



Universitetet
i Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering: Master i teknologi – Industriell økonomi Kontraktadministrasjon	Vårsemesteret, 2010 Åpen
Forfatter: Olga Mogilevskaya (signatur forfatter)
Fagansvarlig: Kjell Hauge, Universitetet i Stavanger Veileder(e): Petter Osmundsen, UiS	
Tittel på masteroppgaven: Etske problemstillinger innen anskaffelser Engelsk tittel: Ethical Dilemmas in Procurement	
Studiepoeng: 30	
Emneord: Offentlige anskaffelser Rammeavtaler Tjenestekonsesjon Innkjøp	Sidetall:46..... + vedlegg/annet: Stavanger, 15.06.2010 dato/år

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Forord

Hovedoppgaven utgjør 30 studiepoeng og er gjennomført i siste semester av min masterutdannelse ved Universitetet i Stavanger ved Det teknisk-naturvitenskapelige fakultet.

Bakgrunnen for oppgaven var at jeg ønsket å skrive om et tema innen fagfeltet kontraktsadministrasjon, da dette var min faglige fordypning ved UiS. I 2009 hadde jeg sommerjobb i Dialogue AS som personlig sekretær for Drude Berentsen, og ble kjent med bedriften og anskaffelsesprosesser i offentlige sektor. Etter litt frem og tilbake kom jeg over Kommunenes sentralforbund (KS) rapporten som ser på problemstillinger knyttet til fritt brukervalg for pleie- og omsorgstjenester. Her fikk jeg ideen til oppgaven min. Dette virket som et aktuelt og interessant tema, og noe jeg kunne tenke meg å videreføre i en hovedoppgave.

En stor takk skal rettes til daglig leder i Dialogue AS Drude Berentsen for å ha gitt meg inspirasjon til å skrive denne oppgaven. Hun har vært velvillig å stille sin tid og kompetanse til disposisjon for min undersøkelse. Intervju og diskusjonene med henne har kanskje vært det mest interessante og lærerike med hele oppgaven.

Til slutt vil jeg også takke min veileder og faglig ansvarlig Kjell Hauge ved Universitetet i Stavanger. Kjell Hauge har bidratt med god oppfølging og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele arbeidsprosessen.

Stavanger 15. Juni 2010

Olga Mogilevskaya

INNHALDSFORTEGNELSE

FIGURLISTE	5
1. INNLEDNING	6
2. TEORI.....	7
2.1. Hjemmehjelp og BPA. Tjenestens innhold	7
2.2. Fritt brukervalg	7
2.3. Generelt om anskaffelsesregelverket.....	8
2.4. Tjenstekonsesjonskontrakter	9
2.5. Overføring av ansvar ved tjenstekonsesjon	10
2.6. Rammeavtaler.....	10
2.7. Modernisering av offentlig sektor	11
2.8. Bestiller-utfører modellen	13
3. DAGENS SITUASJON.....	15
3.1. Entreprenørskap og innovasjon	15
3.2. Offentlig støtte for innovasjon	16
3.3. Dialogue AS. Selskapets grunnlag	17
3.4. Daglig leder i Dialogue AS Drude Berentsen	18
3.5. Strukturert intervju	19
3.6. Intervju med Drude Berentsen	19
3.7. Uloba – Norges første BPA leverandør.....	24
3.8. Vurdering av fritt brukervalg i Oslo og Tønsberg kommunene.....	25
3.9. Hjemme Best – prosjekt	30
3.10. Evaluering av Fagforbundet Nordstrand	31
3.11. Kvalitetskrav og kontroll.....	32
4. AUTORISASJONSORDNING. DISKUSJON	34
4.1. Konkurransetsetting av kommunale tjenester	34
4.2. Autorisasjon av leverandører av tjenestene.....	35
4.3. Et ikke-valgsalternativ.....	36
4.4. Erfaringer fra Sverige og Danmark	36
4.5. Danske ordninger	37
4.6. Kommunale kvalitetskrav til leverandørene.....	37

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

4.7. Svenske ordninger	38
4.8. I Norge: Forskrift og Rundskriv I-20/2000 om BPA	39
4.9. Fritt brukervalg og tjenstekonsesjon	39
4.10. Tjenstekonsesjon i Austevoll kommune.....	40
5. KONKLUSJION	41
1.2. Sterkere rettighetsfesting av BPA	41
1.2. Mellom intensjon og virkelighet	41
6. LITERATUR- OG REFERANSELISTE.....	43

FIGURLISTE

Figur 1 – Årsbudsjett 2008	12
Figur 2 – Skjematisk fremstilling av bestiller-utfører modellen	14
Figur 3 – Brukervalg antall brukere pr leverandør pr bydel.....	28
Figur 4 – Total vedtakstid alle brukere ved utgangen av måneden.....	29
Figur 5 – Antall leverandører til de forskjellige ytelser på landsbasis	38

