

Hanne Bogen og Arne Backer Grønningsæter

Kommuners kjøp av private tjenester – eksempler fra barnevern og andre velferdsområder

Hanne Bogen og Arne Backer Grønningsæter

Kommuners kjøp av private tjenester – eksempler fra barnevern og andre velferdsområder

© Fafo 2014

ISBN 978-82-324-0145-1 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0146-8 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
--------------	---

Kommuners kjøp av private barneverntjenester	7
<i>Av Arne Backer Grønningsæter</i>	

1 Bakgrunn	9
Kontekst/Bakgrunn	9
Mediebilder	10
Tidligere forskning	11
Hva tilbyr private aktører?	14
Kvalitet	18
Andre konsekvenser ved kjøp av private tjenester	19
2 Problemstillinger	21
3 Data og metode	23
Metodiske muligheter og begrensninger	24
4 Tre case	25
Case 1: En bydel.....	25
Case 2: En større bykommune 1.....	30
Case 3: En større bykommune 2.....	33
5 Aspekter ved bruk av private tjenester.....	38
Omfang.....	38
Typer av private tjenester	39
Begrunnelser for bruk av private tjenester	40
Kvalitet og oppfølging av private.....	41
Konsekvenser av bruk av private tjenester	41
Oppsummering.....	42
Referanser	43
Vedlegg: Temaguide	44

**Privat drift av velferdstjenester på oppdrag for kommuner
– hvordan følges kvaliteten opp? 45**

Av Hanne Bogen

1 Innledning	47
2 Omfanget av kommunale kjøp av velferdstjenester.....	50
3 Noen typer av tjenester	58
Boligsosialt arbeid.....	58
Aktivisering/arbeid/dagtilbud/arbeidsrettede tiltak	58
4 Kvalitet	59
Litt om begrepet kvalitet	59
Eksempel fra en kommune.....	62
5 Erfaringer fra Sverige.....	64
6 Erfaringer fra Danmark.....	71
7 Oppsummering	73
Referanser	75

Forord

Kommunenes kjøp av private velferdstjenester er et tema hvor diskusjonene fort får temperatur; det er stort engasjement rundt dette temaet. Denne rapporten består av to deler. Grunnen til at vi trykker dem som én rapport, er delvis at de har samme målgruppe, delvis at temaene er beslektet. Begge bidragene har hatt som formål å innhente mer kunnskap om kommunenes bruk av private aktører på velferdsområdet. Det ene bidraget tar for seg kommuners kjøp av private velferdstjenester på barnevernområdet, det andre ser på kommunenes rutiner for kvalitetssikring ved kjøp av private velferdstjenester. På denne måten håper vi å få fram problemstillinger som er aktuelle i mange kommuner.

Arne Backer Grønningsæter har skrevet bidraget om «Kommunenes kjøp av private barneverntjenester». Vi stiller spørsmål om hvorfor private tjenester benyttes, hva de benyttes til, rutiner rundt oppfølging og noen konsekvenser av bruk av private tjenester. Studien var basert på tre case. Prosjektet ble finansiert av en FOU-bevilgning fra Landsorganisasjonen.

Hanne Bogen har skrevet bidraget «Kommuners kjøp av velferdstjenester – hvordan følges kvaliteten opp?». Oppdraget var avgrenset til kommunale tjenester rettet til brukere under 67 år med nedsatt funksjonsevne, rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser og baserte seg på foreliggende forskningsbasert dokumentasjon. Hovedspørsmålet har vært hvilke systemer kommunene har etablert for å følge opp tjenestekvaliteten ved kjøp av private tjenester, samt hvilke kvalitetsindikatorer som legges til grunn ved slike kjøp. Oppdragsgiver er Fellesorganisasjonen.

Forfatterne står hver for seg ansvarlig for sine bidrag.

Vi vil gjerne takke LO og FO for oppdragene, og Mimmi Kvisvik og Anine Terland i FO for positivt samarbeid. Vi vil også takke informantene i barnevernstudien for at de har stilt opp med tid og kunnskaper. Til slutt en takk til Fafos publikasjonsavdeling for arbeidet med produksjon av rapporten.

Oslo 15.12.2014

Hanne Bogen og Arne Backer Grønningsæter

Arne Backer Grønningseter

Kommuners kjøp av private barneverntjenester

1 Bakgrunn

Kommuner kjøper barneverntjenester fra private leverandører. Samtidig som dette er omstridt, for denne typen tjenester som for andre velferdstjenester, vet vi relativt lite om hvorfor kommuner kjøper slike tjenester, hva slags tjenester det dreier seg om hvilke konsekvenser det har for blant annet tjenestens kvalitet, utvikling av fagmiljøet for slike tjenester og ansattes arbeidsforhold, både med hensyn til de som jobber i kommunen og de som jobber i de private virksomhetene. Formålet med denne undersøkelsen er derfor å få mer kunnskap om kommunenes kjøp av private barneverntjenester. Vi har i denne omgang valgt en casebasert undersøkelse nettopp for å få nærmere kunnskap om en del utvalgte problemstillinger og har valgt ut noen case som vi tror kan belyse viktige problemstillinger. Med et slikt metodisk opplegg kan vi imidlertid ikke si noe om omfanget av slike kjøp. Vi håper at vi ved en senere anledning kan få mulighet til å gjennomføre en mer landsomfattende kartlegging. Foreliggende studie er derfor eksplorerende på den måten at den vil belyse en del problemstillinger som så i neste omgang kan kartlegges i en bredere studie.

Ut fra tidligere kjennskap til barnevernfeltet antok vi at kommuners kjøp av private barneverntjenester i hovedsak har dreid seg om to tjenestetyper: saksbehandling i vanskelige enkeltsaker i alle faser av en barnevernssak og gjennomføring/iverksetting av barneverntiltak i hjemmet, såkalte hjelpetiltak. Mange kommuner kjøper slike tjenester fra private leverandører. Det viste seg imidlertid at spekteret av private tjenester er bredere enn vi antok i utgangspunktet.

Det er altså behov for mer systematisk kunnskap på dette feltet. Og som vi skal se seinere i rapporten, fant vi noen felles utviklingstrekk i de tre eksemplene (casene) vi har undersøkt, t. Det kunne derfor vært interessant å følge opp denne studien med en senere studie hvor vi kunne undersøke om de utviklingstrekken vi ser, er typiske for landets kommuner.

Kontekst

Selv om vi har begrenset kunnskap om kommuners kjøp av barneverntiltak, enten det dreier seg om saksbehandling eller hjelpetiltak i hjemmet, vet vi en del om private leverandørers bidrag når det gjelder såkalte omsorgstiltak, som institusjoner og

fosterhjem. Dette er tjenester som er lagt til den statlige delen av barnevernet. Når det gjelder omsorgstiltak, er det private innslaget betydelig. For det første er fosterhjem nærmest i utgangspunktet en form for privat tjeneste som myndighetene i en eller annen form kjøper av private (av familier). Det finnes fosterhjem både i offentlig og privat regi, men i hovedsak er dette en tjeneste som kommunene kjøper av enkelte familier. Statistisk sentralbyrå skriver følgende om private omsorgstiltak (på sin hjemmeside):

I løpet av 2012 blei det registrert i overkant av 1,1 millionar opphaldsdagar i det statlege barnevernet, av desse var nesten 43 prosent i fosterheimar, nesten 41 prosent i barnevernsinstitusjonar og vel 16 prosent var frå hjelpetiltak i heimen. Ser ein berre på fosterheimar og institusjonar, står privateigde føretak for om lag 40 prosent av opphaldsdagane. For institusjonane var meir enn halvparten av opphaldsdagane i privateigde institusjonar.¹

Det framgår av sitat over at staten også tilbyr hjelpetiltak i hjemmet. Dette gjelder spesialiserte tiltak som Parent Management Training – Oregon (PMTO) og Multi-systemisk terapi (MST). Kommunene er ansvarlig for bruk av hjelpetiltak. Av NOVA-rapporten «Institusjonsplassering siste utvei?» (2011) framgår det også at noe over halvparten av barneverninstitusjonene er drevet av enten kommersielle eller ideelle privat aktører (Backe-Hansen m.fl. 2011).

I dette prosjektet skal vi imidlertid rette søkelyset mot de kommunale barneverntjenestene og deres kjøp av hjelpetiltak, altså ikke omsorgstiltak som fosterhjem og institusjonstjenester. Tatt i betraktning det sterke private innslaget i barnevernet generelt og kontroversene rundt dette temaet, kan det ses som overraskende at det ikke finnes mer kartlegging og generelt mer oversikt over kommuners kjøp av slike tjenester. Dette ønsker vi med denne studien å gjøre noe med selv om en bredere kartlegging ikke er gjennomført i denne omgang.

Mediebilder

Vi har gått igjennom fagtidsskriftet Fontenes årganger fra 2011 til 2014 og finner en rekke artikler om utviklingen i barnevernet. Noen av disse artiklene er relevante for det temaet vi her snakker om.

I Fontene nr. 8:2012 finnes for eksempel i en artikkel om barnevernet i Søndre Nordstrand bydel i Oslo om hvordan tilførsel av flere personellressurser til bydelens barneverntjeneste har ført til både bedre barnevern og mindre kostnader for kommunen. Det interessante med artikkelen i vår sammenheng er at konsulentfirmaet Deloitte

¹ http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/bave_statres/aar/2013-09-12

spilte en viktig rolle i denne prosessen. Det var dette firmaet som etter en kartlegging i bydelen påpekte at det trengtes flere folk i barnevernet. I dette tilfellet har dermed et privat konsulentfirma spilt en viktig rolle når det gjelder innspill til organiseringen av en lokal barneverntjeneste.

I en annen artikkel i Fontene (nr. 5:13) framgår det at kutt i det statlige barnevernet i Nord-Norge har ført til at kommuner i regionen selv har måttet leie inn private konsulenter for å kunne utføre spesialiserte oppgaver på barnevernfeltet. Det påpekes at for små kommuner kan dette være alternativet til å bruke Bufetats (dvs. statens) fagfolk.

I en artikkel i Fontene nr. 6:12 kritiseres FO for å ha slagside mot private tjenester. Imidlertid er kritikken her i hovedsak knyttet til drift av institusjoner, ikke kommunale hjelpetiltak. I Fontene nr. 3:12 tar en opp det faktum at flere private barneverntjenester leveres av religiøse organisasjoner. Dette gjelder i hovedsak omsorgstiltak, men også noen hjelpetiltak. I nr. 10:11 reises problemstillingen om hvorvidt ideelle private aktører utkonkurreres av kommersielle aktører. Diskusjonene/presentasjonene rundt bruken av private tjenester i Fontene viser med andre ord et mangfoldig bilde. Mange problemstillinger kan gjøre seg gjeldende når kommuner kjøper barneverntjenester av private (både ideelle og kommersielle) aktører. Organisasjonskartlegging og -utvikling, hjelp til spesialiserte tjenester og kriseløsninger er eksempler på situasjoner hvor private tjenester kjøpes inn av kommunene.

Tidligere forskning

Fafo publiserte i 2006 i rapporten «Bare fantasien setter grenser» (Gjerustad m.fl. 2006). Her tok vi for oss bruken av hjelpetiltak og viste hvordan det har utviklet seg et mangfold av metoder og arbeidsmåter i det kommunale barnevernet. Det sies for eksempel i rapporten at utvikling av mer omfattende tiltak rettet mot familiene ble organisert på følgende tre måter:

- Saksbehandlerne gikk selv inn i sakene
- Kommunene ansatte miljøarbeidere
- Kommunene kjøpte inn eksterne tjenester

Et fjerde alternativ kan være tiltak som gjennomføres i samarbeide med andre offentlige tjenester – eksempelvis NAV eller psykiatrien, men her dreier deg seg altså ikke om kjøp av private tjenester.

I denne rapporten, som primært handlet om utviklingen i bruken av hjelpetiltak, dukket altså spørsmålet om kjøp av eksterne tjenester opp, selv om dette ikke utgjorde noen stor del av boka. I boka «Det kommunale barnevernet i utvikling» tar Nordstoga

m.fl. (2014) også opp denne problemstillingen og viser at det fortsatt skjer mange lokalt initierte forsøk eller prosjekter. Mye av dette skjer i kommunal regi, men det kan også være private tjenesteytere som tilbyr slike tjenester. Noen forskere mener at det foregår en re-kommunalisering på dette feltet. Samtidig sies det at private tjenesteleverandører benyttes for å skape konkurranse som igjen kan øke valgmulighetene og skape utvikling i barnevernets tilbud (Sivesind 2013). Når det gjelder noen av disse utradisjonelle tiltakene har private gått foran fordi det manglet kommunale alternativer. I disse tilfellene har private kunnet tilby tjenester som det kommunale barnevernet hadde behov for, men ikke fant innen det offentlige apparatet. Det kan imidlertid se ut som om dette i større grad gjelder på institusjonsområdet enn på hjelpetiltaksfeltet (jf. Bogen 2011). Nå forsøker en del kommuner, som vi skal se, å bygge opp slike tjenester selv.

Andersen m.fl. drøfter i en Fafo-rapport de særskilte arbeidsforholdene som private oppdragstakere i kommunen har (Andersen m.fl. 2009). I barnevernet vil det gjelde fosterforeldre, støttekontakter og tilsynsførere for barn i fosterhjem. Implisitt i denne problemstillingen ligger det faktum at en ikke ubetydelig del av det kommunale barnevernsarbeidet faktisk utføres av private, og alltid har gjort det. Det er lite som tilsier at dette ikke også vil være tilfellet framover. Det faktum at denne virksomheten utføres av privatpersoner, er det heller ikke mange som stiller spørsmålsteget ved. Imidlertid er det som vi skal se seinere i denne rapporten, en tendens til profesjonalisering av noen av disse funksjonene (Backe-Hansen m.fl. 2012). Dette kan på sikt føre til nye diskusjoner om hvordan disse tjenestene skal organiseres. På denne måten kan oppgaver som tidligere ble levert av idealistiske enkeltpersoner eller familier nå endre karakter og bli tjenester levert av firmaer eller større organisasjoner eller andre tjenesteprodusenter, men med en mer profesjonalisert tilnærming.

I Fafo-rapporten «Det nye barnevernbyråkratiet» (Gautun 2009) drøftes samhandlingen mellom staten og kommunene. Gautun spør hva som er de største utfordringene i dette samarbeidet og hvilke tiltak som kan bedre det. Svarene på det første spørsmålet handler om uklare ansvarsforhold, manglende kommunal kapasitet, mangelfullt tiltaksapparat og byråkratisering. Disse problemstillingene er, som vi skal se seinere i rapporten, også faktorer som er aktuelle og påvirker bruken av private tjenester. Gautun er også opptatt av en kombinasjon av sentralisert beslutningsmyndighet og økt byråkratisk avstand mellom instansene (Gautun 2009). Rapporten fra 2009 ble fulgt opp med en kartlegging av samarbeidet mellom stat og kommune innen barnevernet (Gautun 2010). Denne siste rapporten er basert på en spørreskjemaundersøkelse og er dermed mer representativ. Hun viser i denne rapporten en betydelig skepsis mot den måten arbeidet er delt mellom stat og kommune (Gautun 2010). De to rapportene om barnevernbyråkratiet har inspirert denne rapporten. Mens disse to rapportene diskuterer grenseoppgangen mellom staten og kommunene, vil vi i denne rapporten se på grenseoppgangen mellom kommunene og private. For å få fram et helhetlig bilde

av samhandlingen mellom forskjellige aktører på barnevernområdet må analysene omfatte både stat, kommune og private aktører.

Spørsmålet om kommunenes kjøp av private tjenester er ikke bare en aktuell problemstilling i barnevernet. I den andre delen av denne rapporten tar Hanne Bogen opp kjøp av noen velferdstjenester fra private og hvilke systemer kommunene har for å følge opp tjenestekvaliteten samt hvilke kvalitetsindikatorer som legges til grunn ved slike kjøp. Oppdraget var avgrenset til kommunale tjenester rettet til brukere under 67 år med nedsatt funksjonsevne (fysisk funksjonshemming eller utviklingshemming), rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Her påpekes det blant annet at det finnes lite foreliggende informasjon om tilstanden på dette feltet, noe som *kan* ha sammenheng med at omfanget av slike kjøp på de nevnte tjenesteområdene ser ut til å være svært begrenset.

I et notat av Bogen fra 2011 tar hun opp privat drift av omsorgstjenester. Én av de tjenestene hun beskriver er det statlige barnevernet. Hun påpeker at det innenfor denne delen av barnevernet har skjedd en storstilt privatisering forstått, som statlig kjøp av barneverntjenester (institusjonstjenester). Denne utviklingen er i liten grad forskningsmessig belyst. Én av hovedårsakene til at det finnes mange private barneverninstitusjoner synes imidlertid å være mangelen på offentlige institusjonsplasser og særlig plasser som «skreddersydd» for å ivareta det enkelte barns problemer. I forbindelse med barnevernreformen i 2004 kom det for øvrig på plass et kvalitetssikringssystem for barneverninstitusjoner (Bogen 2011).

I den samme perioden som disse rapportene ble laget, er det skjedd betydelige endringer i arbeidsdelingen mellom stat og kommune innenfor barnevernfeltet. Den nye barnevernloven overfører større ansvar til kommunene (se lov om barneverntjenester²). I den offentlige debatten som foregår i skrivende stund, er det forslag om ytterligere myndighetsoverføring til kommunene. Dette skjer parallelt med en diskusjon om en ny kommunereform som kan innebære en betydelig reduksjon i antallet kommuner.³ I den nylig overleverte utredningen «Kriterier for god kommunestruktur» fra ekspertutvalget for ny kommunestruktur diskuteres også barnevernet. Her sies det at kommuner under 50 000 innbyggere må kjøpe eller hente inn slike tjenester fra andre instanser, da de ikke vil kunne bygge ut et fullverdig tilbud selv. Én av de «instansene» de skal kjøpe tjenester fra, er private aktører.

I en rapport fra 2013 skriver Gautun m.fl. (2013) om konsekvenser av konkurranseutsetting av tjenester som sykehjem og hjemmetjenester. Én av konklusjonene i rapporten synes å være at kortsiktige økonomiske perspektiver påvirker kommunenes beslutninger om konkurranseutsetting av slike tjenester. Det konkluderes med at det

² <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

³ http://www.regjeringen.no/upload/KMD/KOMM/rapporter/Kriterier_for_god_kommunestruktur_sluttrapport.pdf

til tross for mye offentlig diskusjon og politisk debatt, gjennomføres lite systematisk kartlegging av konsekvensene av konkurranseutsetting for kvalitet, samlede kostnader og arbeidsvilkår i kommunene.

I 2014 ga Fafo ut rapporten «Den nordiske modellen mot 2030» (Dølvik m.fl. 2014). Rapporten oppsummerer forskning om utviklingen i de nordiske velferdsstatene. Forfatterne påpeker at bruk av private leverandører har vært et viktig virkemiddel for å utvikle den offentlige tjenesteytingen. Samtidig påpeker de at resultatene av dette er uklare, og at en i liten grad finner klar dokumentasjon av ulike effektivitets-, kvalitets- og fordelingseffekter.

Hva tilbyr private aktører?

Fellesorganisasjonens yrkesetiske råd⁴ behandlet i 2012/3 en klagesak mot en sosialarbeider som hadde tatt oppdrag som privat konsulent og drevet saksbehandling for en kommune i en barnevernssak som ble oppfattet som vanskelig. Det interessante her er ikke hvordan denne klagen ble behandlet eller hva som ble utfallet i rådet, men saken viste minst to ting som kan være interessante i denne sammenhengen. For det første viste den at det er et marked for enkeltstående sosialarbeidere som tar saksbehandleroppdrag for kommunene. For det andre fikk en demonstrert, fordi det ble en klagesak, at det kan oppstå uklare ansvarsforhold mellom innleide konsulenter og den kommunale barneverntjenesten.

Et raskt nettsøk viser at private tjenesteytere tilbyr sine tjenester på en rekke felt og utfører arbeidsoppgaver som er viktige i det kommunale barnevernet: undersøkelser, godkjenning av fosterhjem, oppfølging av hjelpetiltak, tilsynsoppgaver, evaluering av tiltak, oppfølging av institusjonsplasseringer, skriving av saksframlegg til fylkesnemnda, veiledning, samt bistand i akuttssituasjoner. Vi ser også at disse tjenestene både tilbys av enkeltstående selvstendig næringsdrivende og av større private firmaer.

Et av de store firmaene på dette markedet er Aleris. De presenterer seg på følgende måte på sin hjemmeside:

Aleris har levert tjenester til det offentlige på barnevernsområdet siden 1991, i form av bofelleskap/institusjoner og også familiehjem/fosterhjem og ulike hjelpetiltak.

Helt fra starten av har vi lagt vekt på fleksible omsorgsløsninger tilpasset hvert enkelt barn og hver enkelt ungdom.

⁴ Forfatteren av dette kapitlet er medlem av rådet.

Omsorg er en grunnforutsetning for å skape trygghet og tillit i arbeidet med ungdommene. Det innbefatter bl.a. trygge forutsigbare voksne, struktur, aldersadekvate grenser, realistiske forventninger og utviklingsmuligheter.

Aleris er opptatt av å anerkjenne og forsterke de positive og konstruktive kreftene hos ungdommene. Vi hjelper dem til å finne fram til sine ønsker og ressurser, slik at de kan realisere sine drømmer og være i stand til å møte hverdagens utfordringer på veien til å bli selvstendige og klare seg selv innenfor rammene av samfunnet.

Gjennom nettverksarbeid og systemisk tilnærming betrakter vi ungdommen, familien, skolen og andre samarbeidspartnere som aktører med gjensidig påvirkningskraft, og hvor det er viktig å arbeide med hele systemet for å skape bevegelse og endring.

I våre institusjoner arbeider miljøpersonalet i faste team og i medlevertturnus, eller langturnus. Dette gir en langt bedre kontinuitet for ungdommene enn ved vanlig turnus, og personalet får bedre anledning til relasjonsbygging med ungdommene og til å følge opp prosesser og avtaler i det daglige arbeidet.

