

Kommersielle aktører innen kommunal eldreomsorg – en kartlegging

Sluttrapport fra en pilotstudie



Erlend Steine Lie, forfatter
Karen Christensen, prosjektleder



Kommersielle aktører innen kommunal eldreomsorg -en kartlegging

Sluttrapport fra en pilotstudie

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 4/2013

Erlend Steine Lie, forfatter
Karen Christensen, prosjektleder

Kommersielle aktører innen kommunal eldreomsorg –en kartlegging

Sluttrapport fra en pilotstudie

Senter for omsorgsforskning, Vest
Høgskolen i Bergen

2013

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.4/2013

Tittel: Kommersielle aktører innen kommunal
eldreomsorg – en kartlegging. Sluttrapport fra en
pilotstudie.

Forfatter: Erlend Steine Lie, Cand. polit., Sosiologisk
institutt, Universitetet i Bergen

Prosjektleder: Karen Christensen, professor, Sosiologisk
institutt, Universitetet i Bergen

Rapporten er kvalitetssikret av: Frode F. Jacobsen,
professor og forskningsleder, Senter for
omsorgsforskning Vest

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN: 978-82-93269-33-5

ISSN: 1894-4213 (trykt utgave)

ISSN: 1892-705X (elektronisk)

Rapportserien finnes digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Denne rapporten er skrevet på initiativ fra Senter for omsorgsforskning - Vest. Den utgjør en sluttrapport fra et pilotprosjekt som dreiet seg om å kartlegge private kommersielle aktører innen kommunal eldreomsorg. Prosjektarbeidet ble utført i årsskiftet 2009/10 og sluttrapporten forelå våren 2010. I forkant av denne etterfølgende publisering, ble det lagt til noen oppdateringer gjeldende pr 1. desember 2011. Oppdateringene ble hentet inn via telefonsamtaler med sentrale aktører på feltet.

Rapporten fokuserer på tre typer av tjenester: sykehjemstjenester, hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleietjenester. Disse tjenestene har i løpet av de åtte siste årene, det vil si siden 2003, i stigende grad fått innslag av private markedsaktører, selv om tjenestene hører inn under et kommunalt ansvar.

I prosjektet ble det fokusert på Bergen kommune. Her ble det kartlagt hvilke leverandører som hadde kontraktbaserte avtaler med kommunen. Det ble også undersøkt hvilke kriterier som lå til grunn for kontraktsinngåelse og kontraktens varighet, oppfølging fra kommunen og de forskjellige aktørers erfaringer med dette. Prosjektet inkluderte også aktørenes egne erfaringer som oppdragsgivere og som leverandører innen en kommunal tjenesteproduksjon, men med flere aktører på banen som konkurrenter i forhold til 1) avtaleforhold med kommunen og 2) brukernes preferanser under et Fritt Brukervalg

(mellom offentlige og private tjenester).

Metodisk ble prosjektet gjennomført ved hjelp av uformelle intervjuer med aktører fra kommunen og de private byråene, observasjon på et privat drevet sykehjem samt summariske dokumentstudier av en rekke offentlige dokumenter.

Prosjektet viser at bruken av underleverandører for kommunale tjenester gir grobunn for en rekke spørsmål for videre forskning. Disse spørsmålene knytter seg både til brukervalget og til avtaleforholdene mellom kommunen og leverandørene.

Når det gjelder brukervalget er det grunnlag for å problematisere både brukernes beslutningsgrunnlag, respekten for de enkelte ansatte som arbeidstakere og markedsføringen av de private tjenestene. Kritiske spørsmål vil for eksempel være: Hvor mye medvirkning åpner det frie brukervalg i praksis for? Er det mulig at brukervalget åpner for diskriminering av ansatte fordi noen (med uønsket bakgrunn) velges fra? Og fører brukervalget til utviklingen av en mer aggressiv markedsføring av kommunale tjenester i privat regi?

Når det gjelder forholdet mellom kommunen og de nye leverandørene viser studien at hverken kommunen eller de private aktørene selv gir uttrykk for at det finnes noen problemer med at begge opererer i samme felt. Likevel finnes det indikasjoner på at for eksempel krevende brukergrupper oftest blir igjen hos den kommunale leverandøren og ikke sendes videre til private tjenesteleverandører. Studien viser også at de nye leverandørene ikke alltid har erfaring med omsorgsarbeid ved kontraktsinngåelse. Således er noen av de private firmaer, som får kontrakt med kommunen, noen ganger eid av større investorselskap. Det betyr at de – i motsetning til små private leverandører – i anbudsprosessen kan trekke inn for eksempel kvalitetssystemer for sine tjenester og med dette fremstå som mer attraktive for kommunen ved en umiddelbar betraktning. Det kan på bakgrunn av dette være fruktbart med mer empirisk basert kunnskap dels om implikasjoner av hele prosessen knyttet til å inkludere nye private hjemme- og institusjonstjenester som det

offentliges tjeneste-leverandører og dels om forholdet mellom de private og offentlige tjenestene under denne forandringen i sektoren.

FORORD

Takk til alle informanter som ga av sin tid for å snakke om deres erfaringer og arbeidssituasjon i samarbeidet mellom kommunen og private leverandører for sykehjem, hjemmehjelps- og hjemmesykepleie.

Takk til Sosiologisk institutt og Senter for omsorgsforskning Vest for lån av kontorplasser som gjorde denne studien mulig.

Takk til Frode Fadnes Jacobsen, Tone Elin Mekki og Astrid Drange Hole ved Senter for omsorgsforskning Vest for gode innspill underveis i prosjektet.

En spesiell takk til Karen Christensen for å ha introdusert meg til feltet og for solid faglig støtte under hele prosessen.

Erlend Steine Lie

INNHOOLD

SAMMENDRAG V

FORORD IX

1 INNLEDNING 1

2 KOMMERSIELL DRIFT 3

2.1 Kommunen som oppdragsgiver –
Foretakene som leverandører 3

2.2 Kommunens bestiller-utfører organisering.
En forhandlingsrelasjon 4

3 METODE 9

3.1 Data og tilgang 9

3.2 Design 11

3.3 Etikk 12

4 DE FORSKJELLIGE AKTØRENE 13

4.1 De kommersielle sykehjemmene i
Bergen 14

4.2 Aktører innen hjemmehjelpstjenesten 18

4.3 Hjemmesykepleie og den nylige
innføringen av Fritt Brukervalg 24

5 ANALYSEMOMENTER 27

5.1 Fritt Brukervalg: Begrensninger og bruker-
orienteringer 27

5.2	Avtaleforhold mellom de private og Bergen kommune	31
5.3	Sykefravær	36
6	NOEN OPPSUMMERENDE PUNKTER	39
LITTERATUR		41
VEDLEGG 1		43
	Spørsmål for samtale med de private hjemmehjelpsaktørene	43
	Spørsmål for samtaler med kommunens administrative medarbeidere	44

1 INNLEDNING

Målsetningen med prosjektet har vært å kartlegge private kommersielle aktører innen kommunal eldreomsorg. Kommunal omsorg er offentlig styrt gjennom lover, regler og retningslinjer samt gjennom budsjettoverføringer og finansiering. Det er den enkelte kommunen som har ansvar for at kommunens eldre skal bli tilbudt pleie- og omsorgstjenester i henhold til lovverket og rammebetingelsene fra myndighetene. Denne kartleggingen har tatt for seg tjenester i Bergen kommune.

I kartleggingen har jeg valgt å se på tre typer av tjenester: sykehjemstjenester, hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleietjenester. I løpet av de åtte siste årene har disse tjenestene i stigende grad fått innslag av kommersielle aktører. Disse aktørene har deltatt i en konkurranse i regi av Bergen Kommune. I 2003 startet Aleris kommersiell drift av sykehjem på Skjold og året etter på Søreide. I 2005 ble hjemmehjelpstjenesten konkurranseutsatt og kommunens egne hjemmehjelpere ble ført inn i et eget selskap (KF: Kommunalt Foretak). I 2009, fikk også to byråer kontrakter for å drive hjemmesykepleie på oppdrag for kommunen. De kommersielle aktørene har dermed blitt flere det siste tiåret, nå med hjemmesykepleien som den ferskeste tjenesten på anbud. De private foretakene danner kontrakter for fire til fem år (avhengig av hvilken tjeneste det dreier seg om) og finansieres av norske kommuner. Til nå har det

ikke vært gjennomført en systematisk kartlegging av disse aktørene. Dette prosjektet har hatt som formål å starte et slikt arbeid.

I kartleggingen har jeg funnet frem til hva som finnes av konkurranseutsatte tjenestetilbud for eldre. I Bergen dreier dette seg om et lite utvalg og med en liten andel brukere. Det samme gjelder i resten av Norge. Jeg har undersøkt hvilke kontrakter som har blitt inngått med kommunen, herunder varighet av kontraktene og kravspesifikasjonen til aktørene. Jeg har dessuten hatt uformelle samtaler med ledere fra kommunen og noen av byråenes representanter. Fokus i samtalen har vært aktørenes erfaringer knyttet til det å være kommersiell aktør under en kommunal avtale blant annet knyttet til avtaleinngåelse og kommunal driftsoppfølging. Jeg har forsøkt å belyse aktørenes egne erfaringer med å fungere som kommersiell aktør og som en av flere aktører på et marked for flere aktører. Sentrale spørsmål har blant annet vært hvordan kommersielle virksomheter driver sine tjenester under offentlige retningslinjer og under offentlig finansiering, og hvilken innflytelse det frie brukervalg mellom kommunale og private aktører reelt gir borgerne.

2 KOMMERSIELL DRIFT

2.1 KOMMUNEN SOM OPPDRAGSGIVER – FORETAKENE SOM LEVERANDØRER

Det offentlige har et lovpålagt ansvar for eldreomsorgstjenestene. Kommunen åpner for konkurranse ved at private aktører konkurrerer om retten til å produsere tjenesten på vegne av kommunen. Om kommunen godkjenner en privat aktør vil denne (oppdragstaker) få en eksklusiv, men tidsbegrenset rett til å produsere den aktuelle varen eller tjenesten for oppdragsgiver (Nesheim og Vathne 2000). Felles for avgjørelser om konkurranseutsetting har vært ønsket om effektivisering av tjenestene. Formålet er å oppnå en kostnadsreduksjon uten at kvaliteten reduseres. Slik sett kan dette avspeile en pragmatisk grunnholdning når det gjelder driftsansvaret for de kommunale tjenestene: ansvaret bør overlates til de enhetene som kan drive mest kostnadseffektivt, enten dette er en intern enhet eller privat bedrift (ibid.).