1. Innledning

Etikk (fra gresk *ethos*) eller moralfilosofi. Det er den gren av filosofien som undersøker hva som er rett og hva som er galt, og som setter normer og prinsipper for riktig handling. Moralnormer varierer fra samfunn til samfunn, og de kan også variere over tid. Det finnes også moralnormer som er identiske over hele verden (forbudt mot tyveri og drap). Det aller viktigste spørsmål innen etikken er spørsmål om det finnes allmenngyldige, objektive normer som gjelder for alle mennesker i alle tider.[1] Hvilken betydning har etisk refleksjon i kommunehelsetjenesten?

Som offentlig organ er kommuner, på linje med andre offentlige organer i Norge underlagt en rekke regler for sin samhandling med private parter i næringslivet ved offentlige anskaffelser. De offentlige regler stiller blant annet klare krav til likebehandling og at dette dokumenteres. Begrunnelsen er å sikre etterfølgende innsyn for at anskaffelser skjer i henholdt til regler gitt av de folkevalgte, en slags etisk kvalitetssikring. Forvaltningens avgjørelser må være saklig motiverte og følge legalitetsprinsippet. Det vil si at forvaltningen ikke kan gripe inn i dine rettigheter uten at de har hjemmel i formell lov.

Kravet til likebehandling og transparens ikke er et mål i seg selv, men et verktøy for å oppnå riktige, tilpassede og effektive offentlige anskaffelser. Det er oftere større fokus på å opptre lovlig enn moralsk forsvarlig. Jussen og andre overordnede bestemmelser kommer foran den etiske samtalen. Det finnes personer med høy etisk teoretisk kompetanse, som allikevel velger de dårlige løsningene når det kommer til handling. Vi trenger jussen som rammer og gode rom der den etiske diskursen kan gjennomføres i kommunehelsetjenesten.

Denne oppgaven har som mål å belyse behov å endre vilkårene/kravene til offentlige anskaffelser knyttet til lov om helse- og sosiale tjenester. Der disse berører bruker valg i forbindelse med personlig assistanse. Jeg vil blant annet benytte statistikker, forskningsrapporter og ta et intervju i dette arbeidet. Til intervjuet utarbeidet jeg oppfølgingsspørsmål som dekket de aspekter som jeg mente var viktig å ha med i undersøkelsen. Det er del 3 i oppgaven.

I hovedoppgaven del 4, vil den ”autorisasjonsordning” gjengitt i KS rapporten være utgangspunktet for analysen. Videre skriver jeg om erfaringer fra Sverige og Danmark hvor BPA(brukerstyrt personlig assistanse) har vært en rettighet i snart 15 år, og fritt brukervalg av disse tjenestene blitt innført siden 2007-2008.

Med bakgrunn fra den teoretiske delen, og drøftinger fra del 3 og 4, vil hovedpunktene til slutt bli summert i en avsluttende konklusjon.

2. Teori

2.1 Hjemmehjelp og BPA. Tjenestenes innhold

Hjemmehjelpstjenester er lovhjemlet i sosialtjenesteloven og omfatter blant oppgaver som praktisk hjelp i hjemmet som rengjøring, innkjøp, oppvask og kles vask. I tillegg ytes det hjemmehjelp til egenomsorg og personlig stell. Andre sentrale lovbestemmelser her er forvaltningsloven, forskrift om intern kontroll og forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenester.

BPA – brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av hjemmehjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemme.

”BPA er lovfestet fra 2000 og regulert i sotjl. § 4-2 a.[2] Alle kommuner plikter å ha ordningen. Søknader om BPA skal vurderes på samme måte og innenfor de samme rettslige rammene som andre tjenester i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3. Fyller søkeren vilkårene i sosialtjenesteloven, utløses en kommunal plikt til å yte tjenester. Kommunen avgjør hvilke tjenester som skal tilbys, og om praktisk bistand evt. skal organiseres som BPA.” – står i høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 29. juni 2007 s. 12. [3]

BPA ordningen skiller seg ut fra de øvrige tjenestene ved at brukere har egne, faste assistenter som vedkommende har arbeidslederansvar for. I prinsippet kan brukeren styre hvilke oppgaver assistenten skal utføre, samt hvor og til hvilke tider oppgavene skal utføres. Det er kommunen eller privat arbeidsgiver som ansetter assistenter, men siden assistenten bistår med personrettede oppgaver legges det derfor til rette for at brukeren i stor grad kan styre valget av assistent. Han eller hun må dessuten lære dem opp i sine spesifikke behov og sette opp arbeidsplaner. [4] På den andre siden bør brukeren ha et funksjonsnivå som gjør han i stand til å være arbeidsleder for BPAen, eventuelt med litt bistand fra andre.