Som et verktøy for å hjelpe oss til stadig å forbedre våre tjenester, gjennomfører vi jevnlig målinger av tilfredsheten til våre brukere og oppdragsgivere.⁵

En liste over de tjenestene som Aleris tilbyr, inneholder følgende punkter:

- Endringsarbeid i hjemmet
 - Foreldreveiledning (PMTO)
 - Oppfølging av barn/unge som bor hjemme
 - Miljøterapi i hjemmet
- Avlastning
 - Avlastning med aktiviteter
 - Besøkshjem
- Oppfølging på hybel
 - Oppfølging og selvstendighetstrening
- Tilsyn
 - Tilsynsfører i fosterhjem
 - Tilsyn i hjemmet
 - Tilsyn under samvær⁶

⁵ <http://www.aleris.no/vi-tilbyr/barnevern-rus-psykisk-omsorg-bpa/barnevern/>

⁶ <http://www.aleris.no/vi-tilbyr/barnevern-rus-psykisk-omsorg-bpa/barnevern/hjelpetiltak/>

Et annet firma som tilbyr sine tjenester, er Barnevernkompetanse. De har en omfattende virksomhet og avdelinger i Oslo, Akershus, Buskerud, Hedmark, Romerike, Sørlandet, Telemark, Vestfold og Østfold. De presenterer seg selv på følgende måte.⁷ Her følger noen sitater fra deres hjemmesider:

Barnevernkompetanse leverer tjenester innenfor områder som saksbehandling, tiltaksarbeid, veiledning. Vi tilrettelegger for individuelle kurs og opplæringsmoduler innen våre fagfelt.

Barnevernkompetanses faglige ståsted er forankret i miljøterapeutiske teorier som legger vekt på samspill og sosial forståelse i familier, relasjonsbygging, individuelle behov og forutsetninger, og kunnskaper om hva som fremmer/hemmer endringsarbeid hos det enkelte barn/ungdom og deres omsorgspersoner.

Barnevernkompetanses medarbeidere benytter sine kunnskaper om sosialt arbeid som verktøy og som er opparbeidet etter mange års erfaring innen fagfeltet. Dette innebærer både teoretiske kunnskaper. Vi er i besittelse av redskaper som maler på kartlegging, rapporter og evalueringsrutiner, og som er et viktig arbeidsverktøy for å sette fokus på problematikk og endringspotensiale i vårt møte med barn og deres familie.

Våre konsulenter lange og brede erfaring fra fagfeltet gjør at vi raskt går inn i oppgavene og utfører disse i samarbeid og i samsvar med oppdragsgivers ønske.

Barnevernkompetanse presenterer en detaljert liste over hvilke typer av tiltak som tilbys; disse omfatter de fleste tjenester som ligger inn under kommunenes ansvarsområde på barnevernfeltet:

- Undersøkelser i henhold til lov om barneverntjenester § 4-3. Undersøkellesprosessen blir ivaretatt fra melding til ferdig sluttrapport.
- Godkjenning av fosterhjem, besøkshjem og adopsjonssøknader. Godkjenningsprosessen blir gjennomført gjennom samtaler og hjemmebesøk, og oppsummeres med konklusjon i sluttrapport.
- Oppfølging av hjelpetiltak. Oppfølging i forhold til nærmiljøtiltak, råd/veiledning i hjemmet/fosterhjem, konfliktløsning, tilsynsoppgaver, vurdering/evaluering av tiltak og oppfølging av institusjonsplasseringer.
- Skrivning av saksframlegg til fylkesnemnda. Enkeltstående saksframlegg til Fylkesnemnda skrives ut fra sakens dokumenter og informasjon fra barneverntjenesten, og eventuelt med videre oppfølging i Fylkesnemnda.

⁷ <http://www.barnevernkompetanse.no/Tjenester.htm>

- Veiledning/prosessveiledning. Veiledning gis individuelt og/eller for grupper av godkjente veiledere, til både barneverntjenestens ansatte i 1.linjetjenesten/ kommunen og til kommunale/private barneverninstitusjoner.
- Bistand i akutt situasjoner. Barnevernkompetanse kan kontaktes i akutt situasjoner som akutt plasseringer, uttrykninger til hjemmet eller andre hastesaker.
- Tilsyn i fosterhjem. Avtaler om oppdrag som tilsynsfører for barn i fosterhjem kan inngås for kortere eller lengre perioder.
- Ledelsesfunksjoner. De fleste av Barnevernkompetansens medarbeidere har lang ledererfaring fra fagfeltet og kan gå inn i midlertidige lederoppdrag som barnevernleder, seksjonsleder eller i styrerfunksjoner.
- Kurs og opplæring. Barnevernkompetanse tilbyr kurs og opplæring i forhold til spesifikke saksbehandlingsoppgaver i 1.linjetjenesten/kommunens barneverntjeneste. Kursopplegg/moduler lages i samarbeid med den enkelte barneverntjeneste/institusjon ut ifra ønske og behov.

Et tredje eksempel kan være Næromsorg Sør.⁸ De tilbyr ifølge hjemmesidene sine familiehjem, hjemmebaserte tjenester og institusjonsplasser. Et fjerde eksempel kan være Blå Kors som driver Barnas Stasjon i Fredrikstad, Trondhjem, Drammen, Kristiansand, Hamar og på Nøtterøy.⁹ De tilbyr individuell oppfølging, foreldreveiledning i grupper, samvær under tilsyn og måltider. Begge de to siste eksemplene har primært tiltaksorienterte tilbud. Blå Kors skiller seg fra de tre ovennevnte ved at virksomheten drives av en frivillig organisasjon som har lang historie innen velferdsfeltet.

En annen ideell aktør er Kirkens bymisjon.¹⁰ TiltaksUtviklingen er en avdeling under Kirkens Bymisjons barneverntiltak. De sier på sine hjemmesider at de utvikler tiltak og tjenester på oppdrag for barneverntjenester og sosialkontor, og skreddersyr dem til brukernes behov. Tiltakene kan være alt fra korte, avgrensede oppdrag til langvarige, tyngre hjelpetiltak for familier eller enkeltpersoner. De er opptatt av at de gjennom å benytte kompetanse på tvers av bymisjonens virksomheter skreddersyr tiltak både i intensitet og lengde, alt etter den enkelte families behov. De ansatte i denne avdelingen representerer bred erfaring fra arbeid med barn, ungdom og familier.

En annen type tilbud er Tiltaksgruppa fokus.¹¹ De tilbyr miljøarbeid, avlastning og veiledning. Det er imidlertid litt vanskelig ut fra hjemmesidene deres å få et klart bilde av hvordan de jobber. Det kan se ut som om det er én person som driver dette

⁸ <http://www.nosweb.no/tjenester.php>

⁹ <http://www.blakors.no/?CatID=1220>

¹⁰ <http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Kirkens-Bymisjons-Barneverntiltak/>

¹¹ <http://www.tiltaksgruppa-fokus.no/hXGYCSMBHG0k.5.idium>

firmaet («som koordinerer og leder» oppdragene), men som så trekker inn andre fagfolk etter behov.

De firmaene og organisasjonene som er nevnt her, er kun noen enkeltteksempler som representerer litt ulike aktører på feltet. Vi kan ut fra disse eksemplene si at private aktører presenterer et omfattende tilbud av tjenester som både handler om tiltak, saksbehandling, veiledning og tilsynsfunksjoner. Tilbudene kommer fra både ideelle og kommersielle aktører. De varierer i størrelse og omfang fra enkeltmannsforetak til store firmaer og organisasjoner.

Kvalitet

Konsekvenser for kvalitet og kvalitetskontroll er et sentralt spørsmål ved kjøp av private tjenester. I Prop. 106 L (2012–2013) fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet om Endringer i barnevernloven setter departementet opp seks kvalitetsmål, disse gjelder uavhengig av leverandør:

- Barn og familier skal få hjelp som virker
- Barn og familier skal møte trygge og sikre tjenester
- Barn og familier skal bli involvert og ha innflytelse
- Barn og familier skal møte tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet
- Barnevernets ressurser skal utnyttes godt
- Barnevernet skal sørge for likeverdige tjenester

Kvalitet er hovedtemaet i den andre delen av denne rapporten. Der er problemstillingen knyttet til tjenester for personer under 67 år med fysisk eller psykisk funksjonshemming, rusmiddelavhengighet eller psykiske plager, men ikke barneverntjenester. Bogen skriver der om kvalitet:

Hva man skal forstå med (god) kvalitet i tjenesteproduksjon, er etter hvert blitt et stort forskningsfelt. En stadig mer vanlig måte å tenke om kvalitet er at den er flerdimensjonal, dvs. at mange forhold må spille sammen for at god kvalitet skal sikres. Det er etter hvert vanlig å skille mellom tre ulike aspekter ved kvalitet: 1) strukturell kvalitet (de ressurser som er tilgjengelige, f.eks. økonomi, antall ansatte, kompetanse: Hva man har), 2) prosessuell kvalitet (hvordan man løser oppgavene: metoder osv.: Hva man gjør med de gitte ressursene) og 3) resultat-kvalitet (Hva man faktisk oppnår av kvalitet på vegne av brukeren gitt 1 og 2).

Aasland m.fl. (2011) er opptatt av at kvalitet må være noe mer enn å oppfylle formelle standarder og kritiserer dagens tenkning om kvalitet for å være for lite opptatt av den subjektive opplevelsen av kvalitet.

Brukerinnflytelse er stadig viktigere som kvalitetskriterium. Et grunnleggende spørsmål er om brukerne synes tiltaket virker. Brukerne trekkes inn for å bedre tiltakene. Dette gjelder uavhengig av offentlig/privat leverandør. Brukerinnflytelsen må organiseres på en annen måte når kommunen kjøper en tjeneste på vegne av en bruker, da det blir flere instanser å forholde seg til. En av medforfatterne av den overnevnte boka, Eide, refereres av Grønningsæter (2014) når hun i et foredrag sier at i sosialt arbeid er kvalitet et systemanliggende, men en kan samtidig ikke løsrive kvalitet fra personen som utøver arbeidet. Hun snakker om en balanse mellom ekstern kontroll og profesjonell sjøljjustis. Dette gjelder selvfølgelig ikke bare ved kjøp av private tjenester, men en slik tilnærming til kvalitetsbegrepet er svært relevant i sammenheng med denne studien. Dette fordi vi her er opptatt av hva som skjer når en kjøper inn eksterne fagpersoner i en virksomhet. Disse fagpersonene kan ha andre rammer for kontroll og sjøljjustis som forskyver samspeillet mellom disse faktorene.

En helhetlig forståelse av kvalitet kan dermed inneholde formalkrav knyttet til krav om at hjelpen skal virke og at tjenestene skal være trygge og sikre til at de må samordnes, gi god kontinuitet og god ressursutnyttelse og framstå likeverdige. Slike strukturelle krav må holdes sammen med krav til prosessuell kvalitet, som for eksempel brukerinnyflytelse og profesjonell sjøljjustis som er nødvendig for å oppnå ønskede resultater.

Andre konsekvenser ved kjøp av private tjenester

Den tidligere nevnte rapporten «Konsekvenser av konkurranseutsetting» (Gautun m.fl. 2013) tar også for seg følgende temaer når disse konsekvensene drøftes: utbredelse, lønnsomhet, kvalitet og ansattes arbeidsforhold. Konsekvensene for ansattes arbeidsforhold er et tema som har flere sider. De kan ikke uten videre skilles fra f.eks. spørsmålet om kvalitet som er behandlet over.

Et spørsmål knyttet til arbeidsforhold er hva som skjer med fagmiljøet. Eksterne konsulenter blir ikke uten videre en del av det samlede fagmiljøet. Den kompetansen som opparbeides gjennom praksis og samhandling med kolleger i den lokale barneverntjenesten, kan forbli hos konsulenten. Barneverntjenesten kan dermed gå glipp av kunnskap og fagmiljøet kan forringes. I og med at det kan se ut som om de aktuelle firmaene satser på å selge kompetanse for bruk i vanskelige saker og derfor er avhengig av å ansette erfarne fagfolk fra kommunene, kan det være en fare for at de kommunale fagmiljøene tappes for de mest erfarne.

Konsulenter som bare har ansvaret for en enkeltsak vil heller aldri bli en del av et stabilt arbeidsmiljø. Det er derfor også nødvendig å spørre hva som skjer med arbeidsmiljøet når bruk av slike tjenester blir vanlig. Flere av informantene i dette prosjektet var, som vi skal se seinere, opptatt av denne konsekvensen av utbredt kjøp av eksterne tjenester.

Gautun m.fl. (2013) påpeker også en rekke mulige konsekvenser for ansettelsesforholdene. De samme aspektene ser ut til å gå igjen i den politiske diskusjonen om privatisering. Hvilke konsekvenser har kjøp av private tjenester for arbeidsforhold, lønnsforhold, pensjon og ansettelsesvilkår? Det er åpenbart at andre forskjellige arbeidsgivere betyr forskjellige tariffavtaler, lønnsplaner og pensjonsvilkår. De private firmaene og organisasjonene har mulighet til å betale for å få tak i de mest kompetente fagfolkene. På den andre side er det i skrivende stund en mediesak at private organisasjoner ikke har råd til de samme pensjonsforpliktelsene som offentlige arbeidsgivere. Avisene rapporterer for eksempel om at Frelsesarmeen av denne grunnen velger overgang fra arbeidsgiverforeningen Virke til NHO-foreningen Abelia.¹² En del av kritikken mot privatisering har vært at det i en del tilfeller har medført dårligere pensjonsforhold for ansatte. Slike konsekvenser har vi imidlertid i liten grad tatt opp i denne studien, hvor vi primært har vært opptatt av andre aspekter av hvordan og hvorfor kommunene bruker private tjenester.

¹² Se <http://www.virke.no/bransjer/bransjeartikler/Sider/Frelsesarmeen-ut-av-Virke.aspx>, lest 24.10.2014

2 Problemstillinger

I denne (eksplorerende) studien tar vi for oss tre case og prøver å finne ut av fem h-er: hvorfor, hvordan, hva, hvor mye og hvilke:

- Hvorfor benyttes private barneverntjenester?
- Hva benyttes private tjenester til?
- Hvordan benyttes private tjenester; hvilke kontrollrutiner osv. har en?
- Hvor mye brukes private tjenester i casekommunene?
- Hvilke konsekvenser har bruken av private tjenester for faglig miljø, arbeidsmiljø og i hvilken grad påvirkes de ansattes arbeidsforhold av slik bruk?

I hovedsak forventet vi ved oppstart av studien å finne to hovedtyper av tjenester der private tjenesteytere ble benyttet, nærmere bestemt til saksbehandling og hjelpetiltak. Vi vet at det kjøpes private tjenester av begge disse typene, men vi kjenner som nevnt ikke omfanget av denne praksisen. Vi vet heller ikke om bruken av private aktører i det kommunale barnevernet øker, hva som er årsaken til eller begrunnelsene for at private benyttes (eller eventuelt ikke benyttes).

Det er også en rekke andre temaer det kunne være behov for å vite mer om. Et slikt tema er hvordan bruken av private påvirker fag- og metodeutviklingen i barneverntjenestens arbeid og hvordan det påvirker kvaliteten på tilbudet som ytes til barna/ungdommene.

En av begrunnelsene for kommunalt ansvar for barnevern er at utformingen av tiltak skal ta utgangspunkt i lokale behov og ha en lokal forankring. Et tredje spørsmål kan derfor være om kjøp av tjenester har noen konsekvens for kontinuitet i arbeidet, og om det påvirker hvordan de kommunale tjenestene arbeider og hvordan de er forankret lokalt. Og dernest: Har bruken av private noen konsekvenser for arbeidsmiljøet?

Med utgangspunkt i den foregående situasjonsbeskrivelsen har vi formulert følgende problemstillinger som utgangspunkt for feltarbeidet:

- Hvordan og til hva brukes private tjenesteytere?
- Hvordan er omfanget av denne praksisen i casekommunene?
- Øker bruken av private aktører?
- Har det skjedd endringer over tid når det gjelder bruk av private tjenester?
- Hva er årsaken til at private benyttes (eller eventuelt ikke benyttes)?

- Hva er begrunnelsen for at private benyttes (eller eventuelt ikke benyttes).
- Hvordan påvirker bruken av private aktører utviklingen i barneverntjenestens arbeid organisatorisk og metodisk?
- Hvordan påvirker bruk av private tjenesteytere kvaliteten på tilbudet som ytes til barna/ungdommene?
- Har kjøp av tjenester har noen konsekvens for kontinuitet i arbeidet?
- Påvirker kjøp av eksterne tjenester hvordan de kommunale tjenestene arbeider?
- Påvirker det hvordan arbeidet er forankret i lokalmiljøet?
- Har bruken av private noen konsekvenser for arbeidsmiljøet og arbeidsforhold for de ansatte i barneverntjenesten?

3 Data og metode

For å få svar på de problemstillingene vi stilte opp i forrige avsnitt, har vi valgt en caseorientert tilnærming. En casetilnærming ble valgt delvis fordi den kan egne seg når spørsmålene er eksplorerende og det er behov for å finne ut av mange ulike aspekter ved en type praksis, i dette tilfellet kjøp av private tjenester i den kommunale barneverntjenesten. En slik tilnærming kan gi et sammensatt bilde av konsekvensene både for brukere, for ansatte og for barneverntjenesten/kommunen.

De tre casene ble valgt ut for å få fram et mangfold av erfaringer. Det var et ønske at kommunene skulle ha noe erfaring med denne måten å arbeide på, gjerne ha erfart både positive og negative sider ved kjøp av tjenester. Vi valgte videre å henvende oss til forholdsvis store barneverntjenester. Det ene caset representerer en bydel, mens de to andre representerer det som i norsk sammenheng må oppfattes som store kommuner. Grunnen til at vi valgte forholdsvis store kommuner og barneverntjenester, var at det også var ønskelig å få fram ulike erfaringer innenfor samme barneverntjeneste, noe som trolig er mer sannsynlig at en får i en større kommune enn om en valgte en liten kommune med en liten barneverntjeneste.

Casetilnærmingen ble brukt også med tanke på at studien skal kunne tjene som et forprosjekt for en kartlegging av omfanget av bruken av private aktører til ulike oppgaver i det kommunale barnevernet. Grunnen til at vi valgte å bruke tre case, var i stor grad praktisk og ressursmessig. Det ble gjort et forsøk på å inkludere et fjerde case, men det var vanskelig å få informanter til å stille opp. Samtidig var det opprinnelige minimumsmålet når det gjelder antallet case å få to (en bydel og en større kommune). Begrunnelsen for å utvide antallet var at vi skulle få fram et noe større antall for at studien i større grad skulle kunne stå for seg og ikke utelukkende fungerer som en forstudie.

Casene ble valgt ut etter samtaler med Fellesorganisasjonen (FO) og FOs Oslo-avdeling. Prosessen for utvelgelse av case kan beskrives på følgende måte: Etter samtaler med representanter for Fellesorganisasjonen sentralt, kom det fram mulige kommuner som kunne fungere som gode case. Vi tok deretter kontakt med noen på fylkesnivå som hjalp oss videre med å finne tillitsvalgte i mulige kommuner. FO sendte så ut brev til tillitsvalgte i disse kommunene og informerte om prosjektet. Etter kontakt med de tillitsvalgte, ble den enkelte kommune valgt ut. Forsker sendte så ut brev til de utvalgte barneverntjenestene og ba om å få intervju med sentrale informanter i systemet.

I hvert av de tre casene intervjuet vi ledere i den aktuelle barneverntjenesten. I ett tilfelle ble en tidligere leder intervjuet. Det ble til sammen gjennomført åtte slike inter-

vjuer. De ble delvis intervjuet sammen og delvis individuelt. Et intervju ble gjennomført på telefon, de andre ved besøk i kommunene/bydelen. I ett av casene ble dessuten en gruppe med sosialarbeidere intervjuet. I tillegg ble tillitsvalgte for sosialarbeiderne intervjuet, til sammen seks personer. De tillitsvalgte representerte litt forskjellige nivåer i Fellesorganisasjonen, både lokalt og på fylkesnivå.

I alle intervjuene benyttet vi den samme temaguiden – se vedlegg på side 44.

I denne rapporten har vi valgt å omtale casene anonymt. Det kan imidlertid være vanskelig å anonymisere dem fullstendig, siden det antagelig er mulig å indentifisere casene ut fra enkelte kjennetegn i beskrivelsene. Dette ble drøftet med de som ble intervjuet. Når vi allikevel har valgt ikke å omtale kommunene med navn, er det fordi det er problemstillingene og utfordringene som er viktige, ikke hvem som uttaler seg.

Metodiske muligheter og begrensninger

Da vi startet arbeidet tenkte vi også at det kunne være svært interessant å finne mer ut om omfanget av denne bruken av private tjenester. Skulle vi funnet ut mer om omfanget ville det imidlertid være nødvendig med et mer representativt forskningsdesign som henvendte seg enten til hele universet som i dette tilfelle ville være alle kommunale barneverntjenester i Norge eller til et representativt utvalg av dem. Det hadde vi dessverre ikke ressurser til i denne omgangen, så i denne rapporten kan vi ikke si noe om omfanget. Metoden innebærer også at vi ikke kan si noe om hvor representative funnene er. Uansett er det gode metodiske grunner til å starte en kartlegging med en mer kvalitativ tilnærming. Funnene som presenteres i denne rapporten kan være et godt utgangspunkt for å gå videre med en undersøkelse som også kartlegger omfanget av bruken av private tjenester. Den foreliggende rapporten kan dermed derfor sees på som et forprosjekt. Håpet er at det vi her kommer fram til, skal kunne gi oss et grunnlag for å gå videre med en ny runde, hvor målet er å få fram representative data og å finne ut mer om omfanget. Funnene fra denne undersøkelsen står allikevel på egne ben. I denne omgangen er det de andre spørsmålene vi må ta fatt på. Det vil si at vi kartlegger type bruk, prosesser, begrunnelser og konsekvenser.

4 Tre case

I dette kapitlet vil vi presentere de tre casene som studien omfatter. Framstillingen av de tre casene følger samme disposisjon med følgende underoverskrifter:

- Noen bakgrunnsbeskrivelser (kort om kommunen – størrelse, organisering av og antall ansatte i barneverntjenesten m.m., historikk)
- I hvilken grad har de brukt/bruker de private?
- Til hva bruker de/har de brukt private tjenester?
- Hva er begrunnelsen for å bruke (evt. ikke bruke) private tjenester?
- Hvilke konsekvenser har dette fått (for fagmiljø, kvalitet, kontrollmuligheter, kontinuitet, forankring og arbeidsmiljø)

Case 1: En bydel

Kommunen

Det første kasuset i er en bydel i Oslo. Den har ca. 50 000 innbyggere.