I de senere årene har en sett at en rekke reformer har blitt gjennomført i vestlige land og i Norge. Disse

har fått samlebetegnelsen «New Public Management» (NPM), og reformene har inkludert intensjonene om effektivitet og kostnadsreduksjon (Christensen 2005, Stamsø 2009). Denne kom på 1980-tallet og begynte å prege omsorgsfeltet på 1990-tallet. Modellen henter inspirasjon fra markedsøkonomien og har hatt innflytelse på omsorgsfeltet. For eksempel har dette gitt seg utslag i den stadig større vekten på dokumentasjon, kvalitetskontroll, konkurranse og brukerkontroll (Christensen 2005). I Norge anses NPM-reformer kun i noen grad å være innført i offentlig sektor. Likevel ser en at bærende elementer innen NPM, som konkurranseutsetting og dermed muligheten for å eksterialisere tjenester (ved bruk av underleverandører) er noe mange politikere og eksperter ønsker å innføre. En bakenforliggende antakelse synes å være at private ordninger er mer effektive enn offentlige; av betydning synes også å være et krav om økt produktivitet i kombinasjon med en begrenset ressurstilgang (Andersen 2008). Politisk ser en gjerne forskjeller på kommuner som har høyreordførere og de som har AP-ordførere. I høyrekommuner har det vært en mer markert utvikling i retning av konkurranseutsetting (Nesheim og Vathne 2000;15). I Bergen begynte imidlertid opprettelsen av forvaltningstjenesten alt i 2002-2003. Det betyr at selv om aktørene kom inn i sektoren under et borgerlig byråd, var en alt i gang med å tilrettelegge for dette under et byråd med Strøm-Erichsen fra Arbeiderpartiet som byrådsleder. Med andre ord viser den politiske høyre-venstre side ikke nødvendigvis konsistens på dette området, og dette gjelder også for Bergen.

2.2 KOMMUNENS BESTILLER- UTFØRER ORGANISERING. EN FORHANDLINGSRELASJON

Med økende samfunnsmessig vekt på rettsikkerhet, «ideologi» om brukermedvirkning og en statlig

kvalitetsforskrift fra 1997, har den tradisjonelle kommunale organiseringen av omsorgssektoren vært under ytre press (Nesheim og Vathne 2000). Bestiller-utfører organiseringen har vært sett på som et svar på denne situasjonen, idet man gjennom denne organiseringen etablerer «en viss forhandlingsrelasjon» og «en viss uavhengighet» mellom forvaltningsenhet og driftsenhet. For Nygård (2000, referert i Nesheim og Vathne 2000), var den gamle modellen problematisk, da forvaltnings- og driftsansvaret var lagt til samme linjeledelse i den kommunale organisasjonen. Tildelingen av hjelp, selve utførelsen av tjenesten og klagebehandlingen var plassert på samme nivå. Dette ansås for å kunne føre til uklare bestillinger, fravær av reell kontroll og utydelig politisk ansvar. På den andre siden har flere argumentert for at den nye organiseringen med bestiller-utførermodellen fører med seg en problematisk avstand mellom vurderingen av hjelpebehovet og utførelsen av hjelpen (Vabø 2003 og Christensen 2005).

For Nesheim og Vathne (2000; 75) er Nygårds argumenter om separering av bestiller og utfører gyldige uavhengig av at konkurranseutsetting er satt på dagsordenen. Det vil si at om en ikke setter ut tjenesten på anbud, vil modellen likevel føre til en annen type styring og kontroll blant kommunens enheter. Bestiller-utførerorganiseringen har da som formål å få til en bedre organisering av de kommunale enhetene samt en bedre styring med kommunens egen tjenesteproduksjon. På denne måten kan en rendyrke rollen som etterspørter og tilbyder og innføre avtaler om «leveranser» av tjenester, uten at det er konkurranse blant tilbyderne og uten at private bedrifter er aktuelle som leverandører. Formålet er altså en bedre organisering av de private enhetene og en bedre styring med kommunens tjenesteproduksjon. For Nesheim og Vathne (2000) er det et poeng at bestillerrollen og plasseringen av ansvaret er delt mellom to nivåer i organisasjonen: det sentrale nivået hos rådmann eller bydelsadministrasjon, og det andre nivået knyttet til servicekontor og tilsvarende enheter.

For dem er det også et hovedpoeng at det ikke finnes én bestiller-utførermodell som gir én standardløsning for kommunene.

I Bergen ble det kommunale foretaket «Bergen hjemmetjenester kommunalt foretak» (KF), opprettet nettopp på bakgrunn av ideen om en bestiller-utførermodell. Med henblikk på å skape et skille mellom bestiller og utfører av hjemmehjelpstjenestene er foretaket organisert utenfor kommunens pleie- og omsorgsavdeling med samme struktur som et aksjeselskap. Skillet mellom bestiller og utfører av hjemmehjelpstjenestene markeres ved at kommunen, gjennom forvaltningsenheter i bydelene, avgjør alt med hensyn til tidsbruk og oppgavetildeling av hjemmehjelpstjenestene. Utførerne har dermed ikke noen beslutningsmulighet og i svært liten grad påvirkningsmuligheter når det gjelder disse avgjørelsene. Brukerne må selv, eventuelt sammen med familie, søke kommunens forvaltningsenheter hvis de ønsker å motta flere hjemmehjelpstjenester eller få forlenget tiden for hjelp (Andersen, 2008).

Forvaltningstjenestene ble opprettet i 2002–2003, en god stund før konkurranseutsettingen av hjemmehjelpstjenestene ble vedtatt innført i kommunens bydeler. Dette var et ledd i innføringen av en bestiller-utførermodell innen hjemmetjenestene og førte til flere organisatoriske endringer innen hjemmetjenestene: Andersen (2008) peker her på at hjemmetjenestene før var organisert sammen under en felles ledelse og bestod av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. For den sistnevnte var det de siste årene også et ytterligere skille mellom det man kalte «praktisk bistand husholdning» og det man kalte «praktisk bistand person». Praktisk bistand var derfor både hjelp til husholdningsoppgaver, men også personlige oppgaver, og dette var på grunn av at kommunenes hjemmehjelpere var organisert sammen under kommunens avdeling for pleie og omsorg. I 2005 ble det som kalles «praktisk bistand husholdning» skilt ut som et eget foretak og skulle fra nå av kun ta seg av praktiske husholdningsoppgaver. De personlige

oppgavene ble overlatt til hjemmesykepleien som fortsatt var organisert under kommunens pleie- og omsorgsavdeling. Utskillelsen ble gjort utfra en forventning om et mulig innsparingspotensial (ibid).

Forvaltningsenhetene ble underlagt den enkelte bydels pleie- og omsorgssjef. Disse forvaltningstjenestene fungerer nå som kommunens bestillerorgan. Intensjonen med denne formen for bestiller- utførerorganisering er å effektivisere saksbehandlingen innen hjemmetjenestene og utviske forskjeller i utmålt hjelp mellom gruppene. Forvaltningsenhetene har derfor budsjettansvar og ansvar for å saksbehandle, vedta og bestille hjemmetjenester for både hjemmesykepleie, (praktisk bistand person) og «praktisk bistand husholdning». Forvaltningsenhetene sender ut bestillinger på «praktisk bistand husholdning» til foretaket eller til en privat tilbyder av hjemmehjelpstjenester, avhengig av hva den enkelte bruker bestiller. Brukerne kan med Fritt Brukervalg velge mellom ulike leverandører av en kommunalt tildelt tjeneste. De velger mellom et antall private leverandører kommunen har avtale med (Andersen, 2008).

Bestilleren (forvaltningstjenestene) definerer innholdet av tjenestene og skal sikre deres kvalitet. Forvaltningstjenesten er ansvarlig for oppfølging og kontroll av utfører. Innen pleie- og omsorgssektoren er en stor del av bestillerrollen knyttet til enkeltvedtak om sykehjems plasser og hjemmehjelp. Nesheim og Vathne (2000) skiller dermed mellom nivåene a) den enkelte kontrakt / driftsopplag (eksempelvis drift av sykehjem) og b) enkeltvedtak og oppfølging av disse. Mens utføreren er ansvarlig for tjenesteproduksjonen, finner kontroll og oppfølging sted i et avtaleforhold mellom bestiller og utfører, uansett om det er en privat bedrift eller en intern utførerenhet. Slik sikrer modellen at interne leverandører blir fulgt opp på samme måte som eksterne (ibid.).

Det blir stilt store krav til kompetanse knyttet til bestillerrollen. Slik kompetanse kan både knyttes til de enkelte stillingene i bestillerenheten eller kjøpes

inn utenfra. For Nesheim og Vathne (2000) er det imidlertid viktig å være bevisst på hvordan en bygger opp egenkompetanse for bestilling av disse tjenestene. Virkemidlene bestillerne har til rådighet er a) et konkurransegrunnlag, og/eller b) kontrakten med den valgte leverandør.

3 METODE

3.1 DATA OG TILGANG

Det empiriske materiale for rapporten er basert på det følgende. Jeg har hatt seks samtaler, tre med aktører fra kommunen og tre fra de private byråene. I kommunen var jeg i kontakt med to personer fra administrasjonen og én person fra KF hjemmetjenester. Blant de private var jeg i kontakt med aktører fra Aleris og CityMaid. I tillegg var jeg på besøk hos et Alerissykehjem under formiddagsskiftet for å få et supplement med observasjonsdata fra en privat institusjon. Jeg har også utført summariske dokumentstudier av en rekke offentlige dokumenter som mine kontakter henviste meg til. I 2011 ble noen reviderte opplysninger lagt til. Disse handlet om å få en fullstendig oversikt over leverandørene som har vært inne – ikke minst i tidsrommet etter prosjektperioden i årsskiftet 09/10 hvor data ble samlet inn. De supplerende data ble hentet inn via telefonsamtaler med sentrale aktører.

