitusjoner var fordelingen i 2007 ganske lik med institusjonsfordelingen. Den samme fordelingen av barn finner vi også i 2009.⁴⁰

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufdir) har nylig fått gjennomført en brukerundersøkelse blant barn over 9 år i samtlige statlige og private, inklusive ideelt drevet, barneverninstitusjoner (Rambøll 2011). Av denne undersøkelsen fremgår det at det ut fra datagrunnlaget⁴¹ ikke er mulig å trekke konklusjoner om forskjeller mellom statlige og private institusjoner, like lite som det er mulig å skille mellom barnevernregioner.⁴² Det dokumenteres at både statlige og private institusjoner har utfordringer med hensyn til

³⁷ Dette er en ”policy” på barnevernfeltet som har gjeldt lenge, i Norge som i resten av verden.

³⁸ Tallene er basert på Statistisk sentralbyrås barnevernstatistikk. En barneverninstitusjon defineres her som ideell dersom den eies av en organisasjon som utelukkende har et ideelt formål og der eventuelt overskudd tilbakeføres til organisasjonens formål. ”Andre private” er ikke definert.

³⁹ Oslo kommune har en annen organisering av barnevernet enn resten av landet og drifter egne institusjoner. Trondheim hadde en annen organisering frem til 2008.

⁴⁰ Jeg har ikke funnet senere statistikk fra Statistisk sentralbyrå enn for 2007 for antall institusjoner fordelt etter eierskap.

⁴¹ Blant annet en lav svarprosent, noe som har sammenheng med at det må innhentes aktivt samtykke fra foresatte/kommunalt barnevern for å sende intervjuinvitasjon til barn under 15 år.

⁴² Bufetat er inndelt i fem regioner.

barnas opplevde kvalitet på tilbudet, og at alle typer av institusjoner har slike utfordringer. Vel så viktig som eierform er årsaken til at barnet befinner seg på institusjon, det vil si på hvilket grunnlag (med hvilken lovhjemmel) barnet er plassert på institusjon (i første rekke om barnet er plassert der på bakgrunn av et omsorgstiltak eller et atferdstiltak), når kvaliteten på tilbudet vurderes. Begrunnelsen for plasseringen kan ha betydning for barnets motivasjon for å bo på institusjon: dersom barnet selv opplever oppholdet som frivillig og ønskelig, vil det i større grad vurdere det som et godt tiltak enn om plasseringen skjer mot barnets vilje.

Sverige og Norden for øvrig

Sverige har siden 1980-tallet hatt et stort innslag av privat drift på barnevernområdet, særlig innenfor institusjonsdrift (Sallnäs 2005). Per 2002 ble det anslått at nærmere ni av ti institusjoner for barn og unge ble drevet av private, enten i form av AS-er eller stiftelser/fond. Disse kan være både kommersielle og ikke-kommersielle. Det anslås at cirka 85 prosent av de private drives som aksjeselskaper, mens et fåtall (5 prosent) er stiftelser/fond. Innslaget av privat drift er mye større på dette området enn innen for eksempel skole, helse, barnepass og eldreomsorg.

Utover på 1980- og 1990-tallet økte tilbudet av privat drevet institusjoner (enskildt hovedman = kommersiell eller ideell), i hovedsak små virksomheter (Sallnäs 2005). Halvparten av disse hadde også eksistert tidligere.⁴³ Generelt har det de siste tiårene blitt flere institusjoner i Sverige, private som offentlige, fordi det har vært behov for flere og mer varierte institusjonsplasser. Plassene har også blitt dyrere, hovedsakelig fordi personaltettheten har økt.

Ifølge Sallnäs (2005) var de aller fleste private institusjonene i Sverige private allerede fra starten tidlig på 1990-tallet, det vil si de var i sin tid nyetableringer. Bare 9 prosent ble omgjort fra å være offentlige til å bli private, da i hovedsak fordi de ellers sto i fare for å bli nedlagt. Mange av etablererne hadde selv bakgrunn fra offentlig sektor og sier ifølge Sallnäs at motivet for etableringen dels var at man hadde sett behov for en type barnevernstilbud som hittil ikke fantes, eller at de var misfornøyd med den omsorgen som ble tilbudt i offentlig regi. Institusjonene har med andre ord ikke blitt privatisert, men ble (ny-)etablert fordi det var og fremdeles er et behov for dem, kanskje med en annen innretning enn de opprinnelig hadde.