Oslo kommune er delt i 15 bydeler. Informanter i kommunen sentralt påpeker at det er store forskjeller mellom bydelene med hensyn til i hvor stor grad det benyttes private tjenester. Når det gjelder kjøp av private tjenester, sies det at «noen vil gjerne drifte alt av tiltak sjøl, mens andre vi si at de håndterer det grunnleggende arbeidet og ellers kjøper tiltak». Oslo kommune har ansvaret for hele kjeden av tjenester – også det som i resten av landet ligger til det statlige barnevernet. Selv om vi i denne studien primært er opptatt av bydelsbarnevernet er det verdt å nevne at for kommunen som helhet vil kjøp av omsorgs- og institusjonsplasser utgjøre den tyngste delen, målt i kostnader, av de private tjenestene som kjøpes. Når det gjelder bruk av institusjonsplasser, ble det oppgitt at 38 prosent av døgnplasseringene gjøres i Barne- og familieetatens egne institusjonstilbud, resten kjøpes av private institusjoner, som i hovedsak er kommersielle. Kommunen har satt egne normer, for eksempel når det gjelder bemanning. På det lokale planet ser det ut til å være en del bruk av private konsulentfirmaer, men vi har ikke gått videre for å se på Oslo som helhet på dette punktet.

Noen bakgrunnsbeskrivelser

Det er 48 ansatte i bydelsbarnevernet, og barneverntjenesten er organisert i fire team:

- Mottak og ressursteam
- Barneteam
- Ungdomsteam
- Fosterhjemsteam

I denne sammenhengen er det verdt å merke seg mottaks- og ressursteamet. Det ble etablert i 2011. Bydelen ville utvikle lokale tiltak og øke satsingen på lokalt samarbeid og bruk av egne ressurser. Teamet består av 7–8 ansatte. Dette teamet bidrar til at bydelen kan sette inn egne ressurser i stedet for å kjøpe eksterne ressurser når det gjelder hjelpetiltak i nærmiljø og familiebaserte hjelpetiltak.

I hvilken grad brukes private tjenester?

Bydelen benyttet tidligere innleide eksterne saksbehandlere i enkeltsaker. Bakgrunnen for at de startet med å gjøre dette, var at et stort sykefravær. For to år siden sluttet bydelsbarnevernet å benytte eksterne konsulenter. Den umiddelbare årsaken til at dette tok slutt, var at en person kritiserte bydelen i media for bruk av private tjenester i saksbehandlingen i barnevernet. I prosessen som fulgte, kom det fram at bydelen ikke hadde fulgt riktige prosedyrer relatert til anbudsreglementet. Dermed fikk de en dom mot seg for brudd på anbudsreglementet.

En informant i bydelen omtalte dette på følgende måte:

Per i dag bruker vi ikke eksterne saksbehandlere. Vi fikk en dom fordi vi brøt anbudsreglene. Men vi brukte dem i noen år, men ikke de to siste årene. Vi brukte [...] Men det ble brått slutt. [...] Vi har bra erfaring med dem. Vi ville gjerne at noen av dem skulle søke jobb hos oss. De var dyktige. Vi begynte å bruke dem på grunn av stort sykefravær i ett av teamene. Vi hadde hørt om dem fra andre. Så ringte vi, inngikk kontrakt og så kom de og jobbet. En av dem var stabil over flere år – fire år.

Det ser også ut til å ha vært en reduksjon i andre typer innleide tjenester. Én av grunnene til dette er, som nevnt over, igangsettingen av en egen tiltaksgruppe.

Til hva brukes private tjenester?

Bydelens barnevern har som nevnt en historie med ganske omfattende innkjøp av private konsulenter til *saksbehandling* i enkeltsaker. De innleide konsulentene ble ikke brukt når saken skulle til fylkesnemnda og mest i undersøkelses- og tiltakssaker. Det

var alltid en av de ansatte i barneverntjenesten som var medsaksbehandlere. Det var medsaksbehandleren som måtte ta sakene når de skulle i fylkesnemnda.

Representanter for bydelen fortalte om ett unntak. Bydelen hadde en sak hvor en annen bydel måtte ta over som settekontor. Den nye bydelen leide inn et konsulentfirma til å håndtere saken. Bydelen som hadde ansvaret for å være settekontor, skulle få refundert utgiftene til denne ordningen.

Når det gjelder behovet for innleide tjenester i forbindelse med iverksetting og gjennomføring av *tiltak*, fortalte bydelsrepresentantene at de har bygd opp en egen lokal tiltaksavdeling. Tidligere kjøpte bydelen mye tiltaksarbeid fra veiledningsfirmaer, men så begynte de å regne på kostnadene og skjønnte at de heller kunne ansette folk i egne stillinger. Det er nå åtte ansatte som jobber med tiltaksarbeid. Fire familieveiledere jobber med ca. 10 saker hver. De jobber seks til tolv måneder i hver familie. Det er også to nettverkskonsulenter som blant annet jobber med oppstartsmøter og nettverksmøter. To jobber i mottaket. Én av informantene omtalte dette på denne måten:

Vi vekslet inn de pengene vi hadde i lokale tiltak.

Barneverntjenesten kjøper imidlertid fortsatt inn noen hjelpetiltak. Ett eksempel er til ungdom som trenger bo-oppfølging. Informantene mente det var positivt å kunne bruke eksterne personer til å følge opp vanskelig ungdomssaker. De mente at ungdommene fikk et slags eierforhold til tiltaket på den måten.

Beredskapshjem kjøpes av private aktører. De private beredskapshjemmene er billigere enn de kommunale. Videre kunne de fortelle at de i to tilfeller kjøpte fritidstiltak. Disse tiltakene ble omtalt som gode og ikke dyre. Samtidig påpekte informantene at de hadde gode samarbeidsrutiner med fritidsklubber, miljøarbeidertjenester, NAV etc., og mente det var veldig verdifullt å ha instanser i egen bydel som kjenner bydelen og barna. De sa at de nå i liten grad kjøper fritidstiltak. Informantene var enige om at de foretrekker å bruke egne lokalbaserte tiltak.

Bydelen leier inn private til å gjøre sakkyndige vurderinger. Det kom fram kritiske synspunkter på kvaliteten på noen av disse vurderingene. De hadde opplevd problemer med rapporter som var blitt underkjent og det ble sagt at når en har kompetansen lokalt, er det lettere å ha kontroll med kvaliteten på vurderingen. Det ble videre påpekt at det gikk med utgifter tilsvarende en psykologstilling til kjøp av sakkyndige vurderinger. Under dette utsagnet ligger et spørsmål om det også hadde vært bedre å ansette fagpersoner til å gjøre sakkyndige vurderinger.

De kjøper også mor-barn tiltak, men når dette ble nevnt, ble det også sagt at mye kan gjøres ved i stedet å gjennomføre tiltak hjemme hos den aktuelle familien.

Det er mye innkjøp av tolketjenester fordi Tolketjenesten sjelden har mulighet for å stille opp ved behov.

Hvorfor brukes private tjenester?

I den perioden da bydelen i stor utstrekning benyttet private, var hovedbegrunnelsen sykefravær og manglende kapasitet. De eksterne konsulentene ble oppfattet som dyktige og fleksible. I dag brukes private tjenester i mye mindre grad, de brukes nesten ikke til ordinær saksbehandling. Dette begrunnes faglig. Det er omfattende bruk av eksterne til sakkyndige vurderinger. Begrunnelsen her er grad av spesialisering disse utredningene krever. Private tjenester kjøpes i noen tilfeller til hjelpetiltak, selv om også dette skjer i mindre grad enn tidligere. Når det gjøres er begrunnelsen i hovedsak knyttet til at de private tjenesteyterne kan tilby tjenester som det vanskelig å bygge opp selv.

Hvilke konsekvenser har bruk av private tjenester?

De innleide saksbehandlerne omtales som flinke og effektive og det ser ut som om bydelsbarnevernet var fornøyd med dem og deres innsats. De innleide saksbehandlerne ville imidlertid ikke være med på møter, noe som ble begrunnet med at de bare hadde ansvaret for enkeltsaker. Noen ansatte i bydelen tok jobb hos det firmaet som konsulentene ble utleid fra. De som skiftet arbeidsgiver, fikk karantene for å jobbe i bydelen en periode. I den forbindelsen kom det opp en diskusjon om hvorfor de eksterne ikke kunne sendes – som private aktører – i fylkesnemnda, men informantene mente at dette var en prinsipp sak.

De innleide saksbehandlerne omtales også som profesjonelle. På grunn av langvarig og omfattende samarbeid oppsto det imidlertid etter hvert uklare grenser mellom dem som var ansatt i barneverntjenesten og dem som var innleid. Barneverntjenesten prøvde å tilby noen av de innleide konsulentene jobb i barneverntjenesten, men de ønsket å beholde friheten ved å jobbe som konsulent. Det at de gjorde en god jobb, gjorde at mange var fornøyd; de innleide konsulentene ble derfor av de kommunalt ansatte opplevd som en avlastning. Flere av informantene gikk enda lenger i sin beskrivelse og mente at de innleide fagfolkene utfordret dem faglig. Dette ble oppfattet som en positiv utfordring for de fast ansatte.

De innleide fagfolkene ble alltid engasjert for avgrensede oppgaver. Det førte til at de la mye arbeid ned i hver enkelt sak. Det ser ut som om ledelsen i bydelen derfor syntes de fikk mye igjen for pengene. Noen av de innleide hadde mange saker. Dette ser ut til å ha lagt et press på dem som var ansatt i barneverntjenesten. En informant mente derfor at det var et sjokk da ordningen plutselig ble avvirket fordi de da fikk flere saker.

De lokale informanter påpekte imidlertid også at det rent personalpolitisk var sunt at ordningen ble avvirket. De oppfattet det som et generelt problem at folk med lang erfaring og evne til å stå i komplekse situasjoner – omtalt som «ringrevne» - går over i private tjenester. En av informantene formulerte seg slik:

Vi har vært fornøyd, men det var bra at vi sluttet fordi de var blitt en vane.

Når det gjaldt kontroll med arbeidet, mente administrasjonen at dette ikke var spesielt problematisk. De påpekte at de innleide konsulentene var underlagt det samme kontroll-systemet som de kommunalt ansatte. De var organisatorisk plassert direkte inn i stillingshierarkiet og måtte forholde seg til mellomledere og seksjonsledere på samme måten når det gjaldt saksansvaret.

Av mer kritiske synspunkter som kom fram i samtalen med ansatte i bydelen, kan nevnes mangel på lokalkunnskap og mangel på kjennskap f.eks. til foreldrene. En kritisk røst påpekte at de innleide saksbehandlere ble stående utenfor det faglige miljøet og var vanskelige å integrere i saksbehandlerteamet. Han mente videre at de lovet ting som det ikke var mulig å gjennomføre. For mye bruk av eksterne tapper arbeidsmiljøet for ressurser. Videre påpekte han at de innleide aldri ble en del av arbeidsmiljøet og tok ikke del i felles faglige refleksjoner. De hadde også helt annen lønn. På den andre siden mente han at den totale stoppen som skjedde for noen år siden, var problematisk fordi det er behov for å få inn eksterne når det skjer uforutsette ting, sykemeldinger etc. Det som skjedde i bydelen gikk imidlertid mye lenger enn bare bruk i mer påkommende tilfeller, i og med at enkelte konsulenter var inne i systemet over lang tid. Alle mente at dette skled ut og sa at de ikke ville tilbake til en slik situasjon.

Informantene i bydelen, både ledere og tillitsvalgte, mener de har et relativt godt budsjett. Samtidig sier de at det er mye oppmerksomhet omkring økonomi. Det har ikke skjedd kutt i stillinger, men det er mye oppmerksomhet og diskusjon rundt omsorgsplasseringer og dyre tiltak, enten de er kommunalt eller privat drevet.

En av informantene sa følgende om kvalitet:

Kvalitet måles ut fra hvem vi har gode erfaringer med. Det blir subjektivt og tilfeldig. Når man har gode erfaringer [med noen], blir det lett å bruke dem videre. Det er ikke gode kvalitetssikringsrutiner. Det mangler en instans som kvalitets-sikrer. Fylkesmannens tilsyn får ikke målt hva som egentlig skjer.

Når det gjelder faren for negative konsekvenser for arbeidsmiljøet, mente den tillitsvalgte at det ikke var problematisk på det nivået innkjøp av eksterne ressurser var nå. Det går ikke ut over det faglige innholdet i jobben. Da de tidligere hadde flere inn, var det mer problematisk.

Økonomisk ser det ut som om f.eks. bruk av egne familieveiledere i stedet for innkjøp av hjelpetiltak i en familie er besparende. Hvis det skjer omsorgssvikt, er det også lettere å avdekke dette for egne veiledere som har mer kontinuerlig kontakt både med familien og med de øvrige lokale sosialarbeiderne enn det vil være for eksterne konsulenter. Informantene påpekte samtidig at det noen ganger er behov for å leie inn eksterne ressurser. I de tilfellene mente informantene at det var viktig å finne et godt samspill mellom de fast ansatte og de innleide. Ikke minst mente de at det er behov for å rette søkelyset mot bedre kvalitetskontroll.

En av informantene mente at det kunne være en utfordring for innleide saksbehandlere eller tiltaksansvarlige å ha et nødvendig kritisk blikk på arbeidet. Blant annet kan en være redd for ikke å få nye oppdrag.

Det ble etterlyst en bedre oversikt over hvilke private tilbud som finnes. En informant mente det var litt for tilfeldig hva som ble brukt og det skjedde ofte ut fra personlig kjennskap. Et eksempel som ble nevnt var at det ved valg av sakkyndige ofte var mange gjengangere.

Case 2: En større bykommune 1

Noen bakgrunnsbeskrivelser

Det andre caset er en større bykommune. Kommunen har ca. 85 000 innbyggere. Den har en stor barneverntjeneste med 92 ansatte. I 2013 fikk de ca. 860 meldinger, 40 prosent av dem ble henlagt. Det ble satt i verk ca. 400 hjelpetiltak og 170 barn ble plassert i fosterhjem eller institusjon.

Barnevernstjenesten er organisert i fire avdelinger:

- Barne- og familieavdeling
- Ungdomsavdeling
- Fosterhjem
- Barnevernvakta

Barne- og familieavdelingen er organisert i fem team, samt PMTO-terapeuter. Et av teamene har spesialisert seg på småbarn under tre år. Teamene har ansvaret for undersøkelser og hjelpetiltak. Ungdomsavdelingen retter seg mot ungdom fra tolv år og oppover. De har også ansvaret for undersøkelser og hjelpetiltak for denne aldersgruppa. Fosterhjemsavdelingen har ansvar for oppfølging av barn og ungdom i fosterhjem. Barnevernvakta er interkommunal og dekker case-kommunen med sju omegnskommuner. Denne barneverntjenesten har vært opptatt av fagutvikling og kvalitetssikring og har satt av personalressurser til dette.

Den aktuelle barneverntjenesten er i ferd med å etablere en egen tiltaksavdeling med ni ansatte. Denne avdelingen er delvis basert på nye midler tildelt gjennom Fylkesmannen, to tidligere spesialiststillinger for PMTO og omdisponering av egne midler. De har bygd opp egen kompetanse på en rekke manualbaserte metoder som anvendes i arbeid med familier. Det pågår diskusjoner om etablering av en interkommunal barneverntjeneste sammen med fire av omegnskommunene.

I hvilken grad brukes private?

Barneverntjenesten har nettopp etablert en tiltaksavdeling. Dette begrunnes med at «vi må levere bedre på tiltak, særlig tyngre tiltak». De som ansettes der, må ha relevant kompetanse og erfaring med endringsarbeid. Midler som tidligere har vært brukt på kjøp av private tiltak, skal nå rettes inn mot denne avdelingen. To til tre ganger i året leier de også inn sakkyndige i forbindelse med Fylkesnemndssaker. Det gjelder særlig når det er problemer med psykisk helse hos foreldrene. Det er med andre ord begrenset bruk av private aktører. Også når det gjelder institusjoner, er kommunen restriktiv og de kjøper ikke institusjonsplasser uten at staten er med på et spleiselag.

På spørsmål om det er en økt bruk av private aktører i det kommunale barnevernet, svarer informantene at det er det ikke siden barnevernet nå treffer på færre utagerende ungdom enn noen gang, trolig fordi ungdom lever et annet liv nå enn for noen år siden. Det er overfor de utagerende ungdommene det er mest behov for å kjøpe privat organiserte tiltak.

En av informantene sa at det var mer innkjøp av private tjenester før, dvs. før 2009. Opprettelse av ungdomsavdelingen har gitt nye erfaringer som gjør at de nå prøver å jobbe mer hjemme i familiene. Informanten mente at saksbehandlerne kan gjøre en utrolig god jobb sjøl.

Til hva brukes private tjenester?

Kommunens representanter oppgir at de ikke kjøper saksbehandlertjenester, bortsett fra at de bruker noen ekstravakter i barnevernvakta. Dette gjelder imidlertid svært få saker.

Når det gjelder kjøp av tiltak, oppgir de at det kjøpes noen institusjonsplasser (institusjon som tiltak), men dette forutsetter at staten er med på et spleiselag. De kjøper også mor-barn plasser, samt barnehageplasser.

En lokal stiftelse som driver med miljøarbeid og oppfølging av ungdom/foreldre, brukes noe. Dette er et lokalt tiltak i byen. Kommunen opplyser ellers at de har god oversikt over det som skjer lokalt. Slike tiltak omtales dessuten som billigere enn private. Informantene mener imidlertid at det ikke er lett å få unge inn i det omtalte tiltaket. Den enkelte saksbehandler har ikke fullmakt til å henvise til tiltaket og det må diskuteres med ledelsen i hvert tilfelle. Dette tiltaket brukes i tunge saker hvor målet med innsatsen er å unngå at barnet må flyttes fra hjemmet. Barnevernet har fire/fem slike saker i året.

De benytter også i et par tilfeller et lokalt firmasom både tilbyr hjemmebaserte tjenester og institusjonsplasser. Dette gjelder to barnevernssaker som karakteriseres som «tunge». Disse tiltakene benyttes fordi de ønsker å unngå å plassere ungene i institusjon eller fosterhjem. Det inngås tre måneders kontrakter med dette firmaet. Informantene mener at dette firmaet har en fleksibilitet i tilbudet som barneverntjenesten i dag ikke

har. Dermed blir det lettere å skreddersy tiltakene i enkelte tilfeller. Informantene håper at det kan bli mindre behov for slike tjenester når de får på plass egen tiltaksavdeling.

Tiltak i regi av en frivillig organisasjon på feltet brukes i 10 til 15 saker hvert år. En av informantene sier at de er helt avhengige av dette samarbeidet. I ytterligere tre saker benytter de eksterne miljøterapeuter. Også disse har også tre måneders avtaler.

Informantene påpeker at bildet i denne kommunen er et helt annet enn i de mindre nabokommunene. Disse kommunene har i mye mindre grad kunnet bygge opp egne tilbud. Informantene mener derfor at små kommuner generelt har mindre mulighet til å bygge opp egne tilbud og derfor er mer avhengige av å kjøpe tjenester.

Hvorfor brukes private tjenester?

I hovedsak kjøper denne kommunen private tjenester i form av hjelpetiltak og nesten ikke til saksbehandling. I noen få tilfeller hvert år kjøper de inn sakkyndige. Begrunnelsen for å kjøpe tiltak, har vært at det mangler andre adekvate tilbud og at tiltakene er fleksible og tilpasset behovene, ikke minst når det gjelder «tunge» barnevernssaker. Informantene ser ut til å håpe at de skal være mer selvforsynte med tiltak når de får en ny tiltaksavdeling i gang i barneverntjenesten.

Videre kom det fram at noen saker gjaldt ungdom som en oppfattet var for gamle til å flyttes i fosterhjem, men hvor det likevel var behov for tett oppfølging. I slike saker kunne det altså være behov for å kjøpe inn private tjenester. Den viktigste grunnen til å kjøpe private tjenester er med andre ord ifølge disse informantene av faglig art.

Informantene forteller også at det har vært politiske diskusjoner i kommunen om barnevernets bruk av private tjenester. Det har kommet politiske føringer om mer bruk av private tjenester. Barneverntjenesten har imidlertid vært opptatt av å eie tiltakene sjøl og å bygge egen kompetanse. Én av informantene sa følgende:

Hvis vi har tjenester tilgjengelig, vil vi ikke kjøpe dem.

Hvilke konsekvenser har bruk av privat tjenester?

Kommunens evaluering av tiltakene gjøres sammen med ungdom, foreldre og aktuell aktør og instanser som skole, politi osv. i den grad det er relevant. De aktuelle sakene er ofte saker hvor det skjer mye og hvor det foregår en løpende evaluering. Informantene mente det var positivt at det ble laget tre-måneders-kontraktene. Dermed må det gjøres ganske hyppige evalueringer for å ha grunnlag for å vurdere eventuell forlengelse.

Informantene mente at dette hadde ført til at de var blitt mer bevisste på å foreta evalueringer og mer bevisste på å samarbeide med ungdommene, som de anså som spesielt viktig. Det ble også sagt at evalueringene hadde som konsekvens at de var mindre kontrollorientert.

De tyngre tiltakene settes inn overfor dem som ikke vil samarbeide med barneverntjenesten. Dette gjelder særlig vanskelige saker hvor det ikke var snakk om plassering i institusjon eller fosterhjem.

Når det gjelder kvalitetskontrollen fra kommunens side, var informantene opptatte av at dette måtte utformes forskjellig etter hvem tjenesteyteren var. De skilte mellom organisasjoner, firmaer og enkeltindivider.

Når det gjaldt arbeidsmiljøet, mente de at det var viktig at de som sosialarbeidere måtte jobbe mer sammen med brukerne (barn og unge). De mente at dette ville være positivt for arbeidsmiljøet. Forandringsfabrikken ble nevnt som en privat instans som bidro til at de jobbet tettere på ungdommene.

Et siste moment som ble nevnt, var at barneverntjenesten også måtte kjøpe tjenester fra offentlige instanser. Barneverntjenesten må f.eks. betale for kurs for fosterforeldre i regi av RVTS¹³ om traumebevisst omsorg. Informantene mente at det er synd at RVTS må selge tjenester; det hadde vært bedre om de var fullfinansiert av det offentlige.