Tilgang til feltet fikk jeg dels gjennom kontakter som prosjektleder Karen Christensen ved Institutt for sosiologi, Universitetet i Bergen, hadde i kommunen og dels gjennom å ringe private aktører

selv. Da tidspunktet var rett før jul, var det to hjemmehjelpsbyråer som ikke sa seg villig til å delta på grunn av økt arbeidspress frem mot jul. Fra hennes kontaktnett fikk jeg tidlig i forløpet kontakt med en sentral administrativ aktør fra den kommunale hjemmehjelpstjenesten. Denne informanten formidlet sine erfaringer med Fritt Brukervalg til meg, og jeg fikk et nærmere innblikk i praktiske detaljer rundt Fritt Brukervalg. Av prosjektlederen fikk jeg også navnet på en annen administrativ kontakt i kommunen. Telefonkontakt med denne kontakten ble viktig for det videre forløpet med kartleggingen. Vedkommende ble en portåpner for kontakt til flere personer i kommunen som kunne formidle kunnskaper om kommunens erfaringer med private leverandører og hele tildelingsprosessen og erfaringene med kontrakter mellom kommunen og leverandørene.

Jeg spurte alle informanter om dokumenter; For private handlet det om årsrapporter, kvalitetssystemer og lignende, for de kommunale handlet det om kontrakter, anbudsdokumenter m.m. Men det viste seg å være vanskelig å få samlet inn informasjon om kvalitetssystemer og anbudsdokumenter i praksis. Ofte ble jeg fortalt at de skulle sjekke opp i dette, men uten at dette resulterte i noe mer. Dette kan handle om tidspress, men en av informantene var også skeptisk, fordi opplysninger om kvalitetssystemer - som var av interesse for prosjektet - ble oppfattet som et ikke-offentlig materiale og kunne svekke bedriftens senere konkurranseposisjon om det nådde ut til uvedkommende. De konkrete tilbudene var imidlertid heller ikke umiddelbart tilgjengelig. De var ikke digitalisert og det var usikkert om de var tilgjengelig for offentlig innsyn. Imidlertid fikk jeg data fra kommunalt hold i form av dokumenter som var offentlig tilgjengelig: Herunder konkurransegrunnlagene for de tre tjenestene, med vedlegg. Kontrakter, tjenestebeskrivelse/kravspesifikasjon for de ulike tjenester og et skriv som gjelder alle; kvalitetskrav for pleie- og omsorgstjenesten. Når det gjelder årsrapporter og årsregnskap hentet jeg dette fra Brønnøysundregistrene.

3.2 DESIGN

Jeg gikk inn i feltet uten noen klar avgrenset og forhåndsdefinert problemstilling. Hos Christensen (1998) finner man tanken fra Glaser (1978) om teoretisk sensitivitet, hvilket blant annet betyr at forskeren gjennomfører sitt vitenskapelige arbeid som en prosess hvor konstruksjonen av data skjer fortløpende gjennom en dialog mellom empiri og analyse. På denne måten hentes ikke observasjoner frem, men forskeren konstruerer dem i interaksjon med informanter og kunnskap om feltet. Man kan på den andre siden heller ikke si at det er informantene som avgjør problemstillingen, men heller at en i prosessen holder seg åpen og sensitiv for nye og uventede innspill. Også for dette kartleggingsarbeidet var tanken at en konkret problemstilling muligens kunne begrenset sensitiviteten i arbeidet. Hensikten med besøkene hos aktørene var å høre deres erfaringer med private «omsorgsleverandører» eller hvordan de opplevde å levere denne typen tjenester under et kommunalt ansvar. En begynnende problemstilling handlet om private aktørers spillerom innen et offentlig (kommunalt) definert rammeverk. Studien er belyst noe «ovenfra» i den forstand at det er administrative personer på de ulike kontorene i omsorgssektoren jeg har vært i kontakt med: min observasjonsdag er i den henseende et unntak fra ovenfraperspektivet. En fremtidig mer inngående studie – som inkluderer både et ovenfra og nedenfraperspektiv vil være fruktbar for å danne seg et grundigere bilde av aktørene, deres avtaleverk og praksis.

I samtalene ble det brukt et kvalitativt, «eksplorativt» design (Kvale og Brinkmann, 2009). I stedet for å standardisere spørsmålene var disse fleksible og jeg konsentrerte meg om å stille oppfølgende spørsmål med utgangspunkt i det de selv tok opp. Likevel var samtalene forberedt på forhånd. For hver samtale laget jeg en liste over tema jeg kunne tenke meg å vite noe om (se vedlegg 1). Informantene var imidlertid ofte under tidspress; mens noen ble

sittende å snakke, var andre fortere klar til å avbryte. Slik sett ble tilgangen jeg hadde til informasjon til dels styrt av praktiske hensyn til informantene (som var på jobb med sine daglige gjøremål) og omstendighetene.

3.3 ETIKK

Kontakten med informantene, var basert på informert samtykke. De fikk vite at dette var et kartleggingsarbeid i regi av Senter for omsorgsforskning Vest, og dette arbeidet ble forsøkt redegjort for på en ikke-teknisk måte. Noen valgte ikke å svare på noen forhold. Dette respekterte jeg. Informantene fikk opplyst at de hadde rett til å trekke seg til en hver tid. Denne rapporten er anonymisert. Informasjonen som kommer frem i rapporten er ikke knyttet til enkeltpersoner eller foretak direkte med mindre det er snakk om offentlig tilgjengelig informasjon (f. eks fra hjemmesider etc.). De enkelte informantenes identitet er anonymisert.

4 DE FORSKJELLIGE AKTØRENE

Prosjektet tar utgangspunkt i Bergen kommune. Ettersom det er i de største byene man har kommet lengst med å anvende kommersielle omsorgsaktører vil man derfor kunne opparbeide seg mye kunnskap ved å se på Bergen. Her finnes det to kommersielle sykehjem som er driftet av kjeden Aleris, men eid av Bergen kommune. Søreide Sykehjem med 90 beboerrom og to akutt plasser og Odinsvei Bosenter, hvor Aleris driver sykehjemmet med 30 beboerrom og to akutt plasser¹. Den kommersielle andelen av sykehjem er med andre ord svak, med 124 plasser totalt. Til sammenligning finner en i følge Statistisk sentralbyrå 2481 plasser totalt i Bergen i 2011 (SSB 2011).

Det finnes også 15 ideelle sykehjem oppført på Bergen kommunes hjemmesider, men de inngår ikke i dette kartleggingsarbeidet siden det dreier seg om de kommersielle aktørene. I hjemmehjelpstjenesten har private aktører hatt kontrakter med kommunen fra og med 2005, med fornyelse i 2009 for seks aktører (se tabell i avsnitt 4.2 for oversikt over nåværende og tidligere aktører). I 2009 hadde kommunen ca. 12,5% brukere som valgte private leverandører (se 5.2).

For hjemmehjelpstjenester (praktisk bistand husholdning) finnes det i dag seks godkjente leverandører. Det har vært to runder med kontraktsinngåelser, en i 2005 og en i 2009.

¹ Informasjonen om antall plasser og eierskap er hentet fra Aleris hjemmesider.

Nytt fra 2009 er også at man innen hjemmesykepleien skal benytte seg av private aktører. To private virksomheter har fått kontrakt, Seniorstøtten AS og Orange Helse AS. De startet opp 1. Mars 2010 i bydelene Sandviken, Åsane, Landås og Fana.

4.1 DE KOMMERSIELLE SYKEHJEMMENE I BERGEN

Blant sykehjemmene i Bergen er det kun én kommersiell aktør med sykehjemsdrift på Skjold og på Søreide. I Bergen er det i teorien fritt sykehjemsvalg², men i praksis blir en tildelt en sykehjemsplass. Valget skjer med mulighet for et eventuelt bytte senere til en annen ønsket institusjon. Situasjonen skyldes (i følge kommunale informanter) at det ikke er et overskudd av sykehjemsplasser i Bergen kommune. Bytte av institusjon har som oftest en praktisk begrunnelse, for eksempel at en føler tilhørighet til et visst område eller har familie boende i nærheten av et sykehjem.

Aleris Omsorg har også sykehjem andre steder i landet. Disse er Vestre Nes omsorgsbolig, for Asker kommune, og Luratunet omsorgssenter, for Os kommune og Ravnanger sykehjem for Askøy kommune. Tilsvarende driver Aleris hjemmehjelpstjenester på Nesbru for Asker kommune. I tillegg til sykehjem har Aleris Omsorg omsorgsboliger for eldre, boliger for funksjonshemmede og hjemmesykepleie. Aleris Omsorg har rundt 400 ansatte³. Aleris har også virksomheter innen sykehus (Aleris helse), psykiatri (Aleris psykiatrisk omsorg) og barnevernsinstitusjoner (Aleris unglan).

Slik sett kan man se på Aleris som en kjede av ulike helsetjenester flere steder i Norden. På deres hjemmesider presenterer de seg som Norges største private helse- og omsorgsforetak. Aleriskonsernet eies av EQT (bør skrives helt ut). Disse presenterer seg som et av de største Nordiske Equity foretak. Reiersen

² Bergen kommune (2004)
«Fremtidig organisering av hjemmetjenesten- rapport fra arbeidsgruppe A» 14.04.04

³ Informasjon om antall ansatte er hentet fra Asker kommunes hjemmesider: Aleris presentasjon til Asker kommune 06.10.09 v/ Grethe Aasved

(2008) benytter denne definisjonen av private equity:

Private equity er en felles betegnelse på private eierfond. Investorer skyter inn penger i fond som brukes til investeringer i selskaper i svært tidlig fase, vekstfase eller restruktureringsfase. Fondene opererer som langsiktige og svært aktive eiere for å utvikle verdier i selskapene

(Norsk Venture, 2007, referert i Reiersen 2008).

Eierfoldene er i kartleggingsarbeidet ikke utredet videre.. Det har i større grad dreid seg om hvem de ulike selskapene faktisk er, hvilke avtaler de har med myndighetene (varighet, kravspesifikasjon, kommunal oppfølging m.m.) og hvilke egne erfaringer de har i forhold til driften.