Ifølge Wiklund (2005:150) er det spesielt innenfor institusjonsområdet at det har skjedd en "privatisering", det vil si en bevegelse fra kommunalt til privat eierskap. Men samtidig finnes det en flora av såkalt ikke-offentlig oppenvårdgivere som selger tjenester til kommunene (öppenvård = hjelpetiltak i hjemmet). Hele 58 prosent av de svenske kommunene kjøpte slike tjenester på begynnelsen av 2000-tallet. Wiklund hevder også at kunnskapen på dette området, om hvordan man best organiserer barnevernet etter dimensjonene offentlig-privat og bestiller-utførermodeller, er "starkt begrenset" (s. 149 og 2011).

⁴³ Kommersiell gir et litt feil inntrykk her, for det dreide seg i hovedsak om små familiehjem som tok imot barn, men de var altså ikke ideelle organisasjoner.

Alle de nordiske landene har en høy andel av private institusjonsplasser, særlig for ungdom. Institusjonslandskapet er i alle landene dominert av et privat marked (Bengtsson & Jacobsen 2009:16). De private leverandørene kan både være ideelle organisasjoner, som har gitt et tilbud til barn og unge lenge før det offentlige barnevernet ble etablert, og mer kommersielle virksomheter. De siste gjorde særlig sitt inntog i 1980-årene. Graden av kommersialisering varierer imidlertid også blant disse. Særlig i Norge, Sverige og Finland har det vært en utvikling i retning av konserndannelser, der omsorgsvirksomheter driver flere institusjoner. Ifølge Bengtsson og Jacobsen er det ikke klart hva denne utviklingen innebærer for institusjonsomsorgen, hvordan man skal vurdere den, men forfatterne påstår at barneverninstitusjonsområdet er blitt ett av de nordiske velferdsstatenes mest privatiserte områder. Videre skriver de at det ikke er tvil om at ”privatiseringen af anbringelsesområdet alle steder har medført et mer variert institusjonslandskap og et større utbud af forskjelligartede behandlingstilbud” (s. 262) og at ”der synes imidlertid nu i hele Norden at være accept af, at privat børneværnsinstitutioner er et integrert og til dels også ønskværdigt element i det samlede institusjonslandskap. Hermed er børneværnsinstitutionerne i nærsten i stilhed blevet et af velferdsstatens mest privatiserede domæner” (s. 264). Bengtsson og Jacobsen hevder også at det i liten grad, bortsett fra i Sverige (med henvisning til tidligere nevnte Sallnäs), er forsket lite på *hvorfor* det har skjedd en privatisering av barneverninstitusjonene og eventuelle konsekvenser av dette (s. 257).

I Sverige skjedde det altså på 1980- og 1990-tallet en markert fremvekst av (små) private institusjoner. Bengtsson og Jacobsen mener at veksten i privat innsats har vært mest dramatisk i dette landet. Per 2008/2009 er, som vi så, cirka 90 prosent av institusjonene private, hvorav 85 prosent drives som AS-er.

Finland gjennomgikk i samme periode en lignende utvikling. Her fantes i utgangspunktet mange kommunale institusjoner. I tillegg fantes også en del private institusjoner eiet og drevet av ideelle organisasjoner. I løpet av 1980-årene skjedde det en forandring ved at private tok over feltet. Mellom 1988 og 1995 ble andelen offentlig eide institusjoner redusert fra å utgjøre tre fjerdedeler til å utgjøre cirka Halvparten, mens andelen private vokste kraftig.

I Norge er bildet noenlunde likedan, til tross for statsreformen i barnevernet i 2004. Omkring 56 prosent av dem som bor i institusjon, bor i en privat institusjon, ifølge Bengtsson og Jacobsen.

Danmark har en lengre tradisjon enn de øvrige nordiske landene for at private aktører utgjør en vesentlig del av institusjonsområdet, men utviklingen skjøt fart i 1970- og 1980-årene, da sosialpedagogiske oppholdssteder vant frem som alternativ til de tradisjonelle døgninstitusjonene. Alle de sosialpedagogiske oppholdsstedene er privateid (selveiende, fondseide). Cirka en tredjedel av institusjonene drives i privat regi. Disse utgjør i stor grad et tilbud til ungdom.