Case 3: En større bykommune 2

Noen bakgrunnsbeskrivelser

Det tredje caset er også en større bykommune. Kommunen har 78 000 innbyggere. De har 97 stillinger i barneverntjenesten. På selve kontoret er det ca. 65 ansatte, noe som inkluderer sosialarbeidere, stab og merkantile stillinger. De er organisert i fem avdelinger:

- Merkantil, kontorfaglig
- Omsorgsavdeling
- Ungdomsavdeling
- To avdelinger på hjelpetiltak

Det skal etableres ytterligere en hjelpetiltaksavdeling. Kontoret har ikke eget undersøkelsesteam. Undersøkelsene ivaretas av hjelpetiltaksavdelingen eller ungdomsavdelingen. De har en vaktordning for barnevernet i kommunen, men de ønsker å etablere en interkommunal barnevernvakt. De driver tre boliger for enslig mindreårige asylsøkere.

En av informantene beskrev situasjonen i byen på følgende måte:

Det er mye omsorgssvikt og fattige familier. Mye vold og psykiatri.

¹³ Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging

Kommunen omtales som en gjeldstynget lavinntekstkommune. Mye av kommunens inntekter går til å betale gjeld. Det er stram økonomistyring. Barnevernet er imidlertid blitt skjermet. Det er kommet midler (stillinger) gjennom fylkesmannen i to runder.

Kommunens barneverntjeneste har en noe turbulent historie. Det har vært hyppige lederskifter over en periode. De har også vært utsatt for ganske kritisk søkelys fra mediene. Imidlertid ser det ut som om denne trenden er snudd. Det er nå mer stabilitet i ledelsen. For å møte media-interessen, har de sjøl begynt å ta kontakt med mediene. Informantene forteller at de har et sterkt ønske om å være et åpent barnevern. Det ble sagt at tidligere var det «fotografer i buskene», men det er det nå slutt på.

En annen del av den turbulente historien er knyttet til bruk av kjøp av private tjenester. I 2010 fikk kommunen en KOFA-dom mot seg. En privatperson klagde på barneverntjenesten basert på avisoppslag. Det ble en politisk oppvask. Etter det ble det gjort en opprydning. Det er derfor i dag begrenset hvor mye de bruker private tjenester.

Ifølge en av informantene er det en sammenheng mellom det faktum av barneverntjenesten har hatt en ustabil ledelse og KOFA-dommen. Ustabil ledelse har fått konsekvenser for kontinuiteten. Det manglet en person som «hadde oversikten og holdt i trådene». Nå er arbeidsforholdene mer stabile. Arbeidsmiljøet er preget av dette slik at situasjonen nå er bedre enn den var for noen år siden. Det sies at «nåværende leder har god faglig tyngde». Det har tidligere også vært mye turnover bant de øvrige ansatte. Men også det er nå mer stabilt.

I hvilken grad brukes private tjenester?

Bruken av private tjenester ble satt grundig på dagsorden for fire år siden. Det skyltes delvis KOFO-dommen som ble referert over, men også at ledelsen i barnevernet i kommunen mente at det var både faglig riktig og faglig mest forsvarlig å redusere bruken av private tjenester. Informantene mente at det gav større faglige utfordringer for de ansatte i barnevernet hvis de måtte håndtere hele spekteret av arbeidsoppgaver selv og at dette måtte til for å få til en faglig utvikling i barneverntjenesten. De mente at dette var nødvendig for å få til en robust tjeneste. Det ble derfor ikke argumentert med økonomisk sparing når private tjenester i mindre grad skulle brukes, men med at det var behov for å bruke pengene på en annen måte. Det er bygd opp en tiltaksavdeling. Informantene mente imidlertid at de kunne se at det nå kunne bli mulig å gjøre en del tjenester billigere. Dermed kan en hjelpe flere.

Det er per i dag ingen eksterne konsulenter som er saksbehandlere. Det ble brukt en del eksterne konsulenter tidligere, men den nåværende barnevernlederen har sagt at hun ikke ønsker å fortsette denne praksisen. På dette punktet argumenterte informantene med at det er viktig at det er felles faglige vurderinger, ikke minst når sakene skal følges opp etterpå. Det ble også sagt at eksterne tar mye bedre betalt. Det ble oppfattet som faglig uheldig at en saksbehandler var inne i en sak uten å ha et medansvar over-

for barneverntjenesten og heller ikke ansvar for oppfølging og krav. Begrunnelsen for mindre bruk av private hadde altså både et økonomisk og et faglig aspekt.

Barnevernet sitter igjen med to typer saker som de ikke ønsker eller har klart å håndtere sjøl. Det er de veldig kompliserte og vanskelige atferdsakene hvor en trenger en form for spesialkompetanse som enkelte firmaer har tilegnet seg og som kommunen selv ikke har fått på plass. Det er heller ikke ønskelig å drive noe som ligner en døgnkontinuerlig kommunal barneverntjeneste. «Da er det bra med firmaer som virkelig kan dette».

Også her ble det påpekt at situasjonen i små kommuner kan være annerledes og at det for disse kommunene kan være nødvendig i større grad å kjøpe eksterne tjenester.

Til hva brukes private tjenester?

Som nevnt over, har kommunen tidligere hatt en omfattende bruk av eksterne konsulenter. Per i dag kjøpes det, med noen helt spesielle unntak, ikke inn eksterne personellressurser til saksbehandling.

Når det gjelder tiltak, bygger de nå som nevnt opp en egen tiltaksavdeling. Det vil redusere også kjøp av eksterne tjenester når det gjelder hjelpetiltak. I den grad det kjøpes inn ressurser til tiltak, er det primært knyttet til arbeid med ungdom, men også i noen tilfeller når det gjelder de yngste. Det kan f.eks. være behov for å iverksette kartlegging av enkelte unger som går over et par måneder.

Kommunen har nå sjøl tre miljøarbeidere som er ansatt i tjenesten. Miljøarbeiderne tar oppdrag på bestilling fra saksbehandlerne; de skal ikke være saksbehandlere selv. Miljøarbeiderne har ulik kompetanse, som PMTO, Marte Meo, førskolelærerutdanning. Miljøarbeiderne skal ha et mandat og en tiltaksplan når de går inn i en sak. Kommunen sparer penger ved å ha egne medarbeidere. Det sies at de klare å kombinere faglig begrunnede tiltak med et budsjett som skal holdes. Det oppfattes som enklere å styre egne miljøarbeidere mot der behovet er størst, «det tar tid å bestille tjenester utenfra».

Barneverntjenesten i kommunen opplever at det er vanskelig å få til gode tiltak for ungdom, kanskje med unntak av MST. Derfor trengs det gode miljøarbeidere som kan jobbe med ungdom. Det var følgelig et ønske om flere ansatte i ungdomsavdelingen.

En av informantene hadde følgende kommentar til et av de private tiltakene: «Hva er det de gjør som vi ikke kan få til?»

Blå kors-tiltaket Barnas stasjon brukes i forbindelse med utredning av barn. Noen ganger trengs det døgnkontinuerlig observasjon. Det er ikke minst knyttet til spørsmålet om valg mellom omsorgsovertakelse eller hjelpetiltak. Barneverntjenestens representanter mente at de ikke selv skulle ha noen døgnbase, men det er behov for å ha en slik mulighet, særlig overfor de yngste brukerne. Barnas stasjon brukes også i forhold til samværet.

Denne barneverntjenesten er opptatt av ordningen med familieråd. De må da søke Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og få tildelt en koordinator. Disse er ofte

selvstendige næringsdrivende. Dette er også en form for kjøp av tjenester i det kommunale barnevernet. Dette gjøres i 20-30 saker i året, men barneverntjenesten har et ønske om å bruke dette i flere saker.

Barnevernet i denne kommunen har egne jurister, noe som reduserer behovet for å leie inn sakkyndige. De mener også at de har godt utdannede fagfolk på kontoret. De forteller at de er restriktive når det gjelder bruk av eksternt sakkyndig. Allikevel kjøper de i noen tilfeller slike tjenester. Når de ikke har kompetansen lokalt, trenger de å leie inn sakkyndige. De har f.eks. brukt eksterne sakkyndige når det gjelder saker som involverer familier som ikke har norsk etnisk bakgrunn. De har også hatt behov for å få inn eksterne sakkyndige i noen saker som involverer alvorlig psykiatriske lidelser.

De leier også inn eksterne veiledere, både når det gjelder arbeidet i boliger (gjelder i hovedsak ettervern) og når det gjelder saksbehandlerne. Det ble sagt at veilederne ofte hentes inn via jungeltelegraf.

Hvorfor brukes private tjenester?

Når det gjelder saksbehandlere, er kjøp av private tjenester redusert tilet minimum. Siden 2010 er det kanskje to unntak fra denne regelen. Det har vært et par saker hvor kommunens saksbehandler har følt seg truet av familien og ikke turte å ha saken aleine. De har ikke noen slike saker nå. Det ble sagt at «det kan selvfølgelig komme opp igjen, men det er spesielt». De trenger derfor private tjenester til saksbehandling bare i helt spesielle situasjoner.

Kjøp av tiltak er også begrenset til utredning, familieråd, bruk av sakkyndige og bistand i forbindelse med samvær med biologiske foreldre. I tillegg kommer noen få saker hvor de leier inn miljøarbeidere. Begrunnelsen er delvis organisatorisk og delvis mangel på egne ressurser. Ved å bygge opp egne tiltaksgrupper, er innkjøpet av eksterne ressurser redusert.

Hvilke konsekvenser har bruk av private fått?

Kommunen har mer avvirket enn bygd opp bruken av private tjenester. Kvalitetssikringen av private tjenesteytere er primært knyttet til anbuds konkurransen som går forut for etableringen av tiltaket. I enkeltsaker skal det finnes en tiltaksplan. Den skal følges opp for hvert enkelt barn. På den måten sikres innholdet i arbeidet. Det arrangeres også én gang i året møter med den enkelte samarbeidspartneren, også private, hvor en evaluerer innholdet og samarbeidet. Når kjøpet av tjenester er på anbud, er spørsmålet om hvilke leverandører som er best faglig egnet, et viktig tema. I de årlige møtene tas det opp hva som ikke fungerer. Det er ansvarsgruppene i enkeltsaker som er det viktigste forumet for hvordan tiltak t fungerer for den enkelte bruker. Barneverntjenesten ønsker å heve kompetansen blant sine ansatte når det gjelder oppfølgingen av private tjenesteytere.

Når det gjelder vold, atferd og vannskjøtsel, anser informantene at barneverntjenesten har nok kompetanse på kontoret. De har også to jurister. Men det hender at de lokale fagfolkene ikke har nok kapasitet og at det må hentes inn eksterne ressurser. Det er imidlertid lite utgifter knyttet til dette.

Kjøp av tjenester skjer i hovedsak fra to instanser. Derfor er det kontinuitet også med hensyn til dette, noe som letter oppfølgingen og kontakten. Det varierer imidlertid fra oppdrag til oppdrag hvor tett den faglige relasjonen til de innleide eksterne fagfolkene er.

En av informantene sier at det er tre grunner til å trappe ned bruk av eksterne konsulenter: etikk, lønn og samspillet med foreldrene. Det er med andre ord både etiske, økonomiske og faglige konsekvenser av å bruke eksterne konsulenter. Oppbyggingen av egne tiltak har imidlertid ikke gått smertefritt for seg. Én av informantene sa følgende:

For å få til ting som dette, fordres det at en har barnevernledere som er modne og våger å stå i endringsarbeid og kan argumentere for at dette er klokt. Det er jo merarbeid og krever at en får med seg folka sine og får inn den nødvendige kompetansen. Barnevernet er veldig tung på saksbehandlersida. Men dette er en annen type jobbing hvor alt foregår hjemmebasert. Det er ikke bare bare å snu en saksbehandlers hode. Det trenges interesse, erfaring, kompetanse og kulturendring for å få til en tiltaksavdeling og få den til å fungere. Saksbehandlernes hode må snus slik at tiltaksavdelingen er det første de tenker på, før en går andre steder.

Informantene sier at de stadig mottar post/reklame for nye firmaer og enkeltforetak. Det er de kommersielle tjenesteyterne som er mest på banen med de mest vanskelig/spesialiserte tjenestene. De ideelle organisasjonene er mindre synlige.

Tilslutt vil vi referere noen utsagn fra den ene informanten i kommunen:

Jeg tror/håper det er det beste for barna og familiene at det som skjer, det skjer lokalt.

Barneverntjenestene må også jobbe mer fleksibelt for å kunne skreddersy tjenestene. Vi må bygge på nettverket rundt det enkelte barn og må bli flinkere til å bruke familie, venner, nettverk, i tillegg til egne og kjøpte tjenester. Alle må ha kunnskap om sin rolle og sin del av helheten.

Den refererte omleggingen av kommunens politikk når det gjelder innkjøp av tjenester, har vært diskutert i oppvekstutvalget og det er rapportert til formannskap og bystyret. Oppvekstutvalget har vært opptatt av kostnadene og at en skal frigjøre midler for å kunne hjelpe flere. Det har vært tverrpolitisk enighet blant kommunepolitikerne på dette punktet.

5 Aspekter ved bruk av private tjenester

Omfang

Vi vet lite om omfanget av bruken av private tjenester i den kommunale delen av barnevernet. Med de metodene vi har brukt i dette prosjektet, er vi heller ikke i stand til å fastslå omfanget. Floraen av tjenestetilbydere er imidlertid en indikator på at denne bruken har et ikke ubetydelig omfang. En naturlig forlengelse av denne studien ville være en slik kartlegging.

Da arbeidet med denne studien startet, hadde vi et inntrykk av at bruken av private tjenester øker. Med utgangspunkt i de tre casene vi har studert her, kan det imidlertid se ut som om dette ikke er tilfellet. I alle de tre studerte kommunale barneverntjenestene hevder informantene at denne bruken er betydelig lavere enn tidligere. Det er selvsagt mulig at disse casene representerer unntakene som ikke bekrefter regelen, men dette vet vi egentlig ikke noe om.

Innledningsvis ble det også nevnt at det i andre nordiske sammenhenger er presentert forskning som kunne tyde på en «re-kommunalisering» av slike tjenester. Et slikt begrep stemmer godt med noe av det vi har sett i de casene som er studert her. Begrunnelsen for en slik re-kommunalisering har vært delvis økonomisk, delvis organisatorisk og delvis faglig. Samtidig med en slik re-kommunalisering bygger case-kommunene opp et eget tilbud, særlig på hjelpetiltaksfeltet, som de tidligere ikke kunne tilby selv. Dermed kan kommunene nå gjennomføre tiltakene uten å kjøpe tjenester fra private. Alle de tre barneverntjenestene vi har studert, har bygd/bygger opp egne tiltaksgrupper eller tiltaksavdelinger. Noen av dem har også brent seg på bruk av eksternt innleide saksbehandlere. Dette medfører mindre bruk av eksterne tjenester til gjennomføring av hjelpetiltak. Men også når det gjelder saksbehandling, ser det ut til at det leies inn mindre private saksbehandlere. Dette begrunnes i hovedsak med faglige og arbeidsmiljørelaterte argumenter, men også med økonomi og kontroll.

En kommunalisering betyr imidlertid ikke at private tjenesteytere er ute av kommunenes barneverntjenester. Det er fortsatt stor forskjell på hva de lokale tjenestene klarer å tilby selv og hva de mener de må kjøpe inn. Det er også enkelte tjenestetyper som det er svært vanskelig å tenke seg at vil bli overtatt av kommunene.

De studerte kommunene er store og har store barneverntjenester. Dermed er de også i stand til å bygge opp egen ekspertise. Flere av informantene påpekte at dette var

betydelig vanskeligere i små kommuner. Disse kan derfor ha større behov for å leie inn fagekspertise i særlig vanskelig saker.

Typer av private tjenester

De eksemplene på private tjenesteytere som har kommet fram i denne studien, representerer et stort mangfold, fra selvstendige næringsdrivende enkeltpersoner til store firmaer, fra kommersielle aktører til ideelle organisasjoner. De kommersielle og frittstående aktørene ser imidlertid ut til å dominere. Tilbudet omfatter tiltak, metodespesialister, saksbehandling, veiledning og tilsynsfunksjoner.

Innledningsvis i denne studien hadde vi en forventning om at private tjenesteytere ble brukt i hovedsak på to måter. Det første gjaldt saksbehandling i vanskelige saker, det andre gjaldt bruk av skreddersydde hjelpetiltak rundt enkelte barn og unge. Dette bildet er blitt betydelig nyansert underveis.

For det første når det gjelder saksbehandling har vi sett eksempler på en omfattende bruk av eksternt engasjerte saksbehandlere. I ett av casene var dette så omfattende på et tidspunkt at de nærmest var en del av den normale driften. Dette ble imidlertid av flere grunner problematisk både faglig, økonomisk og juridisk. Bruken av eksterne saksbehandlere ble drastisk redusert, faktisk nesten helt. Når det gjelder ansvaret for å mange saker til fylkesnemnda, er praksis litt ulik i de tre casene, men ingen mente at eksterne saksbehandlere kunne ha ansvaret for å fremme saker. Det måtte den kommunale tjenesten stå for. Dette skapte diskontinuitet i arbeidet. En av måtene dette ble løst på i en av barneverntjenestene, var å ha kommunalt ansatte barnevernsarbeidere som medansvarlige i saker hvor det var eksternt saksbehandler som jobbet med saken.

Per i dag hadde ingen av de tre casene en omfattende bruk av eksterne saksbehandlere. De eksemplene som kom fram, var spesielle saker hvor det for eksempel var trusler mot kommunalt ansatte inne i bildet, hvor det var habilitetsproblemer eller behov for helt spesiell kompetanse. I noen tilfeller ble eksterne spesialister brukt til utredning av enkelte barn, f.eks. der det var behov for døgnobservasjon.

Bildet er noe mer sammensatt når det gjelder bruken av eksterne personellressurser for gjennomføring av hjelpetiltak. Som nevnt i avsnittet om omfang, ser det i vårt materiale ut som om det er en nedgang i slik bruk. Hovedgrunnen til dette er at de kommunale barneverntjenestene bygger opp egne tiltaksavdelinger eller tiltaksgrupper. Dette betyr tettere samarbeid mellom saksbehandlere og miljøarbeidere og er ofte begrunnet med at en skal spare penger på innleie av eksternt personell.

I noen typer tiltak ser det imidlertid fortsatt ut til å være behov for eksternt ekspertise. Det gjelder f.eks. bo-oppfølging av ungdom. Det kjøpes også familiebaserte tiltak og hjelpetiltak i nærmiljøet. Noen ganger gjøres dette fordi kommunen ikke har et

adekvat tilbud selv, noen ganger fordi sakene er spesielt vanskelige. Et annet eksempel på hjelpetiltak som kjøpes, er fritidstiltak. Beredskapshjem kan være vanskelig å skaffe og enkelte private tjenesteleverandører har slike tilbud. Noen typer tiltak finnes ikke lenger i offentlig regi, selv om barneverntjenestene mener det er behov for det; det gjelder f.eks. mor-barn tiltak. Det hender derfor at det kjøpes spesielle tiltak i mangel av kommunale.

To typer tjenester er ser ut til å være fullstendig dominert av private aktører. Det gjelder sakkyndige utredninger og veiledning. Dette er tjenester som lenge har vært såpass spesialiserte at det har vært vanskelig å bygge opp lokale ekspertise. Når det gjelder veiledning, er dette kanskje ikke en gang ønskelig fordi veilederne skal ivareta et faglig utenfrablikk som kan hjelpe sosialarbeiderne til kritisk refleksjon over praksis. Når det gjelder sakkyndige utredninger i forbindelse med fylkesnemndssaker, var imidlertid flere av informantene inne på at det kunne være en fordel om den sakkyndige hadde et tettere forhold til de aktuelle familiene enn det som ofte er tilfellet i dag.

Begrunnelser for bruk av private tjenester

Økonomiske argumenter blir brukt både for og imot kjøp av private tjenester. De private tjenestene kan ofte være fleksible, på den måten at de tilpasses behovene i enkeltsaker. Det ble sagt at fordi de også er avgrensede, får kommunen mye igjen for pengene. På den andre siden hadde alle de tre studerte barneverntjenestene prøvd å redusere bruken av private tjenesteytere, og begrunnelsen for dette var også økonomisk; det var et argument at en kunne spare ved å bygge opp egne tjenester, særlig når det gjaldt hjelpetiltak.

Andre begrunnelser var av mer faglig art. De private tjenesteyterne ble omtalt som faglig dyktige. Og i flere tilfeller var det i særlig vanskelige saker at de ble hyret inn. På den andre siden var det barneverntjenester som hadde opplevd at de beste fagfolkene deres ble rekruttert til private firmaer; barneverntjenestene kunne dermed miste noen av sine mest erfarne folk. Eksternt innleid arbeidskraft blir ikke en integrert del av arbeidsmiljøet. Derfor ble manglende faglig forankring, og kontinuitet oppfattet som et argument mot å bruke eksterne fagfolk.

De studerte barneverntjenestene representerte store kommuner med store barneverntjenester. Små kommuner kan ha større behov for å hente inn eksternt ekspertise. De private ble oppfattet som fleksible, men en av informantene stilte også spørsmålsteget ved hvorfor ikke de kommunale tjenestene kunne være like fleksible.

Kvalitet og oppfølging av private

Innleide konsulenter ble omtalt som dyktige og fikk ros for at de la ned mye arbeid i sakene de behandlet. Imidlertid er ikke dette nødvendigvis tilstrekkelige forutsetninger for god kvalitet. En oppsummering av tidligere forskning om konsekvenser av bruk av private aktører på tjenestekvalitet, viser at det ikke er mulig å trekke klare konklusjoner når det gjelder hvorvidt dette har ført til kvalitetsforbedringer eller ikke (Dølvik m.fl. 2014). En diskusjon om kvalitet og kvalitetskontroll brukes også både for og imot kjøp av private tjenester i det kommunale barnevernet. En helhetlig forståelse av kvalitet må som nevnt innledningsvis inneholde formalkrav knyttet til for eksempel at hjelp skal virke, at tjenestene skal være trygge og sikre, til samordning, kontinuitet, god ressursutnyttelse og at tjenestene er likeverdige. Disse kravene må imidlertid også kobles med prosessuell kvalitet, som for eksempel brukerinnflytelse og profesjonell sjøljus. Det kan være vanskelig å kontrollere en del av formalkravene overfor konsulenter som opererer som selvstendig næringsdrivende. Dette er lettere overfor mer profesjonelle organisasjoner og firmaer som må kunne forventes å ha egne kvalitetssikringsrutiner.