De kommersielle sykehjemmene antas av mange å drive billigere enn de kommunale hjemmene. Informantene i kommunen gir uttrykk for en slik antakelse. Spørsmål om årsaken til dette er stilt flere av informantene. Selv om pensjonsordninger⁴ nevnes som en forklaring på å kunne drive billigere, er det særlig lønnskostnader og sykefravær som kan synes å være mulige innsparingssteder. Reduksjon i sykefravær blir oppgitt som en nøkkel for å holde seg innenfor budsjettene. For Aleris skal sykefraværet for noen år tilbake ha ligget på 3%. Imidlertid hadde Aleris Omsorg i 2008 et gjennomsnittlig sykefravær på 10,4% hvorav 6,2% er langtidssykemeldinger. Dette var en økning på 1% fra 2007⁵. Utfordringen deres er korttidsfraværet selv om dette var mindre enn langtidsfraværet. Det kan her nevnes at Aleris Bedrift organiserer kurs for andre bedrifter i sykefraværsoppfølging. De bistår bedrifter i å utvikle en egen policy når det kommer til sykefravær⁶.

I følge informanter finnes det organisatoriske muligheter for innsparing gjennom korttidsfraværet for virksomhetene. For eksempel kan man bruke færre vikarer dersom sykefraværet oppstår en tid på døgnet det er flere på arbeid. Bli en medarbeider på dagvakt syk (hvor det altså er flere på jobb) kan man på kort sikt utelate vikarbruk før sykefraværet blir mer langsiktig (f. eks to dager). Dersom virksomhetene benytter seg av slike løsninger (og sykefraværet

⁴ Nesheim og Vathne 2000 peker her på at om en privat bedrift vinner oppdrag ved konkurranseutsetting kan ha viktige konsekvenser for arbeidstakerne ved at pensjonsordningene man har hatt i kommunen ikke videreføres på samme måte som lønns- og arbeidsvilkårene. De peker på en studie av Pedersen 2000 (referert i Nesheim og Vathne 2000) hvor variasjonene er store i pensjonsrettighetene hvor private har overdratt arbeid fra kommunale enheter. Imidlertid er pensjonsordningene generelt bedre i de kommunale sektorene enn de private som ble studert.

⁵ Tall om sykefravær er hentet fra Aleris Omsorgs årsberetning for 2008.

⁶ Kurset om sykefraværsoppfølging tilbys av Aleris Bedrift som er en annen del av Aleris og info om dette finnes på Aleris sine hjemmesider.

registreres etter vikarbruk) kan dette altså skjule det reelle (høyere) sykefraværet.

I Aleris bruker de en spesiell organisasjonsform hvor sykepleierne er organisert i et eget team («pool»). Åstveit sykehjem bruker likeså denne formen for «sykepleierpool». I denne modellen ledes avdelingene av hjelpepleiere. Begrunnelsen for dette er at man ønsker å utnytte sykepleierkompetansen til sykepleierformål. Man kunne også si at man sikrer sykepleiedekning uten å ha så mange sykepleiere på vakt. Sykepleierne arbeider på tvers av gruppene og har det faglige ansvaret på gruppene. De kan også ha hovedansvar for en post. På Søreide var det i 2010 13 sykepleiere ansatt pr. 90 beboere. I Odinsvei var det i 2010 6 årsverk pr 30 beboere med tre faste som jobber dag og kveld, samt egne på natten.

Aleris-informanten fremstiller Aleris som et supplement til det offentlige som er god på bemanning og trivselstiltak hos ansatte. Ifølge informanten er det motivasjonen til de ansatte som gjør dem best på kvalitet. Aleris-sykehjemmet skal være et godt hjem, gi den beste omsorgen og være på servicesiden. På deres nettsider finner en trivsel og arbeidsglede som deressatsningsområder. Satsningsområdene velges årlig på bakgrunn av ønsker fra ansatte eller beboere, tilbakemeldinger fra oppdragsgiver og resultat fra bruker-, pårørende- eller medarbeiderundersøkelser. Aleris begrunner dette ut fra et samfunnsnyttig perspektiv. De andre fokusområdene går på arbeidsmetoder, aktivitet og hverdagsstimulering, samt etikk i pleien.

Selv om Aleris er det eneste kommersielle sykehjemstilbudet i Bergen, er det ikke alene om å levere private sykehjemstjenester. Det finnes også sykehjem som drives av for eksempel ideelle organisasjoner, mange av dem med en lang historie som omsorgsaktører. Tabellen under gir en oversikt over hvilke private sykehjem som finnes i Bergen samt deres kapasitet, utenom kommunal drift.

⁷ Listen over aktørene er hentet fra Bergen Kommunes hjemmesider (http://www3.bergen.kommune.no/info_/ekstern/h_og_h/sykehjem.html) og utfyllende informasjon fra de enkelte sykehjems hjemmesider

Figur 1: Oversikt over privatdrevne sykehjem utenom kommunal drift i 2011⁷

NAVN PÅ SYKEHJEM	KOMMENTARER	TRADI- SJONELLE	KOMM- ERSIELLE
Adventkirkens eldresenter, Nordås	31 plasser for langtidsbeboende	X	
Bergen indremisjons aldershjem	38 plasser	X	
Bergen Røde Kors sykehjem	174 plasser, hvorav 8 palliative plasser	X	
Det private gamlehjem	17 heldøgnsplasser	X	
Domkirke- hjemmet (privat)	96 plasser	X	
Fundacion Betanien (Spania, Alicante)	25 plasser	X	
Hospitalet Betanien	Rehabiliteringspost: 25 plasser, Tre sykehjemsposter: 85 plasser. (Ukentlig dagavdelingstilbud til rundt 100 dagpasienter).	X	
Konow sykehjem (tilbyr PBH (forklaring) til egne beboere)	Konows senter har 20 sykehjems- plasser aldersdemens, tegnspråklige døve sykehjems-pasienter, en gruppe for døvblindblitte.	X	
Landås menighets eldresenter	LME har 54 sykehjemsplasser og 28 aldershjemsplasser.	X	
Margit Tanners Minne aldershjem	29 plasser	X	
Metodistkirken alders- og sykehjem	Sykehjem - 24 plasser Aldershjem - 22 plasser Kortidsopphold på aldershjem - 2 plasser	X	
Stiftelsen nykirkehjemmet (tilbyr BPH for egne beboere)	10 langtidsplasser	X	
Odinsvei bosenter (Aleris)	30 plasser, 2 akuttplasser		X
Slettebakken men. eldresenter	19 eldreboliger, 38 aldershjemsplasser og 36 sykehjemsplasser	X	

NAVN PÅ SYKEHJEM	KOMMENTARER	TRADI- SJONELLE	KOMM- ERSIELLE
Solhaug sjukeheim	36 sengeplasser – korttidsplasser, tosengsrom		
Solsletten alders- og sykehjem	38 aldershjems plasser og 36 sykehjems plasser (tall pr 2010)	X	
Stiftelsen St. Johanneshjemmet	46 plasser	X	
Søreide sykehjem (Aleris)	90 plasser, og 2 akutt plasser		X
Totalt alders og sykehjems plasser		910	124

4.2 AKTØRER INNEN HJEMMEHJELPSTJENESTEN

Bergen kommune innførte Fritt Brukervalg i 2005. Det har vært to runder med kontraktinngåelser med private selskaper, en i 2005 og en i 2009. Forskjellige tjenesteytere godkjennes først av kommunen (denne prosessen vil jeg komme tilbake til i avsnittet om kontraktinngåelse og vurderingsgrunnlag). Etter at tjenesteyterne har inngått kontrakt, har tjenestemottakeren Fritt Brukervalg. Brukerne får en liste over selskaper som dekker det aktuelle geografiske området han/hun bor. Brukeren mottar listen av den lokale forvaltningsenheten (en diskusjon av Fritt Brukervalg finnes i avsnitt 5.2).

For hjemmehjelpstjenestene blir derfor omfanget av private aktører avhengig av brukernes valg. I 2009 var andelen som valgte privat leverandør på 12,5% av totalomfanget. Dette svarer til et årsvolum på ca. 20.000 timer med «praktisk bistand husholdning». Dette representerer ikke en spesielt høy andel av

⁸ Bergen Kommune (2009)
Konkurransesgrunnlag for åpen
anbudskonkurranse for levering
av praktisk bistand husholdning
til Bergen kommune i forbindelse
med brukervalg (NOR 013-2009)

⁹ Bergen kommune (2005),
Saksfremlegg, «Levering av
praktisk bistand husholdning til
Bergen kommune», 18.05.05,
Bergen kommune (2009)
Innstilling/vedtak, «Valg av
leverandører – praktisk bistand
husholdning» 04.11.09

brukerne, men likevel dreier det seg om rundt 8,5 millioner i omsetning⁸. Når private aktører søker kommunen om kontrakt blir det i kontrakten nedfelt hvilken kapasitet aktøren har når det gjelder antall brukere. Dette er eneste grunnen til at kommunen eller leverandørene kan si nei til brukere innen Fritt Brukervalg, det vil si. når de velger en privat leverandør som ikke har mer kapasitet. Kontraktens varighet mellom kommunen og leverandøren er 48 måneder.

Fra 2009 har seks private firmaer blitt godkjent av kommunen til å utføre praktisk bistand. Siste periode man inngikk kontrakter var i 2005, og den gang ble ni selskaper innstilt som leverandører⁹. Av tabellen under fremgår det hvilke selskaper som har kontrakt med Bergen kommune fra sist periode (fra 2005) og neste kontraktsperiode (fra 2010). Et byrå er satt i parentes fordi det har vært vanskelig å få informasjon om dette selskapet. I byrådets saksfremlegg om hvilke hjemmehjelpsleverandører det ble inngått avtale med, fremgår det at tre leverandører manglet nødvendig dokumentasjon for at alle krav som ble stilt i konkurransegrunnlaget (se avsnitt 5.2) var tilfredsstillt. Med unntak av eldremagasinet «Fiin gammel» nr. (1 – 2006), hvor kommunen annonserer sine tjenester og leverandører, finnes ikke det aktuelle firmaet i senere kunngjøringer eller oversikter. Det kan derfor tenkes at denne aktøren enten ikke fikk avtale med kommunen, eller at de meget tidlig i prosessen gikk ut av samarbeidet. Begrunnelsen for dette har ikke kommet frem gjennom kartleggingen.