Kommunene kan selv velge om de vil yte den nødvendige helsehjelpen gjennom å ansette eget personell, eller ved å inngå avtale med private eller andre kommuner eller fylkeskommuner, som i så fall yter tjenestene på vegne av den ansvarlige kommunen. I siste instans er det kommunen som er ansvarlig for at brukerne får tjenester som holder den kvalitet de har krav på i henhold til loven. I forhold til assistentene forutsettes det at kommunene tar ansvaret for basisopplæring som etiske problemstillinger, taushetsplikt o.l. Dette gjelder uansett valg av organisasjonsform.[5]

Det er en flytende overgang mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie for personlig stell. Hjemmesykepleie ytes i brukernes eget hjem og utfører tjenester som krever pleiefaglig kompetanse, for eksempel medisinhåndtering, sårbehandling, måling av blodtrykk.

Intensjonen med BPA – brukerstyrt personlig assistanse er å styrke mennesker med funksjonsnedsettelse sine muligheter til deltakelse i samfunnet, og bidra til at den enkelte får muligheten til å leve selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

2.2 Fritt brukervalg

Fritt brukervalg av hjemmehjelpstjenester innebærer at brukere av praktisk hjelp skal ha rett til å velge hvem som skal levere tjenesten og ha mulighet til å bytte leverandør uten begrunnelse. Ved fritt brukervalg er det fortsatt kommunen som fastsetter omfanget av tjenesten og hvem

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

som skal ha tilgang på tjenesten. Fritt brukervalg innebærer at brukere kan velge mellom flere tilbydere. Det vil si hvor assistentene skal være ansatt. De kan være ansatt i kommunen eller de kan være ansatt av et andelslag, der de som har fått BPA har gått sammen om å eie en bedrift som skal drive sine ordninger. I Norge finnes det i dag bare et slikt andelslag, nemlig Uloba som opererer i hele landet og har egne distriktskonsulenter som hjelper arbeidsledere i sitt område. De som er arbeidsledere kan være arbeidsgivere selv. En må da registrere sin egen virksomhet med regnskap og rapportering til myndighetene.

Dersom Uloba skal være arbeidsgiver, inngår kommunen en avtale med Uloba og betaler andelslaget slik at de overtar arbeidsgiveransvaret for assistentene.

Ca. to tredeler av BPA-ene er ansatt i kommunen og en tredel i et andelslag av brukere (ULOBA). Et lite mindretall er selvstendig næringsdrivende.

Loven inneholder ingen begrensninger med henhold til hvilke type tjenester som kan utføres av private. Tjenestene er strengt lovregulerte ytelser og kommunen har ansvar for at brukerne får disse. Det ansvaret har kommunen selv om det inngås avtale med private leverandører som skal levere tjenestene til brukerne, på vegne av kommunen.

2.3 Generelt om anskaffelsesregelverket

Siden 1971 ble det utarbeidet flere direktiver som definerte regelverkets virkeområde for offentlige anskaffelser. Målsetningen for regelverket var å skape ett rammeverk for konkurranser, ett klima for åpenhet og rettferdig behandling av leverandørene underveis i konkurransen.

Implementering av Anskaffelsesdirektivene har vist en entydig positiv utvikling og resultert i:

- Økt gjennomsiktighet (transparens)
- Økt grenseoverskridende handel
- Økt konkurranse
- Økte prisbesparelser for oppdragsgivere

En grunnleggende forutsetning for å få konkurransereglene til å virke etter sin hensikt er åpenhet gjennom kunngjøring av kontraktmuligheter for leverandørene.

TED-databasen: den europeiske offisielle databasen for kunngjøringer.

Doffin: den norske offisielle databasen for kunngjøringer.[6]

Kommunenes anskaffelse av helse og sosialtjenester reguleres av direktiv 2004/18. Direktivet inneholder detaljerte krav til prosedyrer for inngåelsen av kontrakter.[7] Helse- og sosialtjenester er ikke omfattet i prosedyrekravene i Direktivet og de kalles uprioriterte tjenester. For slike tjenester stiller Direktivet bare krav til tekniske spesifikasjoner og kunngjøring etter kontraktstildeling.