Noen av informantene mente at kvalitetskontrollen fungerte greit; de samme kravene ble stilt til både offentlige og private tjenesteytere. Andre mente at det på dette punktet var manglende kontrollrutiner i kommunene og manglende innsyn i de private konsulentene virksomhet. I vårt materiale er det uro og usikkerhet knyttet til kvalitetssikringen.

Konsekvenser av bruk av private tjenester

Hvilke positive eller negative konsekvenser har bruken av private tjenester for kommunenes barnevern?

Vårt materiale er nokså entydig på at utbredt bruk av private tjenesteytere har negative konsekvenser for det lokale fagmiljøet. For at barneverntjenestene skal bli faglig robuste, må de ansatte få faglige utfordringer, de må få være med på kompetanseutvikling og faglig utviklingsarbeid. Det er vanskeligere å jobbe systematisk med fag- og kompetanseutvikling når tjenesten er delt mellom forskjellige typer aktører som ikke en gang tilhører samme organisasjon. Videre kan det se ut som om det er vanskelig å få til helhetlig og samlet arbeid rettet mot den enkelte bruker. Dette til tross for at de private tjenesteyterne ofte representerer høy og spesialisert kompetanse. Ansvaret overfor den enkelte bruker kan ha blitt uklart.

På samme måte ser det ut til at utstrakt bruk av private tjenesteytere medfører utfordringer når det gjelder kontinuitet og forankring av det faglige arbeidet. De vil ha et personlig faglig ansvar for sin del av jobben, men aldri representere et systemansvar.

Dermed er det vanskelig å gjøre dem ansvarlige for hele arbeidsprosessen, noe eksemplet med fremming av saker til fylkesnemndene viser. Videre kan en få diskontinuitet og ustabilitet i arbeidsmiljøet.

To av de studerte barneverntjenestene er interessante fordi de tidligere har benyttet private tjenester i stor utstrekning og har valgt å gå tilbake på dette. Dette skyldes delvis økonomiske overveielser, men i stor grad en opplevelse av at en slik måte å jobbe på, hadde noen uheldig faglige konsekvenser.

Det må understrekes at det også kom fram positive momenter. Dyktige medarbeidere, fleksibelt og seriøst faglig arbeid nevnes av informantene som positive bidrag, både når det gjelder saksbehandling og hjelpetiltak. Manglende lokal mulighet for å bygge kompetanse nok til å håndtere ekstra vanskelige saker eller til å bruke egne eksperter som sakkyndige, gjør også private aktører til nødvendig bidragsytere.

Oppsummering

Basert på nettsøk og på de gjennomførte intervjuene kan vi konstatere at det finnes et ikke ubetydelig marked for private tjenester som kjøpes av kommunale barneverntjenester. Private aktører presenterer et omfattende tilbud som både handler om tiltak, saksbehandling, veiledning og tilsynsfunksjoner. Vi kan ikke i vårt materiale påvise økt bruk av private tjenester, snarere er det indikasjoner på en reduksjon. Det betyr imidlertid ikke at det ikke fortsatt er en omfattende bruk av private tjenester lokalt.

Det ser ut til å være et behov for å kjøpe tjenester til å løse spesifikke oppgaver som de lokale barneverntjenestene ikke klarer å tilby på egen hånd. De tjenesten vi har sett på i denne studien, ser ut til å holde et høyt faglig nivå.

Det er utfordringer når det gjelder kvalitetskontroll og kontinuitet i tjenestetilførselen. De kommunale tjenestene ser dessuten ut til å kunne tilby de samme tjenestene billigere. Innleide tjenesteytere blir stående utenfor det lokale fagmiljøet og dette kan få langsiktige uheldige konsekvenser for fag- og kompetanseutvikling lokalt.

I den pågående debatten om privatisering av velferdstjenester er det gjort et klart skille mellom ideelle og kommersielle tjenestetilbydere. I vårt materiale kan det se ut som om det i like stor grad går et skille mellom private tjenesteytere med lokal forankring og større regionale eller nasjonale organisasjoner. De som har lokal forankring, ser ut til å få til en kontinuitet i samarbeidet som reduserer noen av de utfordringene vi har nevnt over.

I dette kapittelet har vi oppsummert noen fellestrekk ved de studerte kommunene. Denne studien var opprinnelig ment som et forprosjekt. Vi har fått demonstrert noen grunner til bruk av private tjenester og noen av de utfordringene som ligger i en slik måte å organisere arbeidet. For å få en mer omfattende forståelse av dette fenomenet, er det både behov for en kartlegging av omfang og en bredere studie av de utfordringene vi har avdekket.

Referanser

- Backe-Hansen, E., Bakketeig, E., Gautun, H. & Grønningsæter, A. B. (2011). *Institusjonsplassering siste utvei. Betydningen av barnebernerreformen fra 2004 for institusjonstilbudet*. NOVA-rapport 21:11.
- Backe-Hansen, E., Havik, T. & Grønningsæter, A. B. (red.) (2013). *Fosterhjem for barns behov. Rapport fra et fireårig forskningsprogram*. NOVA-rapport 16/13.
- Bogen, H. (2011). *Privat drift av omsorgstjenester. Gjennomgang av nyere forskning*. Fafo-notat 2011:22.
- Dølvik, J. E., Fløtten, T., Hippe, J. M. & Jordfald, B. (2014). *Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel?* Fafo-rapport 2014:46.
- Gautun, H. (2010). *Det nye barnevernbyråkratiet II. En kartlegging av samarbeid mellom kommune og stat innen barnevernet*. Fafo-rapport 2010:27.
- Gautun, H. (2009). *Det nye barnevernbyråkratiet. En studie av samarbeid mellom kommune og stat innen barnevernet*. Fafo-rapport 2009:41.
- Gautun, H., Bogen, H. & Grødem, A. S. (2013). *Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester*. Fafo-rapport 2013:24.
- Gjerustad, C., Grønningsæter, A., Kvinge, T., Mossige, S. & Vindegg, J. (2006). *Bare fantasien setter grenser? Om kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet*. Fafo-rapport 545.
- Nordstoga, S. & Grønningsæter, A. B. (2014). *Det kommunale barnevernet i utvikling – et nødvendig samarbeid mellom praksis og forskning*. Fagbokforlaget.
- Sivesind, K. H. (2013). *Ideella välfärdstjänster: en lösning på den nordiska modellens framtida utmaningar? I L. Trägårdh, P. Selle, L. S. Henriksen & H. Hallin (red.), Civilsamhället klämt mellan stat och kapital*. SNS Förlag.
- Aasland, D. G., Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A., Sævareid, H. I. (2011). *Kvalitet og kvalitetsopplevelse*. Fagbokforlaget.

Vedlegg: Temaguide

Temaliste til bruk ved individ og gruppeintervjuer

- Hvordan og til hva brukes private tiltak: Tiltak og/eller saksbehandling
- Hvordan er omfanget av denne praksisen?
- Øker bruken av private aktører i det kommunale barnevernet?
- Har det skjedd endringer over tid? (mer/mindre, typer tjenester, begrunnelser for bruk av private ...)
- Hva er årsaken til at private benyttes (eller eventuelt ikke benyttes).
- Hva er begrunnelsen for at private benyttes (eller eventuelt ikke benyttes).
- Hvordan påvirker bruken av private utviklingen i barneverntjenestens arbeid organisatorisk og metodisk?
- Hvordan påvirker bruk av private tjenesteytere kvaliteten på tilbudet som ytes til barna/ungdommene?
- Hvordan gjøres kvalitetskontrollen og hvordan er oppfølging fra kommunens side? Er dette forskjellig etter type tjeneste (eksempelvis saksbehandling/tiltak?)
- Har kjøp av tjenester har noen konsekvens for kontinuitet i arbeidet?
- Påvirker kjøp av eksterne tjenester hvordan de kommunale tjenestene arbeider?
- Påvirker det hvordan arbeidet er forankret i lokalmiljøet?
- Har bruken av private noen konsekvenser for arbeidsmiljøet og arbeidsforhold for de ansatte i barneverntjenesten?

Hanne Bogen

**Privat drift av velferdstjenester
på oppdrag for kommuner
– hvordan følges kvaliteten opp?**

1 Innledning

Fafo har fått i oppdrag å kartlegge kommuners kjøp av velferdstjenester fra private leverandører av slike tjenester og de systemer kommunene har etablert for å følge opp tjenestekvaliteten de private leverer, samt hvilke kvalitetsindikatorer som legges til grunn ved slike kjøp. Oppdraget er avgrenset til kommuners kjøp av tjenester til brukere under 67 år med 1) nedsatt funksjonsevne (fysisk funksjonshemming eller utviklingshemming), 2) rusmiddelavhengighet og 3) psykiske lidelser. Kjøp av institusjonstjenester inngår ikke i oppdraget. Kapitlet baserer seg på foreliggende forskningsbasert dokumentasjon og har bare i svært liten grad foretatt egne undersøkelser.

I de siste tiårene har norske kommuner i stadig større grad kjøpt tjenester fra private leverandører. Per 2012 utgjorde kjøpt av tjenester fra private om lag 11 prosent av kommunenes driftsutgifter, fra et nivå på om lag fem prosent ti år tidligere.¹ Også velferdstjenester kjøpes inn fra private, både fra ideelle organisasjoner og kommersielle virksomheter. Et viktig hensyn som må tas ved slike innkjøp, er å sikre at tjenestene holder en ønsket kvalitet. For å oppnå dette, er det nødvendig for kommunene som bestillere av slike tjenester å tydeliggjøre hvilken kvalitet de ønsker og også utvikle rutiner for å følge opp at ønsket tjenestekvalitet blir levert. Dette kapitlet vil ta for seg hva vi ut fra foreliggende forskning og dokumentasjon vet om hvordan kommuner sikrer at private leverandører av velferdstjenester, både ideelle og kommersielle, leverer ønsket tjenestekvalitet, nærmere bestemt hvilke systemer for bestilling, oppfølging, tilsyn og evaluering av tjenestekvaliteten kommunene har etablert og hvilke kvalitetsindikatorer (hvordan kvalitet blir konkretisert og hva som blir vektlagt) kommuner legger til grunn i bestillingen til leverandørene.

Kapitlet et vil ta for seg noen typer velferdstjenester, nærmere bestemt tjenester til brukere under 67 år med 1) nedsatt funksjonsevne (fysisk funksjonshemming² eller utviklingshemming), 2) rusmiddelavhengighet og 3) psykiske lidelser. Her må nevnes at manges kan ha flere av disse tilstandene samtidig, i tillegg til somatiske tilstander, med andre ord at de utgjør brukergrupper med ofte sammensatte tilstander som derfor kan kreve sammensatte tilbud fra flere instanser.

Mange typer av tjenester tilbys de nevnte brukergruppene, som behandling, helse- og omsorgstjenester, rehabilitering/habilitering, boligsosiale tjenester, arbeidsrettede

¹ Tall hentet fra Ose & Slettebak 2014, s. 71, som bruker tall fra Statistisk sentralbyrå.

² Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) vil ikke bli behandlet i denne studien.

tjenester eller arbeidstrening, aktivisering og utdanning/opplæring og transporttjenester. Slike tjenester kan være organisert slik at de er rettet mot brede brukergrupper, det gjelder f.eks. de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens andre er mer målrettet mot enkelte grupper. Tjenestene kan også være overlappende. Dette kan gjøre det vanskelig å skille klart mellom tjenester rettet spesielt mot én eller flere av de tre nevnte gruppene fra tjenester rettet mot alle med et hjelpebehov mer generelt.

I dette kapitlet vil også bare de tjenestene som kommunene k per av private på vegne av de tre brukergruppene, inngå. Spesialisthelsetjenester som rusbehandling og psykiatrisk behandling i institusjon eller utført poliklinisk (men tilhører spesialisthelsetjenesten) vil dermed ikke inngå.³ Kapitlet vil også dreie seg om de tjenestene kommunene gir etter at brukeren er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, eventuelt samtidig med slik behandling. Samhandlings-reformen vil for øvrig i stadig større grad innebære at kommunene skal gi et bredt tjenestetilbud (f.eks. helse- og omsorgstjenester i hjemmet og aktiviseringstilbud) også til dem som utskrives fra spesialisthelsetjenesten med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser, ikke bare dem som utskrives fra de somatiske sykehusene som i dag. Denne utvidelsen av reformen var etter planen ment å skje fra og med 2014, men er foreløpig utsatt. Med kommunenes økende ansvar for tjenestetilbud til nye brukergrupper kan også kommuners k p av tilbud fra private bli en mer aktuell problemstilling i fremtiden.

Staten gjennom helseforetakene k per tjenester fra private på vegne av bl.a. rusmiddelavhengige og personer med psykiske lidelser, men disse vil også ikke inngå i studien. Staten gjennom NAV k per også en rekke tjenester som utdannings-, arbeids- og aktiviseringstjenester fra private. Disse vil heller ikke inngå.

En del av tiltakene rettet mot personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske lidelser, f.eks. mange av de boligsosiale programmene, er dessuten *statlig* initierte programmer og ikke kommunale. Ideelle organisasjoner som f.eks. Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon har søkt staten om slike midler (det gjelder f.eks. Prosjekt bostedsløse).⁴

Arbeidet bak kapitlet har hatt en begrenset tidsramme. Det skulle bygge på foreliggende forskning og annen dokumentasjon og ikke innhente egen empiri. Vi har foretatt et bredt litteratursøk for å finne aktuell informasjon. Det har imidlertid vist seg at det finnes svært begrenset med foreliggende materiale som tar opp kommuners k p av tjenester fra private rettet til disse tre gruppene spesielt. Det er også lite materiale der disse gruppene inngår ved k p av de mer ordinære helse- og omsorgstjenestene selv om de skulle motta slike tjenester. I tillegg er kvalitetsaspektet i svært liten grad behandlet. Det kan skyldes at kvalitet og kvalitetsoppfølging i begrenset grad er satt på dagsordenen for slike tjenester, enten tjenestene leveres av kommunene selv eller k pes

³ For personer med psykisk utviklingshemming ble institusjonene nedlagt i 1991 med HVPU-reformen. Alle i denne brukergruppen får dermed nå et kommunalt botilbud.

⁴ Programmene har for øvrig blitt evaluert på vegne av staten av diverse forskningsmiljøer.

fra private. Det synes som om kvalitetsaspektet i større grad er satt på dagsordenen når det dreier seg om offentlige og private institusjonstjenester. Men den manglende dokumentasjonen kan også skyldes at omfanget av kommunale kjøp av private tjenester til de aktuelle gruppene, i det minste foreløpig, er svært begrenset. Det synes også i hovedsak dreier seg om ideelle aktører som Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon, ikke kommersielle virksomheter, som kommunene kjøper tjenester fra.

At det finnes svært begrenset med materiale som tar for seg kommuners kjøp fra private, bekreftes også i en ny artikkel i Fontene, skrevet av en rekke fagpersoner innenfor dette feltet (Bakken m.fl. 2014). Her fremgår det at så vidt forfatterne vet, er det i Norge ikke publisert kunnskapsbaserte artikler om kring kommersielle tjenestetilbud til personer med store og sammensatte vansker. På bakgrunn av studiet av fem brukerhistorier påpeker forfatterne at det kan oppstå en del utfordringer når kommuner kjøper omsorgstjenester fra kommersielle virksomheter til disse brukergruppene. Det er f.eks. uklart hvem som har ansvar for at virksomheten har tilstrekkelig kompetanse, om det er virksomheten eller kommunen. Videre kan det være uklart hvem som har oppfølgings- og veilederansvaret når brukeren får tjenester fra et privat tilbud utenfor sin hjemkommune. Kontinuitet i tjenesten kan også være en utfordring dersom tjenesten settes ut på anbud årlig og brukeren må flytte til annen bolig.

I mangel av foreliggende forskning og dokumentasjon, har vi innhentet noe informasjon gjennom samtaler med enkelte aktører (en stor kommune som kjøper tjenester fra private og to ideelle aktører som leverer tjenester til kommuner på vegne av noen av de tre gruppene). Disse samtalen har underbygget en oppfatning om at dette er et område som i svært liten grad er forskningsmessig belyst og beskrevet. Ifølge én av de ideelle aktørene som leverer tjenester på vegne av flere kommuner, er det også stor variasjon i hvordan kommuner håndterer innkjøp av private tjenester. Kvalitetshåndteringen varierer dermed også. Noen kommuner, blant annet den vi har vært i kontakt med, er svært profesjonell på dette området ifølge denne informanten.

For å supplere norske erfaringer, har vi også innhentet noen nyere erfaringer fra andre land, først og fremst fra Sverige og Danmark, om kommuners kjøp av og oppfølging av tjenester levert av private for de tre aktuelle gruppene. Sverige har over mange år gjennomført studier av konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester mer generelt, men også noen studier av tjenester til personer med mer omfattende og sammensatte behov. Det er god grunn til å tro at svenske forhold ikke skiller seg vesentlig fra norske bortsett fra at omfanget av kjøp fra private nok er betraktelig større i Sverige på en del områder. For Danmarks del foreligger få studier; vi har sett på noen.

2 Omfanget av kommunale kjøp av velferdstjenester

Før vi går nærmere inn på hva vi vet om kvalitetsaspektet ved kjøp av tjenester til de nevnte gruppene, vil vi angi noe om omfanget av kommunale kjøp av private tjenester rettet mot de nevnte brukergruppene og hva slags leverandører det dreier seg om. I hvilket omfang kjøpes det inn tjenester rettet (også) mot de tre gruppene som studeres? Dreier det seg om ideelle eller kommersielle tjenesteleverandører?

Kommunale kjøp av private helse- og omsorgstjenester

NIBR har jevnlig (i 2004, 2008 og 2012) kartlagt kommuners kjøp fra private tjenester og bruk av konkurranseutsetting gjennom den såkalte organisasjonsdatabasen som forskningsinstituttet har hatt ansvar for på vegne av Kommunal- og regionaldepartementet (nå Kommunal- og moderniseringsdepartementet). Dette er en survey til alle kommuner og fylkeskommuner som blant annet kartlegger kommunal oppgaveløsning. Undersøkelsen har imidlertid ingen vurdering av fordeler og ulemper ved ulike driftsformer. Av siste datainnsamlingsrunde (2012) fremgår det at i 2012 kjøpte 3,3 prosent av kommunene «hjemmebaserte omsorgstjenester»⁵ fra private. I 2004 var andelen 2,1 prosent mens den i 2008 var på 5,6 prosent; det har altså vært en nedgang i omfanget av slike kjøp siden 2008 (fra 5,6 til 3,3 prosent). Slike tjenester er aktuelle også for alle «våre» brukergrupper, men databasen gir ikke informasjon om hvem som mottar disse tjenestene, om «våre» brukergrupper inngår (Blåka m.fl. 2012: 120). Det fremgår heller ikke av undersøkelsen hvem kommunene kjøper disse tjenestene fra, om det er fra ideelle eller kommersielle leverandører, bare at det er fra private. Det var for øvrig svært få kommuner som besvarte spørsmålet om kjøp fra private i 2012-undersøkelsen, bare om lag en fjerdedel av kommunene. Det er derfor uklart hvor mange kommuner de 3,3 prosentene som i 2012 sier at de har kjøpt tjenester fra private, faktisk utgjør, i og med den lave svarprosenten, men trolig minst 3-4 kommuner.⁶ Tallene tyder imidlertid på at kjøp av hjemmebaserte omsorgstjenester har et lite omfang når man ser på antallet

⁵ Uttrykket som brukes i undersøkelsen.

⁶ På bakgrunn av en så lav svarprosent er det lite trolig at man bør generalisere svar-tendensen til å gjelde alle norske kommuner. Antakelig er det de kommunene som spørsmålet har vært aktuelt for, som har besvart spørsmålet mens de kommunene som ikke har kjøpt slike tjenester, som har unnlatt å svare.

kommuner det gjelder. Hvor mange personer i disse kommunene kjøpene omfatter, fremgår heller ikke av undersøkelsen, dvs. om de omfatter få eller mange personer i de aktuelle kommunene. Mye tyder på at det særlig er store kommuner som kjøper slike tjenester fra private, slik at antallet personer som omfattes, kan være større enn antallet kommuner isolert sett skulle tilsi.

Samme undersøkelse kartlegger også hvor mange kommuner som kjøper slike tjenester gjennom konkurranse, det vil si som konkurranseutsetter slike tjenester. Her fremgår det at 7 prosent av kommunene (24 kommuner i undersøkelsen) oppga at de konkurranseutsatte «pleie- og bistand i hjemmet»⁷ i 2012,⁸ altså en større andel kommuner enn som svarer at de kjøper hjemmebaserte omsorgstjenester fra private. Hvordan denne forskjellen skal forstås, er uklart og ikke kommentert i undersøkelsen.

Kjøp av tjenester til personer med psykisk utviklingshemming

Av St. meld. 45 (2012-2013) Frihet og likeverd fremgår det, med henvisning til en undersøkelse fra Høgskolen i Gjøvik, at personer med utviklingshemming utgjør 13 prosent av dem under 67 år som mottar hjemmetjenester (punkt 5.8.3.2), men her er ikke angitt om leverandørene er kommunale eller private.

Av den nevnte NIBR-undersøkelsen fremgår det at 7 prosent av kommunene som besvarte undersøkelsen i 2012, oppga at de kjøpte tjenester fra private til omsorgstiltak til psykisk utviklingshemmede (samme sted, s. 120). Undersøkelsen i 2012 var første gang denne type tjenestekjøp ble registrert; det er derfor ikke mulig å se utviklingen over tid. Det fremgår ikke hva slags tjenester rettet mot psykisk utviklingshemmede det dreier seg om, om det f.eks. er botilbud eller dagsentre, og heller ikke hvem kommunene kjøper disse tjenestene fra, om det er fra ideelle eller kommersielle virksomheter. Siden svarprosenten er svært lav (ca. en fjerdedel av kommunene har besvart dette spørsmålet), er det vanskelig å si hvor mange kommuner slike kjøp omfatter og derfor også vanskelig å generalisere til alle kommuner, men mye tyder på at det gjelder om lag 6–7 kommuner.⁹ Konkurranseutsetting av kjøp av slike tjenester til personer med psykisk utviklingshemming ble ikke kartlagt i 2012-undersøkelsen slik konkurranseutsetting av «pleie- og bistand i hjemmet» ble (jf. over), bare kjøp fra private.