I oktober 2010 ba ASOR, en av de seks private leverandørene, om å få trekke seg fra avtalen. Kontrakten åpnet i utgangspunktet ikke for at de kunne trekke seg så fort som de ba om. Begrunnelsen for ønsket om å tre ut var at kundegrunnlaget var lavt. Kommunen lot ASOR få tre ut av samarbeidet fra 31.12.10. I kommunens vurdering for å tillate dette lå det at markedsandelen deres likevel var lav. Slik ville få brukere med andre ord rammes av at avtalen utgikk (i følge informanter pr. telefon, desember 2011). Når en aktør slik trakk seg før tiden fra en avtale var det likevel kommunens ansvar å sikre videreførelsen av

hjelpen til de brukere som ble involvert. ASOR var i forkant omstridt i mediene. Selskapet var blitt beskyldt for å drive uryddig i Oslo. Dette kom frem i en rapport fra kommunerevisjonen i Oslo og her ble det hevdet at filippinske ansatte jobbet uten arbeidstillatelse, hospiterte uten lønn eller penger til livsopphold, eller ikke fikk utbetalt lønn¹⁰. Slik ses det at bruk av underleverandører skaper nye typer dilemmaer for kommunen når bedriftene må følges opp både med hensyn til drift og samarbeid. (For driftsoppfølgingen, se avsnitt 5.2, se også Christensen og Lie, 2010).

Byråene har noe forskjellig profil på sine hjemmesider. Dette kan bero på at det gis ulik informasjon fra forvaltningstjenesten i de enkelte bydelene. Derfor har jeg foretatt en kategorisering av profilene som jeg skal redegjøre for i det følgende.

¹⁰ Bergens Tidende (2010) «Får krass kritikk for gratisarbeid» 24.08.10

BYRÅER MED KONVENSJONELT PREG

Flere av byråene fremstod gjennom hjemmesider og brukerinformasjon fra kommunen som rene «konvensjonelle» rengjøringsbyråer med kontrakt for hjemmehjelpstjenester. Her fant jeg generell bedriftsinformasjon og gjerne en link hvor en kunne finne informasjon om at firmaet/rengjøringsbyrået også hadde kontrakt med kommunen for hjemmehjelpstjenester. Noen av dem var primært rettet mot eldre, mens andre henvendte seg mer generelt til et bredere publikum.

BYRÅER MED KOMMERSIELT PREG

Byråer i denne kategorien hadde en annen profil hvor en i større grad markedsførte hjemmehjelpstjenester og ekstratjenester for eldre brukere. Brukere og pårørende kunne bestille ekstratjenester til timepris. Noen av selskapene formidlet gavekort for dette. Det var tilbud om å kunne følges til lege og en egen tjeneste ble kalt «sosialt samvær». Tilbudene gjaldt også de som var uten et kommunalt vedtak om

hjelp. Byråenes hjemmesider var preget enten av en «ren», hvit og ryddig layout som ga assosiasjoner til helseinstitusjoner, sykehus etc. eller ga inntrykk av mer kommersiell virksomhet og salg av tjenester. Imidlertid var de i størst grad rettet mot eldre brukere og deres familie. De tilbød gjerne samme type tjenester i andre storbyer. Noen av dem kunne i tillegg tilby hjemmesykepleie. For Bergen gjelder dette Seniorstøtten AS som hadde kommunal kontrakt for begge deler (fra 2010, kun for praktisk bistand).

Ekstratjenester (som ekstravask, følge til lege og sosialt samvær) viste seg å ha liten betydning for driften. Satsen for dette ligger imidlertid lavere enn den satsen kommunen betaler. For ekstratjenester er satsen hos CityMaid 390/310 kr inkl./ekskl. mva.¹¹. Hjemmehjelpstjenester er ikke momsbelagt, men for følge til legen, samvær etc., må en betale moms. En årsak til at tjenestene er lite utbredt kan være at man ikke har lov til å markedsføre tjenestene til klientene man bistår. Tjenestene skal med andre ord etterspørres, ikke markedsføres. Om tiden til vaskeoppdragene ikke strekker til eller ved forespørsel om ekstratjenester, er leverandøren pliktig etter kontrakten til å vurdere om ikke bruker har krav på et utvidet vedtak fra kommunen og om så er tilfellet, skal det meldes avvik til kommunen. Det ble i et bystyrevedtak 30.01.06, avgjort at det også skulle gis et kommunalt tilbud om slike ekstratjenester da det tidligere forbudet mot kommunale ekstratjenester ikke ble oppfattet som hensiktsmessig for brukernes ønsker i den nye situasjon hvor private leverandører kunne tilby ekstratjenester. Bergen hjemmetjenester KF fikk samme retten til å tilby ekstratjenester for at en skulle unngå et konkurransefortrinn for de private¹². KF har således jobbet for å komme på linje med de private aktørene på dette området; de vil også starte med å tilby personer uten vedtak om hjelp, tjenester de kan kjøpe, til timepris. Begge aktørene, både de private og offentlige, har fått utvidede rettigheter til å markedsføre tjenester. De private aktørenes inntog i sektoren har med andre ord influert på det (offentlige)

¹¹ Pris for ekstratjenester hos Citymaid er hentet fra deres hjemmesider

¹² Opplysninger er hentet fra Bergen Kommune (2006) «Salg av tilleggstjenester - endring av rammeavtale for private leverandører av praktisk bistand husholdning og vedtektsendring for Bergen hjemmetjenester KF» Saksfremlegg, Bergen bystyre 24.11.2005.

kommunale foretakets handlinger.

De kommersielle byråenes representanter (i følge en kommunalt administrativ informant) finner, i motsetning til det kommunale KF, at de er fornøyd med satsen de får tildelt for kommunal praktisk bistand. For KF sin del kan dette tenkes å ha å gjøre med deres høye sykefravær som betyr at de må betale for (dyre) vikarer. Timesatsen ligger på 414 kr¹³. For brukerne følger en egenandel 132 – 216 kr etter satser for egenbetaling.

Av tabellen nedenfor ser en hvilke byråer som har mistet kontrakt og hvem som har fått ny i 2009. Ut av dette ser man at tre av dem jeg har kategorisert som «konvensjonelle» har mistet kontraktene, mens to «kommersielle» har vunnet dem. Det kan være to sannsynlige grunner til dette: Den ene kan være at de «konvensjonelle» ikke investerte like mye tid og grundighet i arbeidet med søknadene (kanskje siden man allerede hadde en kontrakt og regnet med å få den fornyet). En annen grunn kan være at de store byråene i større grad hadde midler til å utvikle et godt tilbud. Mens de små selskapene bruker relativt mye av sine ressurser til en slik prosess fremtrer dette enklere for et større foretak med stor administrasjon. Med flere midler kan en ha noen til å jobbe aktivt med dette i søknadsperioden. Med færre midler blir dette gjerne vanskeligere. Slik sett spiller størrelsen (og dermed tilgjengelige ressurser) av det private foretak inn på deres utviklings- og konkurransemuligheter. I følge en kommunal informant var selskapet Presis Renhold et av selskapene som ikke fikk fornyet kontrakt. Disse fikk tilbud fra Seniorstøtten om overtakelse. De ansatte gikk da over til dette selskapet, og brukerne fikk tilbud om å følge med over til det nye selskapet. Slik fikk Seniorstøtten også et markedsgrunnlag å starte opp med.

¹³ Informasjon om PPH-Leverdørenes vederlag er hentet fra kontrakten mellom Bergen kommune og leverandørene.

Figur 2: Oversikt over gamle og nåværende foretak med kommunal kontrakt 2005-2009

FIRMA	BYDEL	«KOMMERSIELT» PREG	«KONVENSJONELT» PREG	KONTRAKT I 2005	KONTRAKT I 2009
CityMaid Hjemmeservice AS	Alle bydeler	+	-	+	+
EHH Jensen En Hjelpende Hånd	Fyllingsdalen, Laksevåg, Ytrebygda	-	+	+	+
Hjelp i hjemmet AS	Årstad	+	-	+	+
Norsk Kontor og Industrirenhold AS	Alle bydeler	-	+	+	+
SeniorStøtten AS	Alle bydeler	+		-	+ (Ny)
ASOR AS	Alle bydeler	+		-	+ (Ny, men utgikk etter kort tid)
RsV Renhold	Arna og Åsane		+	+	- (Utgår)
Presis Renhold	Årstad		+	+	- (Utgår, seniorstøtten overtar ansatte)
Absolutt Renhold og hjemmetjenester (Også med navnet Tellefsen omsorg og hjemmehjelpstjenester)	Åsane		+	+	- (Utgår)
Jobbpartner AS	Alle Bydeler		+	+ (Trakk seg fra avtalen)	-
(Familie og Seniorservice Bergen og Hordaland)	Arna, Fana, Ytrebygda, Åsane		+	+(Som over, eller fikk muligens ikke avtale?)	-

4.3 HJEMMESYKEPLEIE OG DEN NYLIGE INNFØRINGEN AV FRITT BRUKERVALG

Fritt Brukervalg ble innført i hjemmesykepleien i slutten av 2009. Saken ble vedtatt i bystyret 27.04.09 med virkning fra 01.01.10 for alle bydeler¹⁴. To selskap fikk konsesjon fra 1. februar 2010. Disse var Orange Helse AS og Seniorstøtten AS. Imidlertid ser det ikke ut til at så mange private aktører satset på hjemmesykepleie i Bergen. Trolig var dette sett på som økonomisk for risikofylt (se avsnitt 5.3).

Leverandørene måtte i starten begrense omfanget til noen utvalgte bydeler. Orange Helse leverte for eksempel kun tjenester til Åsane og Sandviken, mens Seniorstøtten leverte til Landås og Fana. I tillegg sto kommunen for nattskiftene. Dette var for at selskapene i en startfase skulle beskyttes mot risiko i form av få og spredte brukere, store kjøreavstander og kostbare netter.

Begge leverandørene tok senere opp de økonomiske betingelsene for deres avtale med kommunen. De hevdet at den avtalte prismodellen ikke ga dekning for kostnadene de hadde. Kommunen fastholdt at prismodellen måtte være lik for de ti kommunale hjemmesykepleiesonene og at anskaffelsesreglene ikke tillot at man endret kontraktsvilkårene fra det som ble oppgitt i konkurransegrunnlaget (for gjennomgang av anbudsprosessen, se 5.3). Begge selskapene fikk tilbud om å tre ut av kontrakten, noe Seniorstøtten gjorde¹⁵. For brukerne som hadde valgt disse leverandørene medførte dette at de fikk et brev i posten hvor de fikk tilbud om å velge på nytt. De som ikke valgte fikk tildelt en kommunal leverandør. Seniorstøtten fortsatte med å levere «praktisk bistand husholdning» til kommunen.