5 Avslutning

I dette notatet har vi presentert en del nyere forskning om bruk av og erfaringer med markedsmekanismer ved drift av offentlig finansierte velferdstjenester som pleie- og omsorgstjenester og barnevern. Vi har særlig sett nærmere på bruk av konkurranseutsetting og brukervalg, men også utviklingen i retning av at flere betaler private velferdstjenester av egen lommebok, det vil si tjenester som ikke er offentlig finansierte. Pleie- og omsorgstjenester har fått størst oppmerksomhet i notatet, dels fordi dette tjenesteområdet er mest forskningsmessig belyst med hensyn til bruk av markedsmekanismer. Bruk av konkurranse og private aktører er svært utbredt innenfor barnevern, men i mindre grad forskningsmessig belyst. Meningen med notatet er ikke å gi en fullstendig presentasjon og drøfting av slike nye måter å frembringe velferdstjenester på, noe som ville kreve en mer omfattende forskningsgjennomgang enn det har vært anledning til i denne omgang. Hensikten er mer å trekke frem *noen* nyere forskningsbidrag og utviklingstrekk, som forhåpentlig i neste omgang kan gjøres til gjenstand for bredere forskning. I og med at notatet ikke forspeiler å være en bred forskningsgjennomgang, kan det også være utfordrende å gi en fyndig oppsummering av funn som man kunne ønske skulle fungere som kunnskapsstatus på området. Vi gjør likevel et forsøk. Notatet bygger i hovedsak på forskning fra Norge og Sverige.

Gjennomgangen viser at konkurranseutsetting innenfor pleie- og omsorgstjenestene foreløpig har et lite omfang i Norge, det gjelder både for hjemmetjenester og institusjonsdrift. Per sommeren 2011 finnes det 15 sykehjem som drives av kommersielle virksomheter og 70 som drives av ideelle organisasjoner, henholdsvis 1,4 og vel 6 prosent av sykehjemmene. Det synes ikke å ha vært særlig vekst de senere årene, og heller ikke forventes det særlig vekst i bruken av kommersielle aktører basert på kommunenes egne planer. Heller ikke når det gjelder brukervalg er omfanget stort, og selv om det har vært en viss vekst, har den vært fra et beskjedent nivå. Erfaringene med konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester varierer. Sammenligninger av privat og offentlig drift med hensyn til kvalitet og kostnader viser seg ofte vanskelige å gjennomføre, fordi mange forhold kan spille inn, men i den grad forskningen forsøker å trekke konsekvenser av gjennomførte studier, finner man ingen klare forskjeller basert på eierform, men like mye at kvalitet og kostnader varierer med kommune. Tilsvarende resultater finner man med hensyn til konkurranseutsettingens konsekvenser for ansattes arbeidsforhold dersom man vurderer disse ut fra ansattes egne vurderinger av sin arbeidssituasjon. Det kan være viktigere å velge riktig kommune/arbeidsgiver enn om arbeidsgiveren er offentlig eller privat. Men på en del områder kan arbeidsforholdene variere. Ofte vil for eksempel pensjonsforholdene være bedre for offentlige enn for privat ansatte, mens lønnsforholdene kan variere. Arbeidsmengden kan også være større i private enn i offentlige virksomheter.

Etter hvert har en del av forholdene rundt kjøp av tjenester fra private virksomheter blitt regulert gjennom lover og forskrifter. En norsk forskrift, med utgangspunkt i en ILO-konvensjon, krever at virksomheter som utfører oppgaver på kontrakt for det offentlige, skal tilby sine ansatte lønn- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn gjeldende tariffavtaler. Det offentlige har dessuten rett og plikt til å kontrollere at forholdene er i orden. Forskriften omfatter også helse- og omsorgstjenester. Det er uklart om barneverntjenester vil omfattes. ESA har imidlertid påklaget denne ordningen, og hevder at den er i strid med EØS-retten. Norge er pålagt å endre sitt forslag. I skrivende stund er saken ikke avgjort. Også virksomhetsoverdragelsesdirektivet gir ansatte en viss beskyttelse ved overføring til privat virksomhet. Vider gir lov om tjenestepensjon alle arbeidstakere rett til et minimum av tjenestepensjon, selv om de ordningene som tilbys ansatte i privat sektor ofte vil være dårligere enn de offentlige ordningene.

Brukervalgsordninger har etter hvert blitt mer omfattende innenfor omsorgstjenester, mer i Sverige enn i Norge. Ordningene kan ha forskjellig utforming, med ulike grader av valg. I den enkleste og mest utbredte varianten er det bare firmaet som leverer tjenesten man kan velge når først brukerbehovet er fastslått. Etter hvert prøves det ut ordninger der brukerne har større påvirkning på det løpende innholdet i tjenesten. Forskning tyder på at ordningen egner seg minst for de mest skrøpelige eldre, fordi de kan ha vanskelig for å orientere seg i tilbudet av tjenester. Ordningen er også mer usikker fra et leverandørsynspunkt, fordi leverandøren risikerer å miste (døde eller misfornøyde) brukere på kort varsel. Forskning viser også at det er relativt få brukere som skifter tjenesteleverandør, uklart av hvilken grunn. Det kan både skyldes at brukeren er fornøyd, men også at brukeren finner det slitsomt å bytte leverandør og person som skal hjelpe.