I Norge følger vi Forskrift om offentlige anskaffelser § 2-1 som krever nasjonal kunngjøring i Doffin, også for anskaffelse av helse- og sosialtjenester til en verdi over 500.000 kr.[8] For kontrakter om helse- og sosialtjenester med ideelle organisasjoner, gjelder verken krav til kunngjøring eller bestemte prosedyreregler, men bare Direktivets regler om tekniske spesifikasjoner og kunngjøring av resultatet av konkurransen.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Kapittel 3 i Forskrift om offentlige anskaffelser angir de alminnelige reglene; her er det:

1. Enhver anskaffelse skal så langt det er mulig være basert på konkurranse uansett hvilken anskaffelsesprosedyre som benyttes.
2. Oppdragsgiver skal ikke diskriminere leverandører på grunn av nasjonalitet eller lokal tilhørighet.
3. Konkurranser skal gjennomføres på en måte som innebærer lik behandling av leverandører og med mulighet for leverandører til å bli kjent med de forhold som skal vektlegges ved deltagelse og tildeling av kontrakt.
4. Oppdragsgiver skal gjennomføre konkurransen på en måte som står i forhold til anskaffelsen.
5. Konkurransen skal gjennomføres i samsvar med god anbuds- og forretningskikk.

Det er også et krav at det skal foreligge protokoll som dokumenterer konkurransen ved kjøp over 100.000 kr. Beløpsgrensene i forskriften gjelder "hele anskaffelsen" og det er ikke anledning til på noe vis å dele opp en anskaffelse i den hensikt å komme under forskriftens beløpsgrenser.[9]

2.4 Tjenestekonsesjonskontrakter

I Forskriften om offentlige anskaffelser § 4-1, bokstav e, er en tjenestekonsesjon definert som en:

"tjenestekonsesjonskontrakt: kontrakt av samme type som angitt i bokstav d, med det unntak at vederlaget for tjenesten som skal utføres enten utelukkende består av retten til å utnytte tjenesten eller i en slik rett sammen med betaling,"

Definisjonen fastslår at tjenestekonsesjoner er kontrakter (*"kontrakt er en gjensidig bebyrdende avtale"*), der tjenesteyterens vederlag består i retten til selv å utnytte den tjenesten han skal utføre for oppdragsgiver, enten alene eller sammen med betaling fra oppdragsgiver. Kontrakten kan være hensiktsmessig, fordi det kan medføre at det blir klarere hva som er leverandørens forpliktelser overfor kommunen.

Et eksempel på tjenestekonsesjon er at en bussoperatør kjører en bussrute på vegne av kommunen. Penger for solgte bussbilletter blir operatørens inntekt, og kommunen betaler ikke for leverte tjenesten.

Det er to momenter som er sentrale i vurderingen av om det foreligger en tjenestekonsesjon; hvem som har etterspørselsrisikoen for tjenestene og hvem som har det endelige ansvaret for tjenestene.

Det er en utredning som Kluge advokatfirma har gjort på oppdrag fra Kommunenes sentralforbund (KS).[10] Fra utredningen fremgår det at et kommunalt brukervalgssystem trolig vil være en tjenestekonsesjon dersom leverandørene fullt ut har etterspørselsrisikoen for tjenestene, og det er en forutsetning at de ikke garanteres noe minstevolum av tjenestene. Dersom de ikke har denne risikoen fullt ut, er det sannsynligvis i stedet en kontrakt etter

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

regelverket for offentlige anskaffelser. Leverandøren kan heller ikke motta noe fast beløp fra kommunen som betales uavhengig av om de klarer å skaffe seg brukere eller ikke. Hvis kommunen garanterer leverandørene et visst minstevolum av tjenestene eller betaler leverandørene et fast beløp uavhengig av antallet brukere den enkelte leverandør oppnår, er det en ordinær anskaffelse etter anskaffelsesregelverket for uprioriterte tjenester.

Tildeling av en tjenestekonsesjon forutsetter en forutgående offentliggjøring i Doffin og TED, om at kommunen har tenkt å tildele slike avtaler. Slike konsesjoner kan tildeles løpende, men må foregå på grunnlag av grunnleggende ikke-diskriminerende prinsipper.

2.5 Overføring av ansvar ved tjenestekonsesjon

En problemstilling som har vært reist, er om en tjenestekonsesjon forutsetter at ansvaret for de oppgavene skal overføres til konsesjonæren.

De tjenestene som leverandøren skal utføre er lovpålagte, og kommuner i siste instans ansvarlig overfor innbyggerne for at tjenestene oppfyller minstekravene til kvalitet og omfang.

I kontraktsteori fremgår det ikke helt klart at manglende overføring av ansvar stenger for at det kan foreligge en tjenestekonsesjon, selv om det grunnleggende ansvaret for de tjenestene som skal utføres forblir hos oppdragsgiver.