Orange Helse leverte i starten hjemmesykepleie i Åsane og Sandviken. I dag er de også inne i bydelene Landås, Årstad og Laksevåg. Det er fortsatt kommunen som tar nattskiftene. Foretaket er en del av Orange

¹⁴ Informasjonen er hentet fra Bergen kommune (2009) ”Fritt Brukervalg av hjemmesykepleie” Bergen bystyre, 27.04.09, sak 73-09

¹⁵ Bergen kommune (2010) Protokoll fra komité for Helse og sosial, Bystyrets kontor 06.10.10.

Group, og disse tilbyr også personell til andre sektorer som industri, olje og gass. Innen helse tilbyr de løse vakter, oppdrag/vikariater og helsepersonell. I Bergen leverer Orange Helse fagpersonell eller assistenter til korte oppdrag og løse vakter. De tilbyr vikariater på kortere eller lengre oppdrag på offentlige og private sykehus, til aldershjem og andre offentlige og private helseforetak i tillegg til offshore. Orange ansetter personell både fra Skandinavia og Litauen. En planlegger utvidelse til Polen og Latvia¹⁶. Orange Helse AS har tidligere vært i medias søkelys grunnet påstander om sosial dumping og manglende norskkunnskaper hos de ansatte. Dette har senere blitt omtalt som feilaktig, og Fagforbundet har beklaget anklagene¹⁷.

¹⁶ Informasjonen er hentet fra Orange Group sine hjemmesider.

¹⁷ Bergensavisen (2009) «Sykepleierkontrakter klare», 11.11.09.

Både Orange Helse og Seniorstøtten driver med andre virksomheter. Seniorstøtten er (som nevnt) hjemmehjelpsaktør for Bergen kommune og er oppført i tabellen ovenfor. I tillegg oppgir de på sine hjemmesider at de driver både i Oslo, Tønsberg og Drammen. Seniorstøtten har investorselskapet Centennial AS som hovedaksjonær. Mens Seniorstøtten AS kun er rettet mot eldreomsorg, har Orange Group annen virksomhet under paraplyen. Seniorstøtten er likevel eid av et stort investorselskap og har virksomhet andre steder i landet. At sykehjems- og hjemmesykepleietjenester driftes av større selskaper under investorselskaper kan indikere at tjenester med komplekst omfang krever mye for å starte opp, enten det gjelder økonomisk sikkerhet eller profesjonalitet (konkurransstyrke) innen anbudsprosessen.

5 ANALYSEMOMENTER

I analysedelen vil jeg gå nærmere inn på forholdene omtalt overfor. For alle tre tjenestetypene er det interessant å gå nærmere inn på avtaleforholdet med kommunen. Her legger jeg vekt på tildelingsprosessen og den kommunale oppfølgingen. Årsaken til at de enkelte virksomheters kvalitetssystemer i mindre grad er diskutert er problemet med tilgang. Kvalitetssystemet er redegjort for i de ulike aktørers tilbud til kommunen. Dokumentene her er ikke digitalisert og man må søke om tilgang gjennom kommunen for å lese dem der. Det er dessuten usikkert om disse dokumentene er av en offentlig karakter.

Videre finner jeg at en diskusjon av fritt brukervalg vil være hensiktsmessig, ikke minst når det gjelder hjemmetjenestene, sykehjemvalg og implikasjoner av dette.

5.1 FRITT BRUKERVALG: BEGRENSNINGER OG BRUKER- ORIENTERINGER

Som vist ble Fritt Brukervalg innført med en intensjon om økt brukermedvirkning. Det kan likevel se ut som at det å «velge selv» har ulike betydningsinnhold med ulike konsekvenser for brukere og omsorgsaktørene.

For sykehjemmenes har valget i praksis vist seg å begrense seg til retten til å bytte da det ikke er overskudd på sykehjemsplasser. Hvorfor noen velger/bytter mellom de ulike sykehjemmene er ikke kartlagt, men fra kommunens side er det antatt at dette ofte dreier seg om praktiske ting som hvor sykehjemmet er lokalisert i forhold til brukerens familie eller tidligere lokalmiljø. Som nevnt tildeles brukerne plasser først, ettersom det ikke er overskudd på plassene og dermed ikke plasser å velge mellom.

For hjemmehjelpstjenesten finnes det i større grad en type Fritt Brukervalg. Imidlertid er det grupper som ikke velger selv. Psykiatriske brukere og rusmisbrukere utgjør for eksempel en lav andel hos de private, hvilket kan antyde at de vanskeligere sakene med tunge brukere blir hos kommunen. Jeg fikk også vite (av en kommunal informant) at KF hadde nærmest alle brukere i en lokalsone. Om denne gruppen brukere ikke ønsket å velge eller om de ulike forvaltningstjenestene gjorde et forvalg har jeg ikke hatt anledning til å undersøke videre. Informantene har på den andre siden pekt på noen elementer ved kommunal og privat hjemmehjelpstjeneste som kan være forklaringer på at det finner sted mer reelle brukervalg. For de kommunale nevnes som et fortrinn at de representerer noe kjent, altså en trygghet for brukeren. KF sender også alltid to medarbeidere ut i hjemmene, mens private leverandører kun sender en ansatt. Ved sykefravær kan dette skape kontinuitet på den måte at en av de to som skulle vært på jobb gjerne fortsatt vil være til stede. Men når det vanligvis kommer to til hjemmet kan dette være en økt belastning for brukeren. Når det gjelder de kommersielle aktørene peker en informant ellers på at brukeren kan disponere tiden som er igjen etter oppgavene på skjemaet er gjort eller at brukeren i større grad kan styre selve tiden på vedtaket. Imidlertid har også KF erfaringer (riktignok få), med brukere som skifter fra privat til offentlig leverandør. Et eksempel handlet om et bytte på grunn av den ansattes dårlige norskkunnskaper. Mens en bedrift er underlagt lover

som skal sikre ivaretagelse av ansatte uansett bakgrunn og nasjonalitet har brukeren mulighet til å bytte mellom leverandører uten å måtte forklare ønsket om å skifte. Et spørsmål som dette avføder kan altså være om brukervalgsordningen i praksis åpner for en form for «brukerstyrt diskriminering». Når brukerne har fri rett til å skifte kan altså en utilsiktet konsekvens være at de gis anledning til å velge vekk leverandører som har ansatt for eksempel fremmedspråklige.

For nye brukere skjer valget av leverandør på bakgrunn av en brosjyre hvor hver leverandør har en A4 side til å presentere seg selv (Andersen 2008). Brosyren deles ut av saksbehandleren fra den lokale forvaltningsenheten under et såkalt vurderingsmøte som danner grunnlaget for vedtaket som fattes om hjelp. I kontraktene står det nedfelt at øvrig markedsføring ikke er tillatt med mindre den er generell og ikke spesifikt adressert¹⁸. Ifølge informanter fant det sted slik generell markedsføring når det ble lagt ut brosjyrer om private hjemmetjenester på de private omsorgssentrene. Det ble fortalt om forsøk på å skaffe seg kunder blant brukerne, selv i oppstartsfasen, på tross av at kontrakten ikke tillater dette. Et eksempel, som ble nevnt, handlet om muligheten ansatte, (som tidligere hadde arbeidet i kommunen og var gått over til kommersielle foretak) hadde for å rekruttere kommunale brukere til det private foretaket. En person kunne for eksempel vandre i begge systemer (private og kommunale) med henblikk på å rekruttere brukere til det private foretaket. I et konkret eksempel ble forsøket oppdaget fra kommunens side og stoppet. Kartleggingen gir imidlertid ikke grunnlag for å diskutere omfanget av den konkrete type hendelse. Likevel ses det av dette hvordan brukervalget kan skape konkurranse blant aktørene samt aktiv markedsføring på «tvers» av grensene, herunder hvordan dette gir anledning til at tidligere kommunale ansatte kan vandre i de to forskjellige omsorgssystemer.

Kapasitetstaket i form av antall brukere nedfelt i kontrakten er den eneste gyldige grunn de private aktørene har for å si nei til brukere innen Fritt Brukervalg. Ønsker et byrå å ta inn

¹⁸ Opplysningene om dette er hentet fra kontraktene mellom kommunen og leverandørene i 2009.

flere brukere enn det de har fått rett til må byrået søke forvaltningstjenesten om en større andel. Kapasitetstaket kan derfor begrense Fritt Brukervalg. Er kapasiteten oppbrukt vil en måtte avvise brukerens ønsker.

En informant diskuterte hvorvidt det fantes ulike brukerorienteringer blant brukere av PBH. Denne mente at de yngre og mer «klare» brukerne som oftest var de som hadde størst preferanser for de private aktørene, og det var blant disse yngre og «klare brukerne at informanten mente å kunne se et ønske om å foretrekke å ha en firmabil fra en kommersiell aktør stående foran deres bolig fremfor en av kommunens biler. Det kan med andre ord tenkes at noen av brukerne med kognitive ressurser heller vil bli sett på som kjøpekraftige konsumenter enn som hjelpetrengende mottakere som er avhengige av det offentlige tjenester. Slik kan oppfattelser av statusforskjeller ha betydning for hvilken rolle brukeren som hjelpemottaker vil innta og muligheten for å velge privat tjenesteleverandør kan da bli en del av dette rollevalget hos brukeren.

For hjemmesykepleien har man som nevnt ingen erfaringer fra Bergen (pr. 2010). Om det er slik at akutte brukere først havner hos kommunen, er det snakk om en rett til å bytte leverandør snarere enn et brukervalg som derimot handler om at vedkommende velger før tjenesten starter.

På 1990-tallet var hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien i Bergen slått sammen til en integrert enhet. Mye senere ble hjemmetjenestene altså trukket ut i en egen avdeling og konkurransesatt (Andersen 2008). Spørsmålet blir om en vil se en sammenslåing igjen av hjemmesykepleie- og hjemmehjelpstjenester ettersom også hjemmesykepleie blir lagt ut på anbud. Så langt er det imidlertid lite som tyder på at disse vil samkjøres igjen. Seniorstøtten hadde kontrakt for begge tjenestene, men de kjørte tjenestene separat. Brukerne med vedtak om begge tjenestene må altså ta stilling to ganger, de må foreta to valg: et for hjemmesykepleie og et for praktisk bistand.