NIBRs kartlegging tyder altså på at en del kommuner kjøper tjenester fra private til personer med psykisk utviklingshemming. Vi vet at noen kommuner har kjøpt slike tjenester til enkeltbrukere gjennom konkurranse, f.eks. Oslo, som har kjøpt dagsen-

⁷ Uttrykket som brukes i undersøkelsen.

⁸ For 2004 og 2008 var andelen hhv. 2 og 3 prosent.

⁹ Samme kommentar gjelder her som for kjøp av hjemmebaserte omsorgstjenester. Det er nok i hovedsak de kommunene dette er aktuelt for, som har besvart dette spørsmålet i undersøkelsen.

tertilbud gjennom konkurranse (Dagbladet 2009).¹⁰ Ifølge oppslaget i Dagbladet var dette normal praksis i den aktuelle bydelen (Grorud). Pris tillegges ifølge oppslaget en vesentlig vekt ved bestilling og tildeling av oppdraget, men kvalitet basert på rutiner, systemer, kompetanse og aktivitetstilbud tillegges også vekt. Vi har ikke informasjon om omfanget av konkurranseutsetting på dette området i Oslo i dag.

Vi har ikke kommet over informasjon som forskningsmessig belyser erfaringene med kjøp av tjenester til personer med psykisk utviklingshemming med hensyn til kvalitetsoppfølging. Ut fra den mer generelle debatten om kjøp av slike tjenester og spesielt bruk av anbud og konkurranse ved slike kjøp, har noen forhold blitt påpekt som spesielt problematiske. Det gjelder for det første at personvernet kan trues ved slik kjøp dersom opplysninger om enkeltpersoner blir offentliggjort gjennom utlysningen av oppdraget. I tillegg kan stabiliteten i omsorgstilbudet trues dersom omsorgstaker må skifte omsorgsopplegg og omsorgspersoner oftere enn ønsket; stabile relasjoner er ofte et særlig viktig aspekt ved tjenestekvaliteten til denne brukergruppen.

Kjøp av tjenester til fysisk funksjonshemmede

Personer med fysisk funksjonshemming bruker gjerne de ordinære kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I dag har i tillegg voksne med fysisk funksjonshemming tilgang til brukerstyrt personlig assistanse i eget hjem (BPA).¹¹ Arbeidsrettede aktiviteter er det vanligvis NAV Arbeid, dvs. staten, som står for. Her kan private være inne, men da er det i hovedsak NAV Arbeid som kjøper tjenestene. Vi har ikke funnet forskningsbasert dokumentasjon som belyser hvilke konsekvenser kommuners kjøp av private tjenester til denne brukergruppen har for kvaliteten av de tjenestene som kjøpes.

Kjøp av tjenester til rusmiddelavhengige

Flere reformer og satsinger innen rusfeltet, blant annet Rusreformen i 2004, har bidratt til at kommunene har fått et stadig større ansvar for å tilby tjenester til rusmiddelavhengige. En viktig målsetting med reformene og satsingene har vært å bedre kvaliteten på tjenestene til denne gruppen på bakgrunn av påpekninger av mangler og variasjoner i kvaliteten i tjenestene (Rambøll 2013: 8). Kvalitet innenfor dette tjenestefeltet er imidlertid i liten grad definert.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har kommunene et omfattende ansvar for tjenester til rusmiddelavhengige.¹² Ansvaret følger av lov om kommunale helse- og om

¹⁰ Dagbladet 01.09.09.

¹¹ Ordningen er en rettighet fra 1.01.15.

¹² Jf. departementets hjemmeside: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/kommunalt-rusarbeid.html?regi_oss=1&id=443433

sorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tjenestene kan ifølge departementet omfatte rådgivning og veiledning, støtteopplegg, bolig og eventuelt oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjeneste eller fengsel. Det vises til at det er store variasjoner i organiseringen av rusarbeidet i kommunene og at arbeidet kan være lagt til ulike instanser. Hovedtyngden av tjenestene til denne gruppen inngår imidlertid i de ordinære, kommunale tjenestene og finansieres over rammefinansieringen til kommunene, men det finnes (inntil nylig) også statlige tilskuddsordninger (Statsbudsjettet kapittel 763, post 61) til slikt arbeid som kommunene har kunnet søke på.¹³ I rusarbeidet samarbeider kommunene også med private aktører, fortrinnsvis ideelle aktører; også de statlige tilskuddene til kommunene kan innbefatte private aktører, men da med kommunen som ansvarlig for bruken av midlene.¹⁴

Helsedirektoratet har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet et overordnet ansvar for å følge utviklingen i det kommunale rusarbeidet. Rambøll har nylig på oppdrag for direktoratet rapportert kommunenes innsats innenfor kommunalt rusarbeid. Siden 2010 har slik rapportering skjedd årlig; siste rapportering gjelder for 2012 (Rambøll 2013). I denne rapporteringen er det kartlagt i hvilket omfang kommunene i rusarbeidet samarbeider med private og frivillige aktører i tillegg til andre kommuner. Det er imidlertid ikke skilt mellom private, frivillige og andre kommuner i spørsmålsstillingen. 46 prosent av kommunene som inngikk i undersøkelsen, rapporterer at de de siste årene har kjøpt tjenester av private aktører eller andre (f.eks. kommuner) til oppfølging /behandling av personer med rusmiddelproblemer (s. 40f.). Ifølge undersøkelsen har mange kommuner kjøpt slike tjenester av andre aktører (private og /eller kommunale) i mangel av egne kommunale tilbud eller i påvente av tilbud fra TBS (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere) som er en del av spesialisthelsetjenesten (og inngår dermed ikke i denne studien), eller de er kjøpt som del av et etterverntilbud. Det er verdt å merke seg at undersøkelsen ikke skiller mellom typer av aktører kommunene kjøper tjenester fra, slik at også kjøp fra andre kommuner kan inngå; det skilles heller ikke mellom ideelle og kommersielle aktører. Slik forfatterne ordlegger seg i kommentarene til funnene, synes det som om relativt få kommuner har benyttet tilbud fra frivillige aktører som f.eks. Blå Kors, Frelsesarmeen eller Kirkens Bymisjon. Kommersielle aktører nevnes ikke, noe som tyder på at de ikke tilbyr slike tjenester til kommuner eller i et minimalt omfang. Det fremgår heller ikke klart om kjøpene dreier seg om institusjonsplasser eller tilbud av mer lavterskelkarakter. Undersøkelsen viser for øvrig at det er store fylkesvise variasjoner i kommuners kjøp

¹³ Fra og med 2013 skal de statlige tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid inngå i de kommunale økonomiske rammene ifølge Rambøll 2013: 1. Sies også hos Dyrstad & Ose 2014: 6.

¹⁴ I tillegg finnes det statlige tilskuddsordninger til rusarbeid som frivillige organisasjoner kan søke om for egen del.

av slike tjenester fra andre, flest i Akershus, Oslo (dvs. bydeler) og Buskerud, færrest i Sogn og Fjordane og Finnmark. Store kommuner kjøper i større grad slike tjenester fra andre enn små kommuner (samme sted:78 ff.).

Også Sintef har nylig kartlagt det kommunale rusarbeidet (Dyrstad & Ose 2014). De har bedt kommunenes fagansvarlige for rusarbeidet om å angi behovet for samarbeid med en rekke andre relevante aktører, inklusive frivillige organisasjoner (kommersielle inngår ikke som svaralternativ). Det er listet opp en rekke instanser som informantene har kunnet krysse av ved (f.eks. NAV, psykisk helsevern, TSB,¹⁵ barnevern, fastlege, kriminalomsorg, frivillige organisasjoner). Av alle instanser som er angitt som svaralternativer i listen, er det frivillige organisasjoner som angis som minst viktig å samarbeide med, men likevel svarer om lag 45 prosent av informantene at behovet for slikt samarbeid er svært stort eller ganske stort (10 prosent svarer svært stort).¹⁶ Det er også kartlagt hvilket faktisk samarbeid som foregår. Her svarer vel 20 prosent av informantene at det samarbeides svært eller ganske mye med frivillige organisasjoner (5 prosent svarer svært mye). Videre er det kartlagt om samarbeidet fungerer godt eller dårlig. Her angir en tredjedel av informantene at samarbeidet med frivillige organisasjoner fungerer svært godt eller ganske godt (11 prosent svarer svært godt). Det fremgår imidlertid ikke av undersøkelsen hva slags samarbeid det her er snakk om, om det dreier seg om kjøp av institusjonsplasser eller andre mer lavterskelpregede tiltak, som f.eks. oppfølging i bolig. På et generelt grunnlag hevder forfatterne at det foreligger lite systematisk kunnskap om det kommunale rusarbeidet (Dyrstad & Ose 2014:10).

En ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fra desember 2014 har kartlagt pasienterfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men også kartlagt pasienterfaringer med det kommunale ettervernet etter oppholdet i rusbehandlingen (Kunnskapssenteret 2014). Av rapporten fremgår det at bare vel 14 prosent av ruspasienter som tidligere har vært innlagt og så blitt utskrevet, syntes oppfølgingen og ettervernet etter utskrivningen (i stor eller i svært stor grad) var tilfredsstillende. Tre av fire mener at den hjelpen de har fått fra kommunen de bodde i, ikke var tilfredsstillende. Det fremgår ikke av undersøkelsen om misnøyen skyldes fravær av etterverntilbud eller om det tilbudet som gis, oppleves mangelfullt, heller ikke om det tilbudet som eventuelt gis, gis av hjemkommunen eller andre. Mye tyder på at det er vesentlige mangler ved det kommunale etterverntilbudet etter opphold i rusinstitusjon – hvert fall slik brukerne selv opplever det.

Det finnes som nevnt også statlige midler for å stimulere til samarbeid med frivillige organisasjoner og stiftelser. Dette kan gjelde institusjonsopphold (som ikke inngår i denne studien) og nærmiljøtiltak som overnattingssteder, møtesteder, kvalifiserings-

¹⁵ Tverrfaglig spesialisert behandling under spesialisthelsetjenesten.

¹⁶ Kommersielle virksomheter er altså ikke angitt som svaralternativ her, antakelig fordi de ikke er relevante.

og nettverksarbeid. Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratet.¹⁷ Det kan altså være en del overlap i typen av tjenester som henholdsvis staten og kommunene finansierer på vegne av ulike brukergrupper.

En ny artikkel i Samfunnsspeilet viser for øvrig at behandling av rusmiddelavhengige i stor grad foregår ved institusjoner i privat regi og da i hovedsak drevet av ideelle organisasjoner. I 2012 gikk en tredjedel av helseforetakenes driftsmidler innenfor rusbehandling til kjøp av tjenester fra private institusjoner (Hatlebakk 2014). Det er altså i hovedsak *helseforetakene* som kjøper tjenester av private (mest ideelle og noen kommersielle), ikke kommunene. Dette dreier seg både om institusjonstjenester og polikliniske tilbud (som også er en del av spesialisthelsetjenesten). Helsedirektoratet skal for øvrig i løpet av 2014 utvikle egne *kvalitetsindikatorer* for denne virksomheten (som går under betegnelsen TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹⁸) både for offentlige og private institusjoner (jf. også Riksrevisjonens Dokument 3:1 (2013-2014:34ff.) som tar for seg oppfølging av og kvalitet i private rusinstitusjoner). Av Riksrevisjonens dokument fremgår det at: «I alle avtalene helseregionene inngår med private institusjoner, inngår også en nærmere omtale av systemer for rapportering og tilbakemelding til det regionale helseforetaket om aktivitets- og kvalitetsindikatorer» (Riksrevisjonen 2013:35).

Kjøp av tjenester til personer med psykiske lidelser

Sintef har kartlagt kommuners kjøp av tjenester fra blant annet private innenfor det psykiske helsearbeidet (Ose & Slettebak 2014). Kartleggingen viser at 44 prosent av kommunene kjøper tjenester fra private eller andre aktører (for eksempel andre kommuner) innen psykisk helsearbeid (i bred forstand).¹⁹ De tjenestene som kjøpes inn, gjelder:

- bo- og omsorgstjenester
- avlastning
- aktivitetstilbud/arbeidstrening (privat)
- arbeidstilbud

¹⁷ Se: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/kommunalt-rusarbeid.html?id=443433 (datert 18.02.13).

¹⁸ TSB inkluderer både helse- og sosialfaglig behandling av rusmiddelavhengige. Tjenestene omfatter både avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller i institusjon). TSB startet opp da rusreformen ble iverksatt i 2004. Målsettingen med å definere TSB som spesialisthelsetjeneste, er bl.a. å tilby rusmiddelavhengige et mer helhetlig behandlingstilbud. Det skulle bli lettere å få tilgang til behandling for andre psykiske og fysiske plager i tillegg til behandlingen for rusmiddelavhengigheten (se Hatlebakk 2014).

¹⁹ 95 prosent av norske kommuner inngår i undersøkelsen.

- privatpraktiserende psykolog
- veiledningstjenester
- annet

Undersøkelsen skiller ikke mellom tjenester levert av ideelle og kommersielle virksomheter og heller ikke om det er andre kommuner som er leverandører. Det er derfor vanskelig ut fra denne undersøkelsen å vite om kommunene faktisk kjøper slike tjenester fra private, hva slags private aktører det dreier seg om eller om det bare dreier seg om kjøp fra andre kommuner.²⁰

Undersøkelsen viser at kjøp av tjenester «fra andre» er mer utbredt i store enn i små kommuner. 70 prosent av kommuner med over 50 000 innbyggere kjøper inn slike tjenester mens tilsvarende gjelder for om lag 30 prosent av kommuner med under 2000 innbyggere. Den vanligste formen for tjenester å kjøpe inn til voksne er bo- og omsorgstjenester; 23 prosent av kommunene kjøper inn slike tjenester, mens 10 prosent kjøper inn aktivitetstilbud. Arbeidstilbud/arbeidstrening og veiledningstjenester kjøpes av relativt få, henholdsvis 4 og 3 prosent av kommunene. For barn er det mest vanlig å kjøpe inn avlastningstjenester (gjelder 6 prosent av kommunene), bo- og omsorgstjenester og aktivitetstilbud (begge 4 prosent av kommunene).

NIBR kartla i 2012 det kommunale psykiske helsearbeidet og herunder samarbeidet med andre instanser (Tjerbo m.fl. 2012). Det fremgår ikke i denne undersøkelsen at kommunene har noe samarbeid med private virksomheter, verken ideelle eller kommersielle, bare med andre kommuner, andrelinjetjenestene og NAV (f.eks. om arbeid). Om dette er uttrykk for at det bare i svært begrenset grad foregår et samarbeid mellom kommuner og private leverandører på dette området, er derfor vanskelig å vurdere.

På samme måte som for rusbehandling holder Helsedirektoratet på med å utarbeide kvalitetsindikatorer for det psykiske helsevernet, men da for spesialisthelsetjenesten. Både institusjonstjenester og polikliniske tilbud inngår her. Disse vil gjelde både offentlige og private tjenester.

Sintef har nettopp (Ose & Pettersen 2014) utgitt to rapporter som omhandler kommunenes (manglende) tilbud til personer med henholdsvis rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. I rapportene er det også kort behandlet i hvilken grad private tilbud er ønskelige på vegne av brukerne og om slike tilbud finnes.²¹ Det er behandlet i spesialisthelsetjenesten ved alle offentlige og private

²⁰ I Fontene nr. 3/14 presenteres denne undersøkelsen. Her skrives det at tjenestene for det meste kjøpes fra kommersielle selskaper, bare i mindre grad de ideelle. Denne påstanden er det altså ikke dekning for ut fra Sintef-rapporten som refereres i Fontene-artikkelen i og med at spørsmålsstillingen ikke skiller mellom kommersielle, ideelle eller kommunale leverandører.

²¹ Se <http://www.sintef.no/SINTEF-Teknologi-og-samfunn/Nyheter/Fa-feilplasseringer-men-for-svak/> (rapportomtale her). Se også oppslag om dette i Klassekampen 11.08.14 (men her er ikke kjøp fra private nevnt).

institusjoner som har besvart undersøkelsen, mens pasient og kommunal samarbeidspart er invitert til å delta i besvarelsene. Det fremgår av undersøkelsen at f.eks. privat omsorgsplass finansiert av kommunen finnes i mye mindre omfang enn dette tilbudet etterspørres/ønskes av pasientene (se f.eks. s. 117 i rapporten om psykisk helsevern).

3 Noen typer av tjenester

Boligsosialt arbeid

I den grad private aktører har bidratt innenfor det boligsosiale området på oppdrag av kommuner, har det dreid som om frivillige organisasjoner som Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Kirkens Sosialtjeneste (Hansen 2013:17ff, 39). Det er ikke registrert at kommersielle virksomheter har deltatt her.

NIBR har bl.a. kartlagt kommunenes arbeid med bolig og tjenesteoppfølging for personer med psykiske vansker (Holm 2012). Her fremgår det at noen kommuner samarbeider med private organisasjoner om ulike boligløsninger (s. 55). Det fremgår imidlertid ikke hva slags private organisasjoner dette dreier seg om, omfanget av samarbeidet eller hvor mange kommuner dette dreier seg om.

Aktivisering/arbeid/dagtilbud/arbeidsrettede tiltak

De fleste av de arbeidsrettede tiltakene rettet mot de tre gruppene, vil nok falle inn under NAVs ansvarsområde og da den statlige delen av NAV (NAV Arbeid).

For psykisk utviklingshemmede skilles det gjerne mellom tilrettelagt arbeid i ordinær bedrift (VTAO) og i skjermet bedrift (VTA) som er tilbud som er NAVs ansvar, eller dagtilbud i kommunal regi.²² Når NAV ikke klarer å skaffe et tilbud, kan kommuner tilby ulike typer av aktivisering/dagtilbud, etter vedtak i helse- og omsorgstjenesteloven, men dette er ikke et lovpålagt tilbud. Asker kommune har f.eks. etablert ulike arbeids- og aktivitetssentre (Fontene 10/2013:24ff.).

40 prosent av voksne med utviklingshemming jobber, stor sett i varig tilrettelagt arbeid i skjermet bedrift (VTA). Så godt som ingen har vanlig arbeid (Fontene 10/2013:24ff.). Også St.meld. nr. 45 (2012-2013) påpeker at nesten ingen får ordinært arbeid.

²² Se Fontene nr. 10/2013.

4 Kvalitet

Litt om begrepet kvalitet

Hva man skal forstå med (god) kvalitet i tjenesteproduksjon, er etter hvert blitt et stort forskningsfelt. En stadig mer vanlig måte å tenke om kvalitet på, er at den er flerdimensjonal, dvs. at mange forhold må spille sammen for at god kvalitet skal sikres. Det er etter hvert vanlig å skille mellom tre ulike aspekter ved kvalitet: 1) *strukturell* kvalitet (de ressurser som er tilgjengelige, f.eks. økonomi, antall ansatte, kompetanse: Hva man har), 2) *prosessuell* kvalitet (hvordan man løser oppgavene: metoder osv.: Hva man gjør med de gitte ressursene) og 3) *resultatkvalitet* (Hva man faktisk oppnår av kvalitet på vegne av brukeren gitt 1 og 2).²³ Forenklet kan man si at tilstrekkelig strukturell kvalitet og god prosessuell kvalitet er nødvendig for å oppnå ønsket resultatkvalitet for brukeren. For å kunne si noe om resultatkvalitet, er det nødvendig å undersøke hva man *oppnår* av kvalitet, enten ved å spørre brukeren eller ved mer «objektive» mål, f.eks. dersom bruken ikke er i stand til å besvare slike spørsmål, eller ved kombinasjoner av subjektive og objektive mål. Men det er også nødvendig å etablere noen indikatorer for hva man²⁴ mener er god kvalitet innenfor det enkelte tjenesteområdet. Det er ikke tilstrekkelig å ønske god kvalitet; man må definere nærmere noen kriterier for hva man mener er (god) kvalitet innenfor det aktuelle tjenesteområdet. Kvalitetsindikatorer vil da være noen forhold som er særlig viktige forhold å ha oppmerksomheten rettet mot for at man kan si at kvaliteten er god eller blitt bedre. Det må også være mulig å *undersøke* om det faktisk er tilfellet at kvaliteten er god eller bedre (som i praksis vil si å måle noe, selv om måling her kan bety å spørre noen, f.eks. bruker eller pårørende, om hva de mener om et bestemt saksforhold, dvs. være en subjektiv vurdering). Det er også vanlig å skille mellom objektiv og subjektiv resultatkvalitet. Objektiv resultatkvalitet vil da være noen mer objektive forhold som det er viktig å ha oppmerksomheten rettet mot (f.eks. brukes ofte vektovervåking som en slik indikator på sykehjem, at bruker/

²³ Denne inndelingen skriver seg fra legen og forskeren Avedis Donabedian som siden 1960-tallet har utviklet tenkningen om hva kvalitet vil si innenfor blant annet helsetjenester og omsorg. Hans tredeling av aspekter ved kvalitet blir stadig mer utbredt, også når kvalitet i tjenestene til de brukergruppene vi tar for oss i dette kapitlet, behandles.

²⁴ «Man» kan her være f.eks. kommunen og/eller brukerne selv, eventuelt representert ved deres brukerorganisasjoner.

pasient opprettholder vekten ved innlegging på sykehjem: dette kan måles). Subjektiv resultat-kvalitet dreier seg om å spørre bruker/pasient/pårørende om relevante forhold (som f.eks. kan være om bruker synes at hun har blitt bedre, om hun synes behandlingen hjelper, om hun trives på sykehjemmet eller i boligen, om hun like maten hun får servert, om hun synes personalet behandler henne med respekt osv.). Eller det kan være å spørre ansatte om forhold som har betydning for brukers/pasients livssituasjon. I tråd med Donabedians modell er alle de tre kvalitetsdimensjonene viktige og må *ses i sammenheng*. Særlig viktig er det å vurdere om man bruker de ressursene (1) man setter inn på en måte, med de metoder (2) som gir den ønskede kvaliteten (3), kort oppsummert: om man gjør de riktige tingene med de tilgjengelige ressursene for å oppnå den kvaliteten som ønskes? Dersom ikke, hva skal forbedringen bestå i: mer ressurser, andre arbeidsmåter? Mye ressurser og antatt gode metoder er lite verdt dersom hverken objektive eller subjektive resultatindikatorer på god kvalitet kan dokumenteres. Det «nye» med Donabedians modell at man må være like opptatt av hva man får ut av en innsats (output) som innsatsen i seg selv (input). Inntil nylig har det vært vanlig å være mest opptatt av innsatsen, ofte målt ved størrelsen på bemanningen og dennes kompetanse.