En diskusjon som har pågått i tilknytning til dagens regler for tjenestekonsesjoner forutsetter en oppgave som i utgangspunktet påligger det offentlige. Slike oppgaver vil typisk være oppgaver der det offentlige i siste instans har ansvar for at borgerne får de tjenester de har krav på, slik som eksempelvis helsetjenester. Det er også flere eksempler på at avtaler regnes som tjenestekonsesjoner, på tross av at den offentlige oppdragsgiver beholder en del av ansvaret for de tjenestene konsesjonæren leverer til brukerne.

2.6 Rammeavtaler

De kommunene som hittil har innført BPA ordninger har i hovedsak inngått rammeavtaler med leverandørene av disse tjenestene, som er den eneste praktisk gjennomførbare metoden. I Forskriften, § 4-2 f, er rammeavtaler definert som en

”avtale inngått mellom en eller flere oppdragsgivere og en eller flere leverandører som har til formål å fastsette vilkårene for de kontrakter som skal tildeles i løpet av gitt periode, særlig med hensyn til pris og eventuelt planlagte mengder”

Dersom kommunene skal etablere en ordning med fritt brukervalg, inngår de rammeavtaler med flere leverandører om den samme ytelsen, såkalte parallelle rammeavtaler. Deretter kan brukerne velge hvilken leverandør de ønsker å benytte.

Ved bruk av rammeavtaler kan oppdragsgiver følge en av to hovedmodeller:

- 1) Alle vilkårene er fastlagt i rammeavtaler. Kommuner tar direkte kontakt med en av leverandørene og tildeler oppdrag på grunnlag av vilkårene. I denne modellen er det ikke nødvendig med nye konkurranser.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

- 2) Alle vilkårene ikke er fastlagt i rammeavtaler. Det blir arrangert en ny konkurranse og oppdragsgiver skal invitere leverandørene innenfor rammeavtalen. Vilårene i det opprinnelige konkurransegrunnlaget er i utgangspunktet grunnlag også for den nye konkurransen.

Tildeling av kontrakter innenfor rammeavtalen forutsetter at oppdragsgiver benytter den første modellen, hvor konkurransevilkårene er fastsatt på forhånd. Ved fritt brukervalg er det ikke mulig å arrangere en ny konkurranse hver gang en enkeltbruker skal velge leverandør. Hovedproblemstillingen i et slikt system er om det er rettslig adgang til å la brukerne fritt få velge hvilken leverandør de ønsker å benytte. I dag er det kommunene som velger hvem de vil benytte for å stille en BPA ordning for brukeren.

2.7 Modernisering av offentlig sektor

Kravene til kvaliteten på tjenestene det offentlige leverer blir stadig sterkere. Samtidig er det mangel på arbeidskraft, og hvis vi bruker mye mer penger i offentlig sektor kan det ødelegge for næringslivet. Offentlig sektor må derfor drives mer effektivt. Politikk og ny teoretisk innsikt om offentlige regulerings- og styringsformer har vært drivkreftene og begrunnelsen for modernisering av offentlig sektor – en endringsbølge som vi i dag ser i en rekke vestlige land.

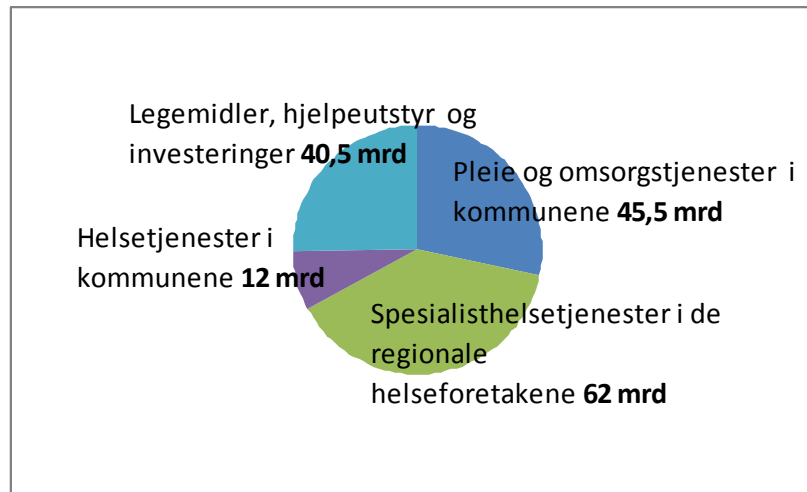
- Kostnadseffektivisering
- Resultateffektivisering
- Nytte-/kostnadseffektivisering

”Modernisering: Dette innebærer at offentlige virksomheter tar i bruk nye teknikker som fleksible budsjettssystemer, nye ledelsesprinsipper, serviceerklæringer for spesifiserte brukerytelser. Metoder gjerne lånt fra det markedsøkonomiske systemet.” [11]

En offentlig virksomhet kan ikke bruke strategimodeller hvor lønnsomhet og vekst ligger til grunn, i mange tilfeller er det begrensninger fra å gjøre strategiske valg. Et sykehus kan ikke velge bort tjenester fordi de ikke gir lønnsomhet. Det er dessuten mye som tider på at oppmerksomheten på inntektene allerede er for stor i deler av helsetjenesten.