Etter hvert har det vokst frem en del virksomheter som leverer hjemmetjenester som brukerne selv betaler, til forskjell fra konkurranseutsatte tjenester og brukervalgstjenester, der tjenestene er betalt av kommunen. Det kan både dreie seg om praktisk hjelp i hjemmet og mer helsepregede omsorgstjenester. Kartlegginger viser at det i Norge kan være relativt stor interesse for slike tjenester, særlig praktisk hjelp som tyngre typer av husarbeid, som de kommunale hjemmetjenestene normalt ikke tilbyr. Stadig flere har i dag råd til å kjøpe tjenester som det offentlige ikke tilbyr eller tilbyr i et mindre omfang enn den enkelte ønsker. Også politikere fra ulike politiske leire synes innforstått med at det er vanskelig å hindre fremveksten av et slikt marked på siden av det offentlige, med mindre det offentlige holder tritt med befolkningens etterspørsel om flere og bedre tjenester. I Sverige har man tatt konsekvensen av denne utviklingen og innført et eget skattefradrag for dem som kjøper private husholdstjenester, inklusive omsorgstjenester, det såkalte RUT-fradraget. Det viser seg at mange eldre benytter seg av denne ordningen, fortrinnsvis de i de høyere inntektstroppene. Utviklingen reiser spørsmålet om hvordan det offentlige kan holde tritt med etterspørselen i befolkningen. Internasjonale kartlegginger tyder på at det er en viss vilje i befolkningen til heller å betale mer skatt enn at utviklingen fortsetter i retning av flere private tjenester. Men det gjenstår å se om viljen til å betale mer skatt lar seg realisere i praksis. Foreløpig har den norske rødgrønne regjeringen valgt å fryse skattene.

Innenfor barnevernområdet har det i løpet av de siste 10–15 årene skjedd en storstilt privatisering, forstått som offentlig kjøp av private barneverntjenester, mer i Sverige enn

i Norge. Denne utviklingen har i liten grad blitt forskningsmessig belyst. Utviklingen har i hovedsak vært et resultat av mangel på offentlige institusjonsplasser og har fungert som et supplement til det offentlige tilbudet. Med barnevernreformen i 2004 ble det utviklet kvalitetsstyringssystemer for både de offentlige og de private barneverninstitusjonene; tidligere ble barneverninstitusjonene i liten grad kontrollert. I Norge har man valgt å konkurranseutsette de fleste institusjonsplasser som kjøpes fra private, til tross for at EØS-retten ikke krever at denne typen tjenester konkurranseutsettes.

I den senere tid har den rødgrønne regjeringen ønsket å redusere bruken av private, kommersielle barneverninstitusjoner og heller prioritere institusjoner drevet av ideelle organisasjoner når barneverntjenester kjøpes inn. Dersom det offentlige og de ideelle organisasjonene klarer å bygge ut en tilstrekkelig kapasitet med den nødvendige innretningen på tilbudet, kan de kommersielle institusjonene komme til å fases ut på sikt.

Også i Sverige har det vært et stort omfang av private barneverntjenester. Tross dette er forskningen på dette området også her begrenset.

Litteratur

- Aftenposten* (2007). Flere tilbyr privat hjemmehjelp (14.2.07).
- Aftenposten* (2007). Anbud ikke EØS-krav (5.12.07).
- Aftenposten* (2011). Betaler tusenvis for luksuspleie (27.8.11).
- Aftenposten* (2011). Pris: Fra 0 til 640.000 (28.8.11).
- Bengtsson, T. T. & Jacobsen, T. B. (2009). *Institutionsanbringelse af unge i Norden. En komparativ undersøkelse af lovgrundlag, institutionsformer og utviklingstendenser*. Rapport 09:12. København: SGI.
- Berge, Ø. B., Falkum, E., Trygstad, S. C. & Ødegård, A. M. (2011). *Skaff oss dem vi trenger*. Fafo-rapport 2011:20.
- Berge, Ø. B., & Sønsterudbråten, S. (2011). *Anbud og arbeidstakerrettigheter. En studie av bransjene renhold, vakt og anlegg*. Fafo-rapport 2011:14.
- Bogen, H. (2006). *Samhandlingsrutiner mellom bydelsbarnevernet og Barne- og familieetaten*. Fafo-otat 2006:06.
- Bogen, H. & Seip, Å. A. (2009). *Holdninger til offentlig sektor*. Fafo-rapport 2009:09.
- Brevik, I. & Schmidt, L. (2005). *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. NIBR-rapport 2005:17.
- Dagbladet* (2011). Nok er nok (14.10.11)
- Dagsavisen* (2010). Vil strupe barnevernsaktørene (7.8.10).
- Dagsavisen* (2010). Vil gi middelklassen tro på velferdsstaten (2.9.10).
- Dagsavisen* (2010). Egoismen truer velferdsstaten (3.9.10).
- Disch, P. G. & Vetvik, E. (2009). *Framtidas omsorgsbilder – - slik det ser ut på tegnebrettet*. Rapport 1/2009. Universitetet i Agder/Høgskolen i Telemark.
- Doffin (2011). Nyhetsbrev nr. 34 (14.10.11)
- Econ (2007). *Offentlige og private tilbydere av omsorgstjenester*. Rapport 2007-082. Oslo: Econ.
- Fagbladet* (2010). Færre ansatte i pleie og omsorg. (15.3.10).
- Forskrift av 8. februar 2008 nr. 112 om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter.
- Fri Fagbevegelse* (2007). Profitørene slår tilbake (7.12.07).