Hvilke konkrete kvalitetsindikatorer, subjektive som objektive, som skal inngå i vurderingen av en tjenestes kvalitet, fremgår ikke av modellen i seg selv, men den tydeliggjør behovet for å foreta en presisering av hva man mener med kvalitet i en bestemt tjeneste. Og de konkrete indikatorene kan variere både over tid og mellom tjenester. Hver kommune og hver tjeneste kan også ha sine prioriteringer. De er heller ikke ment som absolutter, men kan være under utvikling/endring, i og med at man «må begynne et sted», bestemme seg for hva man ut fra foreliggende viten tror er særlig viktig for god kvalitet på et bestemt område og for en bestemt gruppe, særlig sett fra brukerens ståsted.²⁵ Så kan det være at man må revurdere de indikatorene man har benyttet og finne andre som fungerer bedre. Og indikatorene er bare indikatorer: Dersom man oppdager raskt vekttap hos en beboer på sykehjem, og raskt vekttap er ikke heldig for en eldre og ofte svak person, kan man undersøke hva dette skyldes, om det skyldes at beboeren ikke liker maten eller ikke får nok tid til å spise, eller om det skyldes underliggende sykdom.

For den typen brukergrupper vi ser på her, legges vanligvis en *behovsvurdering* for den enkelte personen til grunn når tjenester bestilles (fra offentlige eller private) ved at man vurderer hva som er særlig viktig for denne personen/gruppen. I denne behovsvurderingen inngår det også å spørre brukeren og/eller pårørende hva som er særlig viktig for brukeren ; dette kan både dreie seg om den enkelte brukers behov, men også

²⁵ Innenfor pleie- og omsorg er man f.eks. på bakgrunn av forskning kommet frem til noen objektive indikatorer som anses særlig viktige for kvalitet, som f.eks. oppfølging av vekt, trykksår, fall og inkontinens og som internasjonalt anbefales brukt for å følge opp kvalitet i sykehjem. Slike indikatorer brukes da sammen med en rekke andre objektive og subjektive indikatorer.

mer generelle behov som man f.eks. gjennom forskning har avdekket at kan gjelde flere eller de fleste innen samme brukergruppe.

Resultatkvalitet kan undersøkes (følges opp) på mange måter og generelt anbefales det å bruke mange metoder for kvalitetsoppfølging: gjøre anmeldte og uanmeldte besøk på f.eks. et sykehjem dersom det er kvalitet i sykehjem man studerer, snakke med ledelse, tillitsvalgte og ansatte, sjekke om lov- og avtaleverk følges f.eks. ved å gå inn i arbeidslister, sjekke pasientdokumenter, snakke med pasienter osv. Til sammen vil mange ulike, men bevisst valgte informasjonskilder og metoder, kunne gi et rimelig godt inntrykk av tjenestekvaliteten. Dersom man finner noe som «skurrer», kan man undersøke nærmere hva som ligger i dette, om det er bekymringsfulle forhold eller om det er andre, mindre alvorlige forhold som ligger bak. Etter hvert har en del kommuner etablert slike metoder for oppfølging av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene, men trolig i mindre grad for f.eks. psykiske helsearbeid og rusarbeid. Dette vet man imidlertid lite om i og med at lite forskning og dokumentasjon foreligger på dette feltet.

Et problem med f.eks. psykiske helsearbeid og rusarbeid er imidlertid at det kan være vanskelig å finne gode både objektive og subjektive resultatindikatorer, dvs. finne indikatorer som sett samlet kan gi et godt bilde på kvalitetssituasjonen innenfor disse tjenestene. Som vi har sett, er Helsedirektoratet i ferd med å utvikle slike indikatorer for spesialisthelsetjenesten for psykiatrisk behandling og rusbehandling. Disse indikatorene skal da legges til grunn for både offentlige og private leverandører.

At måling av kvalitet likevel ikke er en umulighet, fremgår av en artikkel i Fontene 1/13 (Barstad 2013). Her presenteres et kvalitetsmål for tjenester rettet til mennesker med psykisk utviklingshemming (Personal Outcome Measures – POM) som er utviklet for å kunne si noe om hvorvidt tjenester til denne gruppen bidrar til bedre livskvalitet. Metoden baserer seg både på semi-strukturerte intervjuer og observasjon av målgruppen. Livskvalitet måles ut fra 21 mål fordelt på tre kategorier: 1) meg selv, 2) min verden og 3) mine drømmer. Forfatteren, som er vernepleier, mener at metoden har vist seg egnet for mennesker med psykisk utviklingshemming.²⁶

Et generelt inntrykk er at *brukervurderinger*²⁷ vektlegges stadig mer også for de tre gruppene vi ser på her, om bruker opplever at et tiltak (f.eks. behandling, bo-oppfølging, aktivisering) fører til en bedre livssituasjon. Dersom bruker ikke oppfatter det slik, er anbefalingen å revurdere innsatsen og målrette den bedre for den aktuelle bruker/brukergruppe, enkelt sagt gjøre noe annet eller på en annen og for bruker bedre måte.

I tillegg til at kommuner utvikler egne – gode eller dårlige – metoder for å bestille og følge opp tjenestekvalitet ved kjøp fra private, er de som ansvarlige for tjenestene også underlagt et nasjonalt lov- og avtaleverk som setter rammer for slike kjøp. Det gjelder

²⁶ Metoden er ment for tiltak både i offentlig og privat regi.

²⁷ Det kan også dreie seg om pårørendevurderinger, dersom bruker i begrenset grad kan gi uttrykk for sine synspunkter.

f.eks. helse- og omsorgstjenesteloven og arbeidsmiljøloven, som gjelder uavhengig av hvem som leverer tjenestene. Det gjelder også lov om offentlige anskaffelser, som er under stadig utvikling på helse- og omsorgsområdet. Selv om staten har et ansvar for å kontrollere at slike lover følges opp, har kommunene et selvstendig oppfølgingsansvar.

Eksempel fra en kommune

Oslo kommune, som vel er den norske kommunen som har lengst og mest omfattende erfaring i kjøp av omsorgstjenester fra private, har nylig utviklet et system for kontraktsoppfølging av tjenester som kjøpes inn fra private og utarbeidet en veileder for kjøp av slike tjenester. Her inngår også kvalitetsoppfølging.²⁸ Veilederen gir ingen oversikt over hvilke kvalitetsindikatorer som bør gjelder for ulike typer av tjenester, men er mer en sjekklister for hvordan man følger opp tjenestekjøp, med vekt på kvalitetsutvikling, kvalitetskontroll og kontroll av leverandørenes arbeidsgiveransvar. Og den er både rettet mot kjøp av institusjonstjenester og tjenester til enkeltpersoner. Kommunen har for øvrig utviklet konkrete kvalitetsindikatorer for kommunale og private rusinstitusjoner. I disse tillegges brukernes vurderinger stor vekt, f. eks. om bruker blir hørt og om bruker mener at institusjonsoppholdet fører til en bedre livssituasjon.²⁹

I denne kommunen gjelder det videre at ved innkjøp av midlertidig døgnovernatting fra private,³⁰ som kan gjelde rusmiddelavhengige, skal det alltid inngås en *kvalitetsavtale* mellom boligeier og kommunen (avtale datert 19.01.13). Avtalen omfatter blant annet krav til boligstandard, renhold, bemanning og tilsyn, formelle krav til f.eks. regnskap og økonomisk oppgjør, klagebehandling og kontrollbesøk fra kommunens side som skal resultere i en tilsynsrapport. Det gjøres også en brukerundersøkelse ved alle døgnovernatningsstedene.

Det har som tidligere nevnt vært innvendt at *taushetsplikten* settes i fare ved kjøp av helse- og sosialtjenester gjennom utlysning av anbud, særlig når kjøpet gjelder enkeltpersoner. Opplysninger om enkeltpersoner kan da ha blitt eksponert. Helse- og omsorgsdepartementet har laget «kjøreregler» for hvordan slike kjøp skal foregå

²⁸ Oslo kommune. Velferdsetaten (2013). Veileder for kontraktsoppfølging av tjenestekjøp i EST-sektoren. <http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Velferdsetaten%20%28VEL%29/Internett%20%28VEL%29/Dokumenter/Veileder%20for%20kontraktsoppf%C3%B8lging%20av%20tjenestekj%C3%B8p%20i%20EST-sektoren%20juli%202013.pdf>

²⁹ Se f.eks.: http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddeletaten%20%28RME%29/Internett%20%28RME%29/Dokumenter/rapport/sentralt/rapport_som_pdf01.pdf

³⁰ Som per i dag innbefatter tre steder og vel 100 sengeplasser. Kontraktenes varighet er 3 år med opsjon på ytterligere 3 år.

uten å bryte taushetsplikten. Difi har på basis av disse utarbeidet en artikkel som angir retningslinjer for slike kjøp. Her tas blant annet opp betydningen av samtykke fra brukers side.³¹

Kommunen har laget en veileder i kjøp av helse- og omsorgstjenester til enkeltbrukere.³² Denne behandler blant annet taushetsaspektet ved utlysning av tjenester til enkeltbrukere, som ved slik utlysning kan bli eksponert på en uheldig måte. Også uheldige konsekvenser av flytting av bruker dersom ny leverandør overtar tjenesten, tas opp. Det påpekes også at tjenestetilbudet så langt som mulig bør utformes i tråd med brukers ønsker og at bruker bør involveres tidlig i prosessen om hvilket tilbud som skal gis. Det gjelder uavhengig av om tjenestene leveres i offentlig eller privat regi.

Vi har vært i kontakt med en frivillig organisasjon som den aktuelle kommunen kjøper tjenester fra. Ifølge denne informanten er det en viktig forskjell i kvalitetsoppfølgingen mellom lovpålagte tjenester og mer lavterskelpregede og ikke lovpålagte tjenester, som f.eks. væresteder for rusmiddelavhengige. Dette bekreftes også av kommunens bestiller av disse tjenestene. For de lovpålagte tjenestene er det ifølge informantene mye oppfølging og et strengt kvalitetskrav- og oppfølgingsregime, blant annet i form av resultatmålinger. Det skal være flere kontraktsmøter per år og oppdragstaker skal levere ulike typer skriftlig informasjon både om brukere og ansatte. Dette gjelder også ved tiltak rettet til enkeltindivider. For lavterskeltiltakene er kravene mindre og ikke på samme måte systematisert. Dette gjelder imidlertid for denne kommunen. Informanten fra den ideelle organisasjonen, som også utfører tjenester for andre kommuner, forteller at kravene som stilles til leverandørene og oppfølgingssystemene varierer veldig fra kommunen til kommune. Den aktuelle kommunen er ifølge denne informanten mest profesjonell. Kvalitetssystemet har også ifølge informanten bidratt til at den ideelle leverandøren har skjerpet seg, «snudd alle steiner» for å bli best mulig og «ikke hvilt på laurbærene» (informantens egne uttrykk).

³¹ Artikkelen ligger på Oslo kommunes hjemmeside (datert 3.03.14): <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=274037&categoryID=71632>

³² http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/utviklings-%20og%20kompetanseetaten%20%28UKE%29/Internett%20%28UKE%29/Dokumenter/Anskaffelser/Rapport%20fra%20prosjektgruppe%2020130204_%20anskaffelse%20av%20helse%20og%20omsorgstjenester%20til%20enkeltbrukere.pdf

5 Erfaringer fra Sverige

Det kan være interessant å undersøke hvilke erfaringer andre land, særlig land som er relativt like Norge, har med private leverandører av velferdstjenester på de tre områdene vi spesielt ser på i dette kapitlet. Et land som peker seg ut, er Sverige, som har atskillig lengre erfaring med kommunale kjøp av private velferdstjenester enn Norge og som også gjennom årene har gjennomført en rekke studier som dels kartlegger omfanget, dels forsøker å innhente erfaringer, f.eks. med hensyn til kvalitet og kvalitetsutvikling. På generelt grunnlag, etter å ha lett etter aktuelle studier både i forbindelse med skriving av dette kapitlet og gjennom tidligere forskning på området der også svenske erfaringer har inngått (f.eks. Bogen 2011), må det sies at det foreligger begrenset med klare konklusjoner på området, dels fordi dette i lite grad er forsket på, men også fordi det viser seg å være vanskelig både å kartlegge kvalitet i velferdstjenester generelt og å foreta sammenligninger av offentlige og private leverandører av slike tjenester spesielt. Det råder ikke enighet om hva god kvalitet i en rekke velferdstjenester er, uavhengig av om de leveres av offentlige eller private leverandører, og det er også metodiske problemer med å måle kvalitet på de områdene/dimensjonene som man kunne være enig om. Det gjelder særlig for de brukergruppene som inngår i dette kapitlet.

Med hensyn til omfanget av private tjenester i Sverige viste en undersøkelse at i 2010 mottok 23 prosent av personer med funksjonshemninger hjemmetjenester fra en privat leverandør. Tilsvarende tall var 6 prosent i 2000 (Szebehely 2011); det har med andre ord vært en relativt stor vekst.³³ Det er i all hovedsak såkalte for-profitvirksomheter som har stått for denne veksten i Sverige. Ifølge forfatteren har veksten i private omsorgstjenester både til eldre og til funksjonshemmede vokst betydelig raskere i Sverige og Finland enn i Norge og Danmark (s. 228). Enda raskere har veksten vært i Storbritannia. Studien omtaler imidlertid ikke forskning om kvalitetsaspektet ved privatdrevne tjenester til funksjonshemmede spesielt, bare til eldre (dvs. eldreomsorg), noe som tyder på at slik forskning bare i liten grad finnes.³⁴

³³ Forfatteren tar for seg både eldreomsorgstjenester og tjenester til yngre funksjonshemmede, men skiller ikke mellom innholdet i tjenestene til de to gruppene. I hovedsak er vel innholdet i tjenestene ofte ganske likt for disse to brukergruppene: de trenger hjelp til omtrent det samme. Her tar vi for oss det som skrives om tjenester til funksjonshemmede spesielt.

³⁴ Siden forskeren er en av de mest etablerte innenfor svensk omsorgsforskning.

I samme studie (i et annet kapittel i samme antologi) omtales også private innslag innen barnevern og rusomsorg (Wiklund 2011).³⁵ Her ser vi på det som skrives om rusomsorg spesielt. Generelt har det skjedd en dreining i rusomsorgen i retning av såkalt oppenvård, som vi antar i hovedsak tilsvarer hjemmebaserte tjenester og polikliniske tjenester - i motsetning til «tradisjonelle» institusjonstjenester (såkalt dygnsvård). Stadig flere mottar tjenester i hjemmet heller enn i institusjon. Ifølge forfatteren er det imidlertid bare institusjonstjenestene som lar seg beskrive på en noenlunde sammenhengende måte; dette gjelder også med hensyn til de offentlige institusjonstjenestene (s. 118). Innenfor både barnevern og rusomsorg er den åpne kommunale omsorgen svært mangfoldig og består av en rekke typer av tiltak av både forebyggende, støttende og behandlende karakter og ofte utformet på basis av behovene i den enkelte kommune. Innenfor rusomsorgen kan det f.eks. dreie seg om bostøtte eller andre individorienterte tjenester. Mangfoldet av tjenester og variasjonene fra kommune til kommune gjør imidlertid dette til et komplisert felt å beskrive. Det hevdes for øvrig at det særlig er innenfor institusjonsomsorgen man har sett en privatiseringstrend og særlig når det gjelder barnevernsinstitusjoner for barn og unge, i mindre grad institusjoner for rusmiddelavhengige (s. 119). Det har her særlig vært en vekst i for-profit-virksomheter, men denne utviklingen gjelder altså for institusjoner i barnevernet, ikke for rusomsorgsinstitusjoner (s. 122).

Det fremgår av studien at om lag en tredjedel av kommunenes utgifter til rusomsorg i 2008 besto i kjøp av slik omsorg fra eksterne leverandører (kjøp mellom kommuner er ikke med her).³⁶ Her inngår kjøp av institusjonstjenester og denne utgjør i tråd med det som skrives over den langt største utgiftsposten.

Men i studien hevdes det også at til tross for at det finnes en stor andel private aktører/tilbud både på barnevern- og rusområdet (i hovedsak altså private *institusjonstjenester*), «är det samlade kunskapsunderlaget om privatiseringens konsekvenser minst sagt bråkligt.» Det finnes relativt få studier som på en systematisk måte har undersøkt forskjeller mellom offentlige og private virksomheter, f.eks. med hensyn til brukeropplevelser, kvalitetsaspekter og behandlingseffekter (s. 130). Kunnskapen om oppenvården spesielt er generelt liten fordi den i liten grad er utforsket. Det gjelder uavhengig av driftsform; man vet like lite om den offentlige rusomsorgen utenfor institusjon. En sammenligning mellom offentlig og privat drift blir dermed vanskelig, ifølge forfatteren (s. 135). De manglende systematiske studiene forklares dels med at det ikke finnes noen enighet om hva god omsorgskvalitet er på disse områdene, bortsett fra faktorer som anses direkte skadelige, dels er eksisterende studier ikke utformet på en måte som gir generaliserbare resultater (f.eks. på grunn av hvordan utvalget av offentlige og private virksomheter er trukket) og endelig kontrolleres det ikke i tilstrekkelig

³⁵ Disse tjenestene er i Sverige gruppert sammen under betegnelsen individ- og familjeomsorg.

³⁶ Andelen var 38 prosent i 2004.

grad for bakgrunnsfaktorer på individnivå (forskjeller mellom brukere og brukergrupper), noe som kan føre til at seleksjonseffekter kan komme til å spille en for stor rolle (at kjennetegn ved individene/brukerne betyr mer for å forklare resultatene enn om omsorgstilbudene er offentlige eller private).³⁷

Det hevdes også at man vet lite om omfanget av direktekjøp, dvs. kjøp av private tjenester uten anbud, f.eks. i form av kjøp av enkeltplasser eller omsorgstilbud til enkeltpersoner. Fordi det på disse velferdsområdene kan være spesielt vanskelig å utforme en kontrakt med kravspesifikasjoner som angir hvilken tjenestekvalitet man forventer, kan det være mange kommuner med manglende bestillerkompetanse som unnlater å gå veien om en formell kontrakt (s. 140); denne problemstillingen ønsker forfatteren at fremtidig forskning kartlegger bedre.

En ny publikasjon fra Sverige kartlegger hvordan lisensiering/godkjenning (tillståndsgivning), tilsyn og oppfølging skjer innenfor velferdstjenestene, både når det offentlige leverer tjenestene og når slike tjenester kjøpes fra private (Hagbjer 2014). 85 prosent av velferdstjenestene skjer i dag i offentlig regi, 15 prosent i private regi tjenestene sett under ett. Velferdstjenester til funksjonshemmede inngår som én av flere velferdstjenester i rapporten. I Sverige er det slik at lisensiering og tilsyn av offentlige og private virksomheter i hovedsak er et statlig/fylkeskommunalt ansvar, men kan delegeres til kommuner, mens oppfølgingen av virksomhetene er et kommunalt ansvar. Lisensiering og tilsyn skal sikre en viss lovfestet/forskriftsregulert tjenestekvalitet og unngå at såkalt useriøse virksomheter ikke engasjeres, mens kommunene har ansvaret for at både offentlige og private leverandører når de kvalitetsmål som er avtalt i kontrakt (eller annet tildelingsdokument) og politiske retningslinjer. Lisensiering kan innebære krav om at virksomheten kan vise til at den har kunnskap og erfaring på det aktuelle tjenesteområdet og at det ikke tidligere har forekommet straffbare forhold. Bare private leverandører er underlagt formell lisensiering (avgjøre hvilke private virksomheter som får levere tjenester til det offentlige), men kommuner må i en del tilfeller, f.eks. når kommunale boliger for funksjonshemmede etableres, melde virksomheten til en tilsynsmyndighet (s. 133).

Det offentlige i Sverige (som i Norge) er ansvarlig for flertallet av velferdstjenestene. Dette ansvaret beholder svenske myndigheter også dersom tjenestene leveres av private, men det er forskjell på typer av leverandører: Når tjenester settes ut på anbud (regulert av LOU) eller inngår i et valgfrihetssystem (regulert av LOV), har det offentlige ansvaret. Når det offentlige kjøper enkeltplasser, f.eks. fra en privat rusinstitusjon, er det rusinstitusjonen som har hovedansvaret, men da med en lisensiering (at den har blitt godkjent på forhånd ut fra noen kriterier) samtidig som det offentlige i siste

³⁷ Det nevnes f.eks. at på barnevernområdet har private virksomheter større tilbøyelighet enn offentlige til å ta imot personer med omfattende problemer fordi de er «på tilbudssiden» som forfatterne skriver, kanskje i motsetning til hva mange ville anta.

instans har ansvaret for at brukerne får de tjenester de har krav på og at de holder en tilfredsstillende kvalitet.

En nærmere gjennomgang av praktiseringen av lisensiering, tilsyn og oppfølging i ulike typer av velferdstjenester viser at ulike praksiser gjelder for ulike tjenester og at praktiseringen kan ha mer pragmatiske grunner enn prinsipielle, f.eks. hvor ressurskrevende en praksis vil være. F.eks. er hjemmetjenester drevet av private ikke underlagt en godkjenningsordning, med den begrunnelse at dette ville bli en veldig omfattende ordning siden hvert brukerhjem i praksis da blir en virksomhet (med én bruker) som skal godkjennes; institusjonstjenester er imidlertid underlagt en godkjenningsordning. Men generelt gjelder det at jo mer utsatte brukerne antas å være, desto strengere er praktiseringen av lisensiering, tilsyn og oppfølging. Etter hva vi forstår, er alle private virksomheter som leverer tjenester til funksjonshemmede (etter LSS), godkjenningspliktige (Hagbjer 2014, s. 131). En viss kvalitetsgaranti ligger også i de godkjenningsordninger som finnes for yrkesutøvere innenfor f.eks. omsorgsyrkene.