KF har et datasystem som er satt opp mot hjemmesykepleien hvor en hver dag skriver ut notater som er lagt inn på deres brukere. Det er usikkert hvorvidt de private aktører er tilknyttet et slikt nettverk. Imidlertid skjer kommunikasjon gjennom en skrivebok i hjemmet. Hjemmehjelpstjenestene har ikke tilgang til spesiell informasjon om sine brukere utover vedtaket. Informasjonen er av praktisk art. Slik sett kan en stille spørsmålet om hvorvidt eksternalisering av disse tjenestene reduserer muligheten for samarbeid og helhetsvurdering.

5.2 AVTALEFORHOLD MELLOM DE PRIVATE OG BERGEN KOMMUNE

Et sentralt spørsmål i kartleggingsarbeidet har vært hvilke krav som stilles fra kommunenes side for å få kontrakt for levering av omsorgstjenestene. Kravene er dokumentert i konkurransegrunnlagene, kontraktene og tjenestegrunnlagene¹⁹. Konkurransereformen er konkurranse med forhandling for sykehjem og hjemmesykepleie. For hjemmehjelpstjenesten gjelder en åpen anbudskonkurranse. For alle gjelder lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 (LOA) og forskrift om offentlige anskaffelser av 7. april 2006 (FOA).

Konkurranse med forhandling skal kunne anvendes på anskaffelser som stiller store krav til fleksibilitet med hensyn til hvordan forhandlingene legges opp, og hvor det må være rom for ulik tilnærming. Det vises i denne sammenheng til anskaffelser som for eksempel kjøp av intellektuelle tjenester, visse OPS-prosjekter (offentlig-privat samarbeid), juridiske tjenester, helse og omsorgstjenester med videre²⁰. I dette tilfellet har kommunen benyttet seg av en et-trinns prosess. Alle får derfor levere inn tilbud, og forespørsel om å delta i konkurransen skjer samtidig som tilbudet sendes inn.

¹⁹ Konkurransesgrunnlaget som dokumenterer dette er:

For sykehjem: NOR 025/2007
Konkurransegrunnlag konkurranse med forhandlinger
BKSAK 200715328

For hjemmesykepleie: NOR 012-2009
Konkurransegrunnlag konkurranse med forhandlinger
BKSAK 200806657

For PBH: NOR 013-2009
Konkurransegrunnlag åpen anbudskonkurranse BKSAK 200806657-98

²⁰ Opplysninger om konkurranse med forhandling, er hentet fra veileder til reglene om offentlige anskaffelser (2006), Fornyings og administrasjonsdepartementet

I første runde bygger kommunen på kvalifikasjonskravene. De som kvalifiseres, og har en reell mulighet til å få tildelt kontrakt, blir invitert til forhandling (eller en vurdering for PBH som er en åpen anbudskonkurranse). Når det gjelder kvalifikasjonskravene, skal kommunen kontrollere at alle presenterte forhold ved leverandøren er korrekte. Bedriften må kunne dokumentere lovpålagte krav (som er ens) for både sykehjem, hjemmesykepleie og PBH: skatteattest for skatt og merverdiavgift, samt en mindre enn seks måneder gammel attest for oppfyllelse av HMS (Helse, miljø og sikkerhet) krav. Andre krav handler om at virksomheten skal være lovlig opprettet, ha god økonomisk og finansiell styrke, ha god gjennomføringsevne (bemanning og beskrivelse av bruk av underleverandører), kunne ivareta det ytre miljø og ha generell og god kvalitetsstyring (ISO-sertifisering legges her ved om aktøren har det). For sykehjemmene kreves erfaring fra lignende oppdrag. For «Praktisk bistand husholdning» stiller kommunen ikke krav om økonomisk og finansiell styrke, heller ikke krav om ivaretagelse av det ytre miljø. Kravene er redusert når det gjelder «Praktisk bistand husholdning».

For de som kommer videre til vurdering, bygger kommunen på tildelingskriterier. Her tar en i bruk samtaler med aktørene og en vurderingsmatrise. Kommunen gjennomgår her hva tilbyderne har sagt i tilbudene sine etter tildelingskriteriene (se tabeller nedenfor) og fyller ut matrisen med graderinger av hvor tilfredsstillende søkerne møter disse kriteriene. To til tre fagfolk fyller ut vurderingsmatrisen ut fra hvordan de synes tilbyderne møter kravene. Deretter går den tverrfaglige anskaffelsesgruppen ut og foreslår en tildeling. Av dette ser en at tross et standardisert «score-system» for tildeling, er utfylling av skjema også basert på fagfolkens skjønn og vurdering av tilbyderens forståelse av tildelingskriteriene.

I alle konkurransegrunnlagene er kvalitet vektet 50% eller mer i tildelingskriteriene. Prisen vil for brukervalgsordningen være den samme for alle

leverandørene for hjemmetjenester. For sykehjem konkurreres det også om pris. Hovedkriteriet for alle tildelingene handler likevel om «Det økonomisk mest fordelaktige tilbudet» for oppdragsgiver. Det er derfor underkriteriene som vektlegges i vurderingen av dette, og disse teller prosentvis som oppsummert i følgende tabeller²¹:

²¹ Tabellene er hentet fra de enkelte konkurransegrunnlagene

Figur 3: Kriterier som skal vektlegges i vurderingen av det økonomisk og kvalitative mest fordelaktige tilbud: Sykehjem

Sykehjem

TILDELINGSKRITERIER	VEKTING MED UTSLAG +/- 10%
Kvalitet	50%
Pris	40%
Kompetanse	10%
Sum	100%

Figur 4: Kriterier som skal vektlegges i vurderingen av det økonomisk og kvalitative mest fordelaktige tilbud: Hjemmesykepleie:

Hjemmesykepleie

TILDELINGSKRITERIER	VEKTING MED UTSLAG +/-10 %
Kvalitet	60 %
Samarbeidsevne og fleksibilitet	40 %
Sum	100 %

Figur 5: Kriterier som skal vektlegges i vurderingen av det økonomisk og kvalitative mest fordelaktige tilbud: Praktisk bistand husholdning:

Praktisk bistand

TILDELINGSKRITERIER	VEKTING MED UTSLAG +/-10 %
Kvalitet	50 %
Oppdragsforståelse	50 %
Sum	100 %

Prosentmessig finnes det altså en ulik vekting av tildelingskriteriene. Dette kan tenkes å ha med å gjøre at det primært konkurreres om pris når det gjelder sykehjemmene, mens det for de to andre er faste satser for oppdragene. Mange vil nok også mene at det er naturlig at hjemmesykepleien med pleie og behandling i fokus trenger en større vektlegging av kvalitet (kompetanse og forsvarlighet) enn hjemmehjelpstjenesten, som har ansvar for husholdningsoppgaver. Likevel må kvalitet anses for å være klart viktig for disse oppgavene også.

For sykehjem er kriteriet om kvalitet definert som beskrivelse av kvalitetssystem, hvordan driften er tenkt organisert, tidligere oppnådde resultater, samt referanser. Pris er prisen tilbyderen kommer med i eget prisskjema. Kompetanse defineres som en vektlegging av hvordan tilbyder har tenkt å sikre at det er nok personell med helsefaglig utdanning, herunder andelen sykepleiere til å gjennomføre oppdraget. For nøkkelpersoner ved oppstart og gjennomføring kreves CV.

For hjemmesykepleie er kvalitet definert som leverandørens forståelse av oppdraget: hvordan man møter tjenestebeskrivelsen/kravspesifikasjonen og hvordan en ivaretar kvalitets-forskriften for pleie og omsorgstjenester. Videre legges det vekt på faglig forsvarlighet og kompetanse samt systemer og rutiner for ivaretagelse av forsvarlighetskravet. For samarbeidsevne og fleksibilitet blir det lagt vekt på tidligere oppnådde resultater og referanser fra tidligere oppdrag (innen kommunale pleie- og omsorgstjenester). Leverandøren bes også om en beskrivelse av sin samhandlingsevne med oppdragsgiver og andre instanser. Her skal søkerne komme med en tilnærming og konkretisering.

For Praktisk bistand husholdning er kvalitet definert som hvordan leverandør møter oppdragsgivers tjenestebeskrivelse/kravspesifikasjon samt ivaretagelse av kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester. Oppdragsforståelse defineres som hvordan tilbyder synliggjør forståelse for oppdragets omfang, innhold og hvordan søkeren tenker å løse dette oppdraget.

Tildelingsprosessen kan i praksis tenkes å variere noe fra beskrivelsen ovenfor. I kapittel 4.2 ble det vist til at byrådet innstilte ni leverandører som utførere og at tre leverandører manglet nødvendig dokumentasjon for at alle kravene i konkurransegrunnlaget var tilfredsstillt. Dersom tre hjemmehjelpsleverandører kom til vurdering uten at kvalitetskravene var godkjente på forhånd (jf. 4.2), har denne prosessen i stedet funnet sted ved at alle søkere har blitt tatt i betraktning med krav om å ettersende dokumentasjonen. Slik ses det at prosessen slik den er

beskrevet i ovenfor kan være annerledes praktisert i kommunene, f. eks ved at det er ledd i prosessen som springes over.

I den siste tildelingsprosessen rundt hjemmesykepleie i 2009 fikk kommunen ikke inn så mange søkere. Etter gjennomgangen av kvalifikasjonskravene stod kun to igjen. Begge fikk oppdragene. Ett av dem hadde ikke tidligere erfaringer å vise til. Det ble imidlertid levert inn et kvalitetssystem som var særs godt gjennomarbeidet. I møte med bedriften ble det fra kommunen sin side lagt vekt på kvalitetssystemets gjennomførbarhet: Kommunen valgte med andre ord å vise tillit til at dette var gjennomførbart, men kommunen er da avhengig av at dette innfris i praksis. Ettersom det ikke kom inn så mange søkere kan en spørre seg hvorfor interessen har vært så lav. Den lave interessen kan ha sammenheng med at Fritt Brukervalg jo betyr at brukerne er frie til å velge eller velge fra og dermed blir kundegrunnlaget relativt uforutsigelig. Ofte er situasjonen med behov for hjemmesykepleie også den at denne situasjonen er akutt. Og når brukeren gjerne først får kontrakt med den kommunale hjemmesykepleie med kommunal hjemmesykepleie og har et akutt behov, så blir leverandørvalget underordnet. Det er en annen ting for brukere å skifte leverandør enn å velge en. Den private leverandøren har gjerne ikke startet opp i frykt for at andelen brukere blir for lav for å oppnå en lønnsom drift og det kan i tillegg være uforutsigbarhet knyttet til politiske beslutninger, altså om det frie brukervalget fortsetter med å få politisk støtte. Ville kontraktene fornyes ved mulig byrådsskifte i 2011? Om det ikke skulle bli borgerlig flertall (hvilket det altså ble) ville en muligens ha andre holdninger i kommunen til hvorvidt en vil satse videre på kommersielle tjenester. Til nå har kommunen imøtekommet virksomhetenes frykt ved å gi dem to bydeler i første omgang. Slik sett slipper de å bruke dyrebar tid til transport heller enn pleie. Kommunen tar også nattskiftene.