Det grunnleggende målet for helsetjenesten er å realisere velferdsvirkninger i form av bedre helse for innbyggerne. Helsetjenesten tar en vesentlig del av det årlige statsbudsjettet, og er en av de offentlige sektorer som sysselsetter flest personer.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser



Figur 1 - årsbudsjett 2008, regjeringen.no

I hvilken grad realiserer så denne betydelige ressursinnsatsen en bedring av helsetilstanden?

Det er mange faktorer og utviklingstrekk i samfunnet som påvirker helsetilstanden, og det er vanskelig å finne operasjonelle mål på hvilken rolle helsetjenesten spiller. Videre består helsetjenesten av et mangfold av både forebyggende og kurative tjenester, med ulik grad av spesialisering. [12]

Finansieringsordninger

Helseforetakene: 60 % basis, 40 % stykkpris, poliklinikk

Kommunene: Rammefinansiering "Jo mer vi gjør, jo dyrere blir det..." [13]
Egenandeler for noen tjenester.

Fastleger: 30 % basis, 70 % stykkpris

Fysioterapeuter: Driftstilskudd, stykkpris, fast lønn

Noen årsaker til samhandlingsproblemene:

- Ingen systemer eller strukturer bærer ansvar for helheten eller understøtter det samlede forløpet
- Organisering, ansvar og virkemidler er knyttet til de ulike deltjenestene
- Uenighet om "produktet"
- Ulik problemforståelse
- Asymmetri i finansiering av kommuner og spesialisthelsetjeneste

I et fritt marked kan vi velge tjenester ut fra blant annet pris og kvalitet. Som brukere av offentlige tjenester har vi ofte bare en leverandør å forholde oss til. Derfor er det viktig å huske på at disse tjenestene i noen tilfeller er i en monopolsituasjon. Det forhindrer at de får nødvendige korreksjoner fra markedet og blir stimulert til innovasjon, effektivitet og ikke minst priskorreksjoner. Etablering av konkurransemarkeder av offentlig virksomhet ofte er et effektivt virkemiddel. Det offentlige skal fortsatt ha ansvaret for grunnleggende offentlige tjenester, men det betyr ikke at det offentlige trenger å produsere tjenestene selv.

- **Anbud.** Dette innebærer at det offentlige avholder konkurranse om retten til å produsere varer eller tjenester på vegne av det offentlige.
- **Pengene følger brukeren.** Det betyr at alle kan velge om de vil bruke en tjeneste produsert av det offentlige eller av andre.

En av hovedutfordringene er hvordan systemet anvendes. Det er viktig å kjenne systemets begrensninger dersom vi skal dra nytte av det uten å få med mange uønskede bieffekter.

Spredning av forskningsresultater og kunnskap om effektivisering er viktig. Dette kan gi mulighet til å få kunnskap om ressursbruk og brukertilfredshet for en rekke av kommunens tjenester. Nettverkene vil også gi mulighet til å sammenligne data kommuner imellom, noe som igjen gir grunnlag for analyser, formidling av gode eksempler og felles diskusjon om utfordringene.

2.8 Bestiller-utfører modellen

Bestiller-utfører modellen (BUM) er en del av moderniseringsarbeidet og markedsgjøringsstrategi. I Norge er modellen på sterk fremgang innenfor kommunesektoren. Siden helsetjenesten utgjør den store delen av offentlig sektor, er modellen også rettet inn mot denne sektoren.

BUM representerer i prinsippet en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring, og brukes både i forbindelse med kjøp av varer og tjenester fra private markeder og i forbindelse med etablering av interne markeder. Det sentrale punktet er at det offentlige etablerer selvstendige organer som ble utskilt fra departementene. De nye organene får en langt større handlefrihet enn tidligere. Styringen skal skje gjennom forhandlinger og kontrakter (rammeavtaler) som definerer klare krav til hvilke oppgaver som skulle utføres og hvilke resultater som skulle oppnås. Denne modellen representerer en ny form for mål- og resultatstyring.

For å bruke bestiller-utfører modellen må det etableres interne markeder innenfor det offentlige. Disse markedene vil skape klarere avstandsforhold, sikre en bedre utvikling av serviceledelse og presse mot høyere tjenestekvalitet. Hvert år må utføreren selge sine tjenester for å dekke sine kostnader. Bestiller definerer innhold og kvalitet på tjenestene og er ansvarlig for oppfølging og kontroll av utfører.

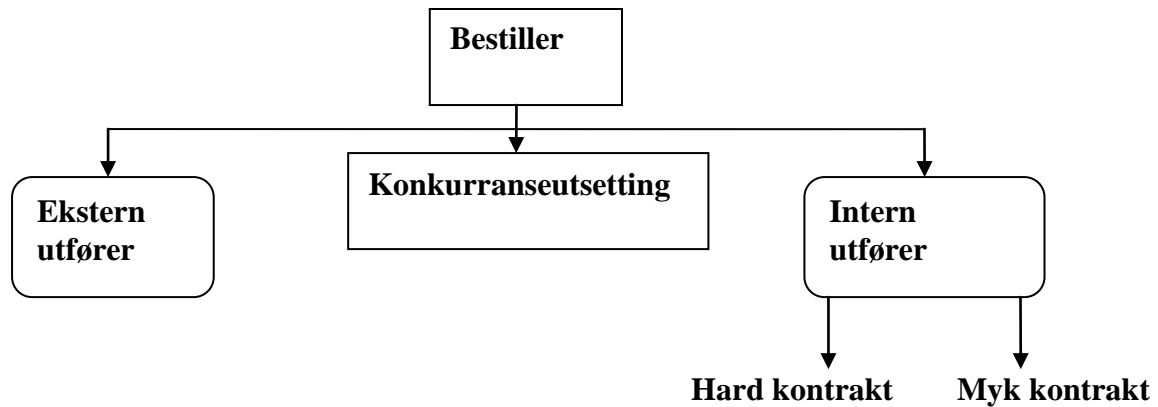
Når det hierarkiske systemet blir erstattet med kontrakter, medfører dette mer informasjon og større grad av spesifisering av ulike forhold. I NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" ble det pekt på to viktige forutsetninger for kommunalt bestilleransvar og kompetanse: "*kompetanse må både omfatte kunnskap om innhold i tjenestene, samt kompetanse på kontraktsspesifikasjon, oppfølging og kontraktsforhandlinger.*" [14] Ulike studier har vist at de administrative kostnadene synes å øke med innføringen av bestiller-utfører modellen.

Det finnes ikke noen standard for bestiller-utfører organisering, men modellen bør tilpasses den aktuelle situasjon. Det brukes to former for kontrakter:

Harde kontrakter – det er konkrete krav til leveransen og alle uenigheter løses gjennom kontraktstolkninger/kontraktsendringer.

Myke kontrakter – det er generelle formuleringer med større vekt på tillitsrelasjoner mellom bestiller og utførere.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser



Figur 2 - Skjematisk fremstilling av bestiller- utfører modellen
(Tor Busch og Jan Ole Vanebo rapport, side 8) [11]

Om modellen skal fungere etter intensjonene er svært avhengig av både utforming og prosesser under innføringen. Busch og Vanebo i sin rapport peker på mange utfordringer som kan oppstå ved implementering av BUM. Jeg vil nevne noen av de viktigste problemområdene i min oppgave.

Bestillerkompetanse

Bestillers evne til kontraktsoppfølging og kommunikasjonskompetanse må være til stedet. Ansvarsområdene er: a) behovskartlegging, b) kontraktsforhandlinger, c) styring og d) tjenesteproduksjon.

Interne eller eksterne leverandører

Dersom bestiller velger eksterne leverandører – private eller offentlige, kan dette gi bedre pris, kvalitet og produktivitet. Ulempen ved å benytte eksterne løsninger er at det kan oppstå dårlig kapasitetsutnyttelse internt, og den totale økonomiske effekten derved blir negativ på sikt.

Satsing på "lønnsomme" brukere

Det er mange komplekse tjenester i offentlig sektor, og det er vanskelig å sette prisene som reflekterer reelle kostnadene knyttet til de ulike produktene. Dette gir mulighet til utførere å forsøke å tilpasse seg for optimalisere egen resurstilgang. Aktivitetene blir da rette mot de tjenestene som har høyest pris i forhold til ressursforbruket. (stykkepris finansiering - problemet innenfor norsk sykehus).

Kontraktsform

Det skilles mellom harde og myke kontrakter som vist i teorigjennomgangen ovenfor. Det kritiske spørsmål er hvordan skal vektlegges henholdsvis pris, tillit og autoritet i kontraktene. På grunn av det ofte er svak konkurranse i interne markeder, har det vært stor fokus på tillitsdimensjon, og interne kontraktene har kjennetegn på å være relasjonelle. Det er ofte et fåtall aktører som forhandler og de interne markedene er en integrert del av både sosiale og institusjonelle forhold.

Bestiller-utfører modellen må tilpasses den enkelte situasjon og graden av suksess vil avhenge av den plasseringen som best stimulerer både til høy kvalitet og god ressursforvaltning i offentlig sektor.

3. Dagens situasjon

3.1 Entreprenørskap og innovasjon

Ved innføring av brukervalg og autorisasjonsordning i kommunene åpnes det muligheter for å etablere nye bedrifter innen helse- og hjemmehjelpstjenestens marked. Dette kan trekke inn flere kvinner og mennesker med funksjonshemming til etablering av bedrifter og kunne bruke sine erfaringer. Det er flere positive faktorer som tilsier at disse gruppene kan lykkes i denne bransjen.

Statistikk viser at kvinner rekrutteres sjeldnere enn menn til entreprenørskap, og at menn og kvinner etablerer seg i ulike bransjer.[15] Dette skyldes av at jenter velger i større grad utdanning som gir arbeid i offentlig sektor, mens gutter velger utdanning som kvalifiserer til arbeid i privat sektor. Når kommunalt utførte tjenester skal utsettes for konkurranseeksponering vil individers erfarings-bakgrunn ha stor betydning for forretningsideene, slik at kvinner får et fortinn ved etablering av bedrift.

Samspill entreprenørskap og arbeidsmarkedet

Menn starter bedrift i langt flere bransjer enn det kvinner gjør, i tillegg er det flere menn som har leder- og styreverfaring. Det kan være vanskelig for kvinner å bli selvstendig næringsdrivende på grunn av den overgangen mellom arbeidsmarkedet og entreprenørskap. Forskning har vist at ”det er forskjell mellom kvinner og menn når det kommer til overgangen mellom tanke og handling i entreprenørskapsprosessen.”[16] Det er også forskjell i fordelingen når det gjelder selskapsform. Flere kvinner enn menn velger å starte enkeltpersonforetak.

Tilgang på kapital

Det er tre hovedgrupper ressursene kan klassifiseres i: fysiske ressurser, menneskelige ressurser og organisatoriske ressurser. For en bedrift som leverer BPA tjenestene hjem, vil de menneskelige og organisatoriske kapitalressursene anses å ha størst betydning. Kvinner hadde i gjennomsnitt en mindre kapitalbase å bygge sin bedrift på enn menn. Dette kan forklares med at kvinner i arbeidslivet tjener 84 % av menns inntekt (SSB). Tilgang på kapital spiller stor rolle for videreutvikling og vekst av virksomheten. Forskning har vist at motivet til å starte bedrift og vekstambisjoner er noen av de viktigste faktorene som forklarer vekst. [17]

Strategi og ledelse

Strategi er definert som en bedrifts tilpasning til omgivelsene eller ”den tilpasningen organisasjonen gjør mellom interne ressurser og ferdigheter, skapt av bedriftens eksterne omgivelser”. [18] Imidlertid forskjeller i effektivitet står framfor forskjeller i markedsrett, når det gjelder forskjeller i prestasjoner mellom organisasjoner. Hovedmålet er å velge konkurransestrategi knyttet til ressurser og kompetanse som vil maksimere økonomisk vekst over tid. Ressurser henger sammen med strategien.

Kompetanseutvikling betraktes ofte som en av de viktigste faktorer for høy ytelse i bedriften. Å skape kompetanse involverer samarbeid og koordinering mellom mennesker og andre ressurser. ”Evnen til å gjennomføre prosesser og organisasjonenes evne til læring vil da stå sentralt”. [19] Ressurser kan bli utnyttet på mange måter og det er viktig å vite hvordan de kan bli best organisert på, samt bakgrunnen for anvendelsen. Det å velge en entreprenøriell eller innovativ strategi er ofte svært krevende.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Motivet til å bli selvstendig næringsdrivende innebærer ofte et ønske om uavhengighet, men det er en vanlig situasjon når firma trenger kapital til vekst, må det slippes nye eiere inn. Dette kan ha store effekter på styring og drift av bedriften. ”I hvilken grad en ekspansjon lykkes, avhenger blant annet av om foretaket har en ivrig og ambisiøs entreprenør med mange ideer og en ledelse som ser muligheter for, er villig til og evner å vokse”. [19] Alle bedrifter uansett størrelse har potensial til å vokse ved riktig valg av konkurransestrategi og mer effektiv bruk av ressurser.

3.2 Offentlig støtte for innovasjon

Innovasjon kan defineres på en rekke ulike måter, men egentlig innovasjon betyr forandring. Innovasjon er et akademisk felt innen økonomi teori, som fokuserer på prosesser og