- Gustafsson, R. Å. & Szebehely, M. (2007). Privat och offentlig äldreomsorg – svenska omsorgsarbeters syn på arbetsmiljö och politisk styrning. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1.
- Hovik, S. & Stigen, I. M. (2008). *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2008:20.
- Klassekampen* (2011a). Vikarskandale i kommunen (24.3.11).
- Klassekampen* (2011b). Kamp om lønnskrav (1.7.11)
- Kommunal Rapport* (2010): Stramt budsjett i Bergen (21.9.10).
- Konkurrensverket (2008). *Fritt val i vård och omsorg*. (Informasjonsbrosjyre).
- Konkurrensverket (2009). *Åtgärder för bättre konkurrens – konkurrensen i Sverige*. Rapport 2009: 4
- Larsson, K. & Szebehely, M. (2006). Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna. I *Äldres levnadsvillkånder – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Meagher, G. & Szebehely, M. (2010). *Privat financing of elder care in Sweden*. Arbetsrapport 2010: 1. Institutet för Framtidsstudier. Stockholm.
- Nordstoga, S. & Støkken, A. M. (2008), *Et kontrollregime i endring. Sluttrapport*. Universitetet i Agder.
- NRK (2011). Bare 15 av 1000 sykehjem er private (29.8.11).
- NRK *Nyheter* (2010a). Frykter klassesdelt helsevesen (15.9.10).
- NRK *Nyheter* (2010b). Oppslag om private omsorgstjenester (31.7.10).
- Ot.prp. nr. 9 (2002-2003) *Om lov om endring i lov 17. juli 192 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven) og lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer (familievernloven) m.v.*
- Porsgrunn Dagblad* (2010). Privat omsorg får flere aktører (19.4.10).
- Rambøll (2011). *Brakerundersøkelse blant barn i statlige og private barneverntiltak*.
- Sallnäs, M. (2005). Vårdmarknad med svårigheter – om privata aktörer inm institutionsvård för barn och ungdommar. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2–3, 226–245.
- Sletnes, I. (2004). Offentlige anskaffelser og kommunal tjenesteyting. I Å. Johnsen, I. Sletnes & S. Vabo (red.), *Konkurransutsetting i kommunene*. Oslo: Abstract Forlag.
- Socialstyrelsen (2004). Konkurrensutsättning og entreprenader innom äldreomsorgen. Utvecklingsläget 2003. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2006) *Äldre – vård och omsorg år 2005*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010). Stimulansbidrag till valfrietssystem enligt LOV i äldreomsorg. Delrapport juni 2010.

- Socialstyrelsen (2011). Valfrihetssystem ur et befolknings- och patientperspektiv. Delredovisning.
- St.meld. nr. 40 (2001-2002) *Om barne- og ungdomsvernet*.
- Svensson, M. & Edebalk, P. G. (2010). *Kundval i äldreomsorgen. Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Szebehely, M. & Trydegård, G.-B. (2007). Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2–3.
- Välferd (2011), RUT vanligt efter 85. Nr. 1. Statistiska centralbyrån.
- Vabø, M. (2005). New Public Management i nordisk äldreomsorg – hva forskes det på? I M. Szebehely, *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt* (kapittel 3). TemaNord 2005:508.
- Varden* (2005). Privat omsorg billigere enn offentlig (15.2.05).
- Wiklund, S. (2011). Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster. I L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Wiklund, S. (2005). Social barnavård i nya former. Om marknadsorientering inom barnavårdsarbetet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2–3

Privat drift av omsorgstjenester



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

Fafo-notat 2011:22
ISSN 0804-5135