I tillegg til avtaler og kriterier som lages i forkant av tjenesteutføring vil kontroll og oppfølging undervegs være viktig å se nærmere på. Oppfølging har til nå vært utført av to personer; en rådgiver fra kommunen og en fra forvaltningen, eller av to rådgivere. En ny organisering av dette er i gang. Hyppighet for oppfølging er én gang pr. år, både for kommunale og andre. En startet med to ganger i året, men om man ikke mottar klager, har en kun driftsoppfølging én gang i året. Oppfølgingen gjennomføres ved en strukturert samtale med ledelsen og administrasjonen ved virksomheten. Om det er relevant har en også slike samtaler med nøkkelpersoner. Alle virksomheter skal ha samme system for driftsoppfølging. Et skjema er utformet for driftsoppfølging av private hjemmetjenester med driftsavtale. Et annet for driftsoppfølging hos private institusjoner med driftsavtale. Oppfølgingssystemet tar utgangspunkt i gjeldende krav til virksomheten: lov, forskrift og avtaler som er inngått mellom Bergen kommune og virksomheten. Kommunen viser til gode erfaringer med de private leverandørene.

For sykehjem har kontraktene en varighet på fem år. For hjemmetjenestene fire år. For alle har oppdragsgiver en opsjon på forlengelse av avtalen i ytterlige to år.

5.3 SYKEFRAVÆR

For sykehjemmenes del er det god økonomistyring som trekkes frem i spørsmålet om hvordan sykehjemmene kan drive billigere enn de kommunale. For hjemmehjelpstjenesten gjelder det at mens KF ber om mer ressurser sier de private seg fornøyd med satsene de får. Har dette noe å gjøre med høyt sykefravær? City Maid hadde for eksempel i 2008 et sykefravær på rundt 11,5%, hvor av ca. 5,5% utgjorde langtidsfravær og graviditeter²². For KF lå det gjennomsnittlige sykefraværet på 12% i 2008. Dette var

²² Informasjon om sykefravær hos City Maid er hentet fra deres årsberetning i 2008.

²³ Informasjon om sykefravær hos Bergen hjemmetjenester KF er hentet fra Sluttrapport - Evaluering av forsøk med 6 timers arbeidsdag i Bergen hjemmetjenester KF (1. Mars 2009)

etter et prøveprosjekt med 6-timersdag. I 2006 lå det på hele 22%²³. Årsakene til KF sitt høye sykefravær gir kartleggingen ikke grunnlag for å diskutere nærmere. For sykehjemmene sin del har Aleris sitt sykefravær steget til 9%. For et videre arbeid med å se på dette vil trolig både pensjonsavtaler og frekvenser av sykefravær kunne belyse dette inntjeningspotensialet.

Imidlertid er Aleris opptatt av å ha et lavt sykefravær for å holde budsjettene på plass (jf. informanter fra Aleris). Firmaet melder om et lavt sykefravær for noen år tilbake, men at det nå stiger. Den største utfordringen er korttidsfraværet. Derfor vil Aleris involvere medarbeidere i prosjekter og gi faglige oppgaver og ansvarsområder til hver enkelt. Tanken er at følelsen av å være til nytte antas å ville gi større barrierer mot å melde seg syk. Et prosjekt man også håper kan hjelpe er styrkingen av primærkontaktrollen, altså at flere har rollen som primærkontakt for brukerne. Ideen er altså at et større ansvar vil gjøre det vanskeligere for ansatte å være vekke fra jobben.

6 NOEN OPPSUMMERENDE PUNKTER

Til en kort oppsummering vil jeg peke på noen spørsmål jeg på bakgrunn av kartleggingsarbeidet mener er relevante for videre studier og analyser innen dette feltet:

1. Det er så langt en liten andel brukere som velger private hjemmetjenesteaktører og sykehjem og det vil være av interesse å kjenne til brukernes beslutningsgrunnlag og begrunnelser for å velge enten kommunen eller de private aktørene.
2. Private hjemmesykepleieaktører erfarer risiko ved oppstart og det er få aktører som deltar i konkurransen. Hva er det karakteristiske og spesifikke ved privatisering av hjemmesykepleietjenester og hvilke aktører vil kunne få «fotfeste» her med tiden?
3. Bedrifter uten tidligere erfaringer med omsorgsarbeid har oppnådd rollen som underleverandør for kommunen. Hva betyr det at det kommer aktører inn i eldreomsorgen uten erfaringer på dette feltet?
4. Sykefravær og pensjonsordninger synes å være fokus når det gjelder økonomien til de kommersielle sykehjemmene; og de viser til lavere sykefravær enn offentlige sykehjem. Hva handler

detaljene i sykehjemmenes økonomi om og hvilke konsekvenser har innsparingene for brukere og for arbeidstakere?

5. Det er vanskelig å få innblikk i de kommersielle aktørers kvalitetssystemer, fordi dette er en del av anbudsstrategien. Hva er praksis for den kommunale kvalitetssikring av de ulike eldreomsorgstjenester?
6. Brukervalgsordningen er ofte begrenset til retten til å bytte. Hvilket handlingsrom gis brukerne gjennom brukervalgsordningen i praksis?
7. Flere av de private aktørene har etablert seg i andre (stor)byer også og, noen av dem eies av investorselskaper. Hvilken betydning har det for de kommunale eldreomsorgstjenester at de får tilknytning til store og nordiske, evt. internasjonale investorer?
8. De private aktørene synes å ha positive erfaringer med samarbeid med kommunen. Hvordan er praksis på kort og lang sikt når det gjelder deres samarbeid med kommunen?
9. Kommunale aktører viser ikke til negative erfaringer med de private aktørene i deres samarbeid med dem. Hvilken innflytelse har det på de kommunale aktørene og på de kommunale eldreomsorgstjenester at det konkurreres med private aktører på et marked?

LITTERATUR

- Andersen, Mona (2008) Fra hjemmehjelp til vaskehjelp? Om Taylorisering av hjemmehjelpsarbeid. Bergen: Sosiologisk institutt, UiB.
- Christensen, Karen (1998) I skyggen af Hellevik. Om utfordringer ved at arbejde empirinært. I Christensen, Jerdal, Møen, Solvang og Syltevik: Prosess og metode, Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Karen (2005) The Modernisation of Power in Norwegian Home Care Services. I Dahl and Eriksen (eds.) Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. Continuity and Change. Aldershot, Burlington: Ashgate.
- Christensen, Karen og Lie Erlend Steine (2010) Hvor fritt er det frie brukervalget? Bergens Tidende 09.11.10.
- Glaser, Barney G. (1978) Theoretical Sensitivity. Mill Valley, Calif: Sociology Press.
- Kvale Steinar og Brinkmann, Svend (2009) InterView, Introduksjon til et håndværk. København: Hans Reizels Forlag.
- Nesheim, Torstein og Vathne, Kjetil (2000) Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner. Bergen: Stiftelsen for Samfunns- og næringslivsforskning.

Reiersen, Mats Utne (2008) Oppkjøp og privatisering av børsnoterte selskaper foretatt av private equity-fond: en empirisk analyse av særtrekk ved skandinaviske selskaper som har blitt kjøpt opp og privatisert. Bergen: Norges Handelshøgskole.

Stamsø, Mary Ann (2009) (red) Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Vabø, Mia (2003) Forbrukermakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste? I Isaksen, Lise Widding (2003) Omsorgens pris- kjønn, makt og marked i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG 1

SPØRSMÅL FOR SAMTALE MED DE PRIVATE HJEMMEHJELPSAKTØRENE

- Hvor mange jobber hos dere?
- Stillingsprosjenter
- Hvilke andre tjenester tilbyr (byråets navn)? Hvor stor andel er hjemmehjelpstjenester?
- Ekstratjenester, omfang av dette.
- Konkurransen, hvilke bydeler dekkes? Hvor mange? Spredt?
- Tanker om hvorfor folk velger private leverandører som (byråets navn)?
- Hvilke regler er dere underlagt fra kommunen?
- Hvilken bakgrunn har de ansatte?
- Språk og nasjonaliteter
- Hvilke tjenester/tilbud er det som tilbys på senteret?
- Intern og ekstern kontroll? Hvilke erfaringer har dere med dette?
- Årsrapport, brosjyrer, materiell som kan gi et bilde av virksomheten?

SPØRSMÅL FOR SAMTALER MED KOMMUNENS ADMINISTRATIVE MEDARBEIDERE

- Kan du si noe om prosessen fra leverandørene kommer med sine tilbud til det inngås kontrakter.
- (PBH, sykehjem og hjemmesykepleie)
- Er det ulike kriterier for hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjem mht å få tildelt kontrakter?
- Hvordan vekter en eks. Mellom kvalitet, pris og kompetanse?
- ISO – Hvilken rolle spiller dette i kommunens helsetjenester og hvilken rolle ift. Avtaleinngåelse?
- To hjemmehjelpsbyrå gikk ut og to større kom inn i 2009, hva var grunnlaget for dette?
- Prosessen etterpå: Omfang av ekstern kontroll? Hvilke organ utfører disse? (fylkesmann, farmasøyter etc). Og hyppighet.
- Brukervalg: Hvorfor tror du så få benytter seg av kommersielle hjemmehjelpstjenester?
- Hvordan er forvaltningstjenestens rolle i valgsituasjonen?



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 4/2013
www.omsorgsforskning.no