Med hensyn til oppfølging skal tilsynsmyndighetene dels foreta inspeksjoner og føre dialog med virksomhetene for å avdekke hvordan virksomheten, offentlige som private, drives, dels ta imot klager fra brukere og ansatte om forhold som ikke er betryggende. Dessuten har yrkesutøvere innenfor omsorgstjenestene, inkluderte tjenester til funksjonshemmede, nå plikt til å rapportere dersom urovekkende forhold avdekkes i tjenesten (gjennom den såkalte lex Sarah). Det finnes imidlertid ingen nasjonale retningslinjer for hvordan kommuners og fylkers oppfølging skal skje (samme sted, s. 12). Dermed kan oppfølgingsomfang og -metoder variere mye. Det råder også en manglende oversikt over den oppfølgingen som foretas og hvordan den foregår. Studier viser for øvrig at mange kommuner følger opp offentlige og private leverandører på forskjellig måte, noe som vanskeliggjør sammenligning mellom de to typer av leverandører (s. 12). Det er fra regjeringens side foreslått at kommuners og fylkes ansvar for kontroll og oppfølging av virksomhet som drives av private, skjerpes fra og med 2015. Forfatteren av rapporten foreslår for øvrig at samme ansvar også bør gjelde for velferdstjenester som kommunene selv leverer og at i den grad kommunene klarer å etablere gode systemer for oppfølging av private virksomheter, bør disse systemene også gjelde for de egne virksomhetene.

Hagbjer rapport tar som nevnt også for seg tjenester til funksjonshemmede (kap. 5). Her behandles spesielt tilbud i boliger til barn/unge og voksne, et tilbud som, etter hva vi forstår, tilsvarende tilbudet til hjemmeboende funksjonshemmede i Norge når disse bor i spesielle boliger, f.eks. bokollektiver.³⁸

Alle botilbud til funksjonshemmede skal være lisensierte/godkjente (se over). Offentlige virksomheter trenger bare en melding til tilsynsmyndigheten, de private

³⁸ I tillegg behandles også brukerassistent (kalt personlig assistent), men denne ordningen inngår ikke i dette kapitlet.

må formeldt godkjennes (Hagbjer 2014, s. 133). Det statlige/fylkeskommunale tilsynet skal undersøke om lover og forskrifter etterleves (som både kan gjelde kvalitet og arbeidsforhold) og om virksomheten fortsatt anses som egnet til å drive virksomhet etter de godkjenningskriterier som ble gitt ved oppstart. Også en rekke andre forhold listes opp, se s. 136/137; disse ligner mye på norske forhold. Dessuten har som tidligere nevnt, ansatte en plikt til å melde om uheldige forhold (lex Sarah) samt at brukere kan fremme klager til tilsynsmyndighetene.

Bosteder for barn og unge har et spesielt vern ved at de skal inspiseres minst to ganger per år, hvorav minst én gang uanmeldt (samme sted, s. 141). Dette fordi det dreier seg om en spesielt svak og utsatt gruppe med brukere som har vanskelig for å gjøre seg hørt. Ifølge forfatteren er det imidlertid ikke foretatt en systematisk kartlegging av hvordan kommunene følger opp sitt ansvar her. I og med at kommuner og fylkeskommuner har stor grad av selvstyre, har de også stor grad av frihet med hensyn til hvordan de vil følge opp. Dette betyr ikke at oppfølging ikke skjer, men at det ikke finnes overgripende informasjon om hvordan dette skjer i praksis. Det har ikke blitt gjennomført noen kartlegging av hvordan kommunenes oppfølging skjer; det er derfor heller ikke mulig å uttale seg om hvilke metoder som i hovedsak benyttes (samme sted, s. 140).

Den kunnskap man så langt har om hvordan kommuner/fylkeskommunene følger opp pleie- og omsorgstjenestene mer generelt, tyder på at det benyttes flere oppfølgingsmetoder og at offentlige og private virksomheter i noen grad følges opp forskjellig (samme sted, s. 132).

Det foreligger også en offentlig utredning med forslag til endringer i kommuneloven (kommunallagen). Endringene skal tydeliggjøre det ansvar kommuner og fylkeskommuner har for oppfølging og kontroll av private utførere som utfører oppdrag på vegne av kommuner. I tillegg foreslås det å styrke befolkningens innsyn i den private driften, spesielt med hensyn til kvalitetsaspektet (SOU 2013: 53).³⁹ Utredningen hevder blant annet at mange kommuner ikke har angitt kvalitetsmål i anbudsspesifikasjonene som er konkrete nok til at de er mulige å følge opp. Et eksempel på et slikt kvalitetsmål kan f.eks. være at «omsorgen skal være av god kvalitet», en målsetning som er altfor generell til at kommunen kan avgjøre om utføreren har oppfylt kvalitetskravene eller ikke - og dermed om kommunen har et juridisk godt nok grunnlag til å si opp kontrakten dersom det skulle være ønskelig. Eller målsettingene kan følges opp, men det kan ikke måles hvor godt de er oppfylt (f.eks. «sykehjemmet skal ha sykepleiere», mens det ikke angitt hvor mange slike det skal finnes og når disse skal være til stede). Det anbefales at kommuner angir kvalitetsmål som er mulige å måle (avgjøre om de er nådd), noe som krever at kvalitet spesifiseres og «brytes ned» til noen særlig viktige

³⁹ Utredningen dekker omsorgs- og sosialtjenester i bred forstand og er ikke spesielt rettet mot de tjenestene som dette kapitlet tar for seg, men disse inngår også. Utredningen foreslår endringer i lovgivningen (i dette tilfellet kommunallagen) som vil ha generell anvendbarhet for en rekke velferdstjenester når kommuner benytter private utførere.

dimensjoner. Det påpekes for øvrig også at mange krav, også kvalitetskrav, følger av lovgivningen på de respektive områdene og at det i så fall blir kommunenes oppgave å følge opp om virksomhetene etterlever lovverket.

Det påpekes videre i denne utredningen at kommuner oftere stiller krav om *hvor-dan* oppgaver skal løses (såkalte prosesskrav som vi har nevnt tidligere) og med hvilke *ressurser* (såkalte strukturkrav) heller enn hvilke *målsettinger* man har med innsatsen, dvs. hvilken kvalitet man ønsker å oppnå (samme sted, s. 114), noe som er uheldig dersom målsettingen med å la private utføre oppgavene er å «finna nya vägar at nå gällande mål för verksamheten. Om man vill uppmuntra sådant nytänkande, bör kraven snarare formuleres i termer av vilka resultat som skal skapas och hur det skal fungera för brukarna än i detaljerade beskrivningar av hur arbetet ska utföras» (samme sted, s. 114). Utredningen påpeker også at mange kommuner ikke følger opp kontrakten og at måten dette skjer på, er svært varierende fra kommune til kommune (samme sted, s. 118). Årsakene kan både være manglende ressurser, generelt tidspress og manglende kompetanse i og erfaring med oppfølgingsmetoder. Studien peker for øvrig på at kravene til oppfølging også bør gjelde virksomheter i kommunal regi og i hovedsak etter samme metoder som de følger opp private virksomheter, f.eks. i form av uanmeldte besøk (samme sted, s. 128); dette ikke bare for å skape konkurransenøytralitet mellom offentlige og private leverandører, men også fordi befolkningen har rett til å forutsette at samme krav stilles til alle virksomheter uavhengig av driftsform.

Sveriges Kommuner och Landsting (tilsvarende KS i Norge) har laget ulike verktøy som skal hjelpe kommuner med å angi oppfølgbare kvalitetskrav til virksomheter som utfører oppdrag på vegne av kommunene. Generelt anbefales det å angi både strukturkrav, prosesskrav og objektive og subjektive resultatkrav (jf. det som skrives tidligere i kapitlet). Det gis eksempler på hvilke helt konkrete kvalitetskrav som kan/bør stilles for de tre typene mål, f.eks. innenfor eldreomsorg, som er et tjenesteområde der relativt mange kommuner benytter seg av private leverandører, men generelt er det opp til kommunene selv å stille de krav de mener er viktigst. Det anbefales sterkt at det stilles krav som det er mulig å følge opp (avgjøre om de er oppfylt), hvilket i praksis ofte vil si at de er målbare/undersøkbare – til forskjell fra krav som f.eks. bare peker på gode hensikter («best mulig omsorg»). Dermed må kommunene selv definere hva de mener er god omsorg innenfor den enkelte tjeneste, hvilke forhold som er spesielt viktige å følge opp, noe som igjen innebærer at kommunen må foreta en prioritering av forhold. Men for å gjøre det, må hver enkelt kommune kjenne tjenestene godt, i betydning av å vite mye om hva som er viktig for å gi god kvalitet – noe som ikke alltid er tilfellet.

Det gis også eksempler på hvilke metoder som kan benyttes for å følge opp virksomhetene. Det kan f.eks. dreie seg om anmeldte og uanmeldte besøk i virksomhetene, intervjuer med ledelse og personal (enkeltvis eller gruppevis), gransking av dokumentasjon (både angående brukere og ansatte), gransking av arbeidsrutiner, lokaler og arbeidsredskaper, intervjuer med brukere og pårørende. Det kan også dreie seg om å

følge opp eventuelle klager fra brukere og pårørende. Mange typer av informasjon og metoder kan tas i bruk som samlet sett vil gi et rimelig godt inntrykk av kvaliteten. Men som vi har sett, er det vanskelig å skaffe en oversikt over dette og det varierer også i hvilken grad kommuner faktisk gjennomfører de oppfølgingsplanene de har.

6 Erfaringer fra Danmark

Ved kommunereformen i 2007 overtok danske kommuner det overordnede ansvaret for levering og finansiering av de tjenestene som inntil da hadde vært fylkenes ansvar (det såkalte spesialiserte socialområde).⁴⁰ Kommunene overtok da også ansvaret for tjeneste- og botilbud til voksne med nedsatt funksjonsevne og personer med psykiske lidelser. Botilbud inneholder i tillegg til bolig, f.eks. i form av bokollektiv, også ulike tjenester som den enkelte måtte trenge, som utdanning og aktivisering. Den enkelte kommunene behøver imidlertid ikke å levere tjenestene selv, men kan kjøpe tjenester av andre, f.eks. andre kommuner eller private (ideelle og kommersielle). I Danmark blir botilbudsplasser kjøpt og solgt i stort omfang, i første rekke mellom kommuner,⁴¹ men også i noen grad mellom kommuner og regioner⁴² og mellom kommuner og private (som det først ble anledning til fra og med 2010). Kjøp og salg av botilbud til de to nevnte gruppene skiller seg ifølge forskere fra andre kommunale tjenesteområder som skole, eldreomsorg og barnehage, der den enkelte kommunene i større grad leverer tjenestene selv (Dalsgaard m.fl. 2012a:1).

I 2011 utgjorde kjøp fra private 13 prosent av botilbudsplassene mens vel 70 prosent ble drevet av kommuner, enten den egne kommunen eller en annen kommune.⁴³ En del plasser, fortrinnsvis de mer spesialiserte, drives av regionene (Dalsgaard & Dørken 2012:4). I 2012 var andelen kjøp noe redusert, primært ved at kommunene i mindre grad kjøpte plasser i andre kommuner, mens de ikke har redusert kjøpene fra private. Av en annen undersøkelse fra de samme forskerne fremgår det at kommunene mener at styringsmulighetene er bedre ved bruk av egne tilbud. Hele 91 prosent av kommunene uttrykte i denne undersøkelsen at de var helt eller delvis enige i dette (Dalsgaard m.fl. 2012b:24). Ifølge én av forskerne bak rapport var begrunnelsen fra flere av kommunene at de på den måten ville kunne tilby botilbud nærest mulig brukerens eget nærmiljø, men også for å kunne styre utgifter og servicenivå.⁴⁴ Men reduksjonen i tilbud har altså

⁴⁰ Som vel tilsvarer spesialisthelsetjenesten i Norge.

⁴¹ De fleste kommuner både kjøper og selger plasser seg imellom.

⁴² Som erstattet fylkene ved kommunereformen.

⁴³ De fleste private besto i selveiende fond/stiftelser.

⁴⁴ Uttalt av forskeren i forbindelse med utgivelse av en rapport i 2014 (Dalsgaard 2014): <http://www.kora.dk/nyt-og-presse/nyheder/2014/kommuner-handler-mindre-med-botilbud/>

skjedd i omfanget av kjøp fra andre kommuner, ikke fra private. Kvaliteten i botilbudet er så langt ikke kartlagt i disse studiene, men det opplyses at kommunene fører tilsyn med de private botilbudene. Forskerne er for øvrig av den oppfatning at til tross for at botilbud og annen støtte til personer med nedsatt funksjonsevne og psykiske lidelser er det velferdsområdet som har vokst mest det siste tiåret (med 40 prosent), er det lite systematisk og sammenlignbar kunnskap om det tilbudet og de aktiviteter som ligger bak denne veksten (Dørken & Dalsgaard 2013:7). Det gjelder både de tilbudene kommunene, regionene og de private leverer. Også annen dansk forskning påpeker at det er lite kunnskap om erfaringer med samarbeid mellom kommuner og private (Petersen m.fl. 2013).

7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert foreliggende forskningsbasert dokumentasjon om kommuners kjøp av velferdstjenester fra private med særlig vekt på hvilke systemer kommunene har etablert for å følge opp tjenestekvaliteten fra de private leverandørene, samt hvilke kvalitetsindikatorer som legges til grunn ved slike kjøp. Vi ser spesielt på tjenester til brukere under 67 år med nedsatt funksjonsevne (fysisk funksjonshemming eller utviklingshemming), rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Vi tar ikke for oss kjøp av tjenester fra spesialisthelsetjenesten; institusjonstjenester inngår dermed ikke.

Det viser seg at det i liten grad finnes norske studier som dokumenterer kommuners kjøp av tjenester til de tre nevnte gruppene. De studiene som foreligger, skiller dels ikke mellom kjøp fra private og kjøp fra f.eks. andre kommuner, eller de skiller ikke mellom kjøp fra kommersielle og ideelle virksomheter. Studiene tar dessuten i liten grad opp kvalitetsaspektet ved slike kjøp. Gjennomgangen av studiene tyder imidlertid på at slike kjøp foregår i begrenset grad, at det er noen kommuner som har erfaringer med slike kjøp. Og i den grad de foregår, er de altså i liten grad forskningsmessig belyst. Det synes også å være slik at det i først rekke er institusjonstjenester kommuner kjøper av private; det kan f.eks. gjelder plasser i rusinstitusjoner drevet av både ideelle og kommersielle virksomheter. Når det gjelder mer lavterskelpregede tjenester som f.eks. boligsosiale tjenester, er det i hovedsak ideelle organisasjoner som står for driften av disse dersom de drives av private.

At det finnes få studier som dokumenterer om og hvordan kommuner sikrer kvaliteten på de kjøpte private tjenestene, er ikke nødvendigvis uttrykk for at kvaliteten ikke følges opp, men at dette i liten grad er kartlagt. Gjennom samtaler med noen ideelle aktører som leverer tjenester til flere kommuner på vegne av noen av de tre brukergruppene, formidles det inntrykk at oppfølgingen av kvaliteten varierer fra kommune til kommune; noen kommuner har etablert et mer profesjonelt og veldokumentert oppfølgingssystem enn andre. Dette kan dels ha å gjøre med at noen kommuner har større kapasitet og kompetanse til å foreta slik oppfølging enn andre, men også at viktigheten av slik oppfølging vektlegges forskjellig fra kommune til kommune. Norske kommuner har generelt stor frihet i hvordan de utformer sin tjenesteproduksjon så lenge de følger nasjonale lover og forskrifter på det enkelte tjenesteområde. De kan også velge temmelig fritt hvordan de velger å følge opp tjenestene; det gjelder også selv om nasjonale myndigheter eller organisasjoner skulle gi anbefalinger om hvordan dette kunne skje på best mulig måte. Erfaringer fra Sverige, som kjøper tjenester fra

private i et større omfang enn i Norge, peker i samme retning. Også her er kunnskapen om hvordan kommuner går frem i praksis, svært begrenset fordi dette i liten grad er forskningsmessig belyst.

For at man skulle få økt kunnskap om hvordan kommuner som kjøper tjenester fra private griper dette an i praksis, ville det vært nyttig med en mer «spisset» kartlegging av omfanget av slike kjøp og måten kommunene håndterer disse kjøpene på enn de studiene som foreligger i dag. I tillegg ville casestudier i et utvalg kommuner, fortrinnsvis større kommuner siden det nok er slike som i størst grad kjøper tjenester til de tre brukergruppene, kunnet supplere informasjonen fra en bredere kartlegging ved at man kan gå mer i dybden på utvalgte temaer som vanskelig lar seg belyse i en bred kartlegging. Her ville intervjuer med både kommuner, private leverandører (både kommersielle og ideelle), brukere/brukerrepresentanter og representanter for ansatte (i både kommunale og private virksomheter) kunne gi nyttig informasjon.

Referanser

- Bakken, T. L. m.fl. (2014). Personer med utviklingshemming, autisme, psykiske lidelser og atferdsvansker: På anbud i 2013. *Fontene*, nr. 1/2014, s. 48–54.
- Barstad, B. (2013). Et godt liv kan måles. *Fontene*, nr. 1/13, s. 54–58.
- Blåka, S., Tjerbo, T. & Zeiner, H. (2012). *Kommunal organisering*. NIBR-rapport 2012:21. <http://www.nibr.no/filer/2012-21.pdf>
- Bogen, H. (2011). *Privat drift av omsorgstjenester. Gjennomgang av nyere forskning*. Fafo-notat 2011:22.
- Dagbladet* (2009). Utviklingshemmede Aurora (19) lagt ut på anbud (01.09.09).
- Dalsgaard, C. T. (2014). *Botilbud – stadig en handelsvare? Kommunernes køb og salg af botilbudsplasser 2010-2012*. København: KORA. http://www.kora.dk/media/2856339/10663_botilbud_stadig_en_handelsvare.pdf
- Dalsgaard, C. T. m.fl. (2012a). *Markedanalyse – botilbudsområdet*. Aarhus: KREVI.
- Dalsgaard, C. T. m.fl. (2012b). *Herre i eget hus? Udviklingen i kommunale botilbud til handicappede og sindslidende 2008-2014*. København: KORA. http://www.kora.dk/media/1225812/Herre-i-eget-hus_inkl-bilag_060613.pdf
- Dalsgaard, C. T. & Dørken, R. (2012). *Den regionale vinkel på botilbudsområdet*. København: KORA. http://www.kora.dk/media/272296/kora_den_regionale_vinkel_pa_botilbudsområdet.pdf
- Dyrstad, K. & Ose, S. O. (2014). *Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlige rustilskudd i den kommunale rammen*. Sintef. http://www.sintef.no/upload/Teknologi_og_samfunn/Helse/A26099%20Kommunalt%20rusarbeid_rapport.pdf
- Dørken, R. & Dalsgaard, C. T. (2013). *Sammenhenge på botilbudsområdet*. København: KORA. http://www.kora.dk/media/272294/kora-rapport_sammenhaenge_pa_botilbudsområdet_0.pdf
- Fontene* (2014). Flere hoder på anbudstorget. Nr. 3/2014, s. 12–13.
- Fontene* (2013). Trives i sin nisje. Nr. 10/13, s. 24–27.

- Hagbjer, E. (2014). *Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning*. Stockholm: SNS. <http://www.sns.se/forlag/valfardstjanster-tillstand-tillsyn-och-uppfoljning>
- Hansen, I. L. S., Grødem, A. S. & Bakkeli, V. (2013). *Boligsosiale utfordringer og sosial innovasjon*. Fafo-rapport 2013:49. Oslo: Fafo.
- Hatlebakk, I. M. (2014). Rusbehandling – mye i privat regi. *Samfunnsspeilet*, 2/2014. SSB. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/rusbehandling-mye-i-privat-regi>
- Kunnskapssenteret (2014). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. PasOpp-rapport nr. 6/2014.
- Ose, S. O., Slettebak, R. (2014). *Kommunale tiltak i psykiske helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyse av kommunal variasjon*. Rapport A25834. Trondheim: Sintef. <http://www.sintef.no/upload/Helse/Arbeid%20og%20helse/Rapport%20A25834.pdf>
- Oslo kommune. Velferdsetaten (2013). *Veileder for kontraktsoppfølging av tjenestekjøp i EST-sektoren*. <http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Velferdsetaten%20%28VEL%29/Internett%20%28VEL%29/Dokumenter/Veileder%20for%20kontraktsoppf%C3%B8lging%20av%20tjenestekj%C3%B8p%20i%20EST-sektoren%20juli%202013.pdf>
- Oslo kommune/Kommunerevisjonen (2012). *Anskaffelse, kontroll og oppfølging av tjenester til utviklingshemmede*. Rapport 05/2012.
- Petersen, O. P. m.fl. (2013). *Udvikling af offentlig-privat samspil (OPS) på det specialiserede socialområde*. København: KORA.
- Rambøll (2013). *Rapportering på kommunalt rusarbeid 2012*. (Rapport utarbeidet for Helse direktoratet.) http://www.ramboll.no/~/_/media/files/rno/publikasjoner/endelig%20rapport%20is-8%202012.ashx
- Riksrevisjonen (2013). Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget. Dokument 3:1 (2013-2014)
- SOU 2013: 53 *Privata utförare – kontroll och insyn*.
- St.meld. nr. 45 (2012-2013). *Frihet og likeverd*
- Szebehely, M. (2011). Insatser för äldre och funtionshindrade i privat regi, kap. 7 i L. Hartman (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad hender med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Wiklund, S. (2011). Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster, kap. 4 i L. Hartman (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad hender med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.

Kommuners kjøp av private tjenester – eksempler fra barnevern og andre velferdsområder

Denne rapporten består av to deler. Det ene bidraget setter søkelyset på kommuners kjøp av hjelpetiltak i barnevernet, det andre belyser hvordan kommuner kvalitetssikrer kjøp av velferdstjenester. «Kommunenes kjøp av private barneverntjenester» er basert på tre case. Spørsmålene som stilles, er hvorfor private tjenester benyttes, hva de benyttes til, rutiner rundt oppfølging og konsekvenser av bruk av private tjenester for den kommunale barneverntjenesten. «Kommuners kjøp av velferdstjenester – hvordan følges kvaliteten opp?» tar for seg kommunale tjenester rettet mot brukere under 67 år med nedsatt funksjonsevne, rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Hensikten har vært å kartlegge de systemene kommunene har etablert for å følge opp tjenestekvaliteten når de kjøper slike tjenester, samt å se på hvilke indikatorer for kvalitet som legges til grunn.



Fafo

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

Fafo-rapport 2014:40
ISBN 978-82-324-0145-1
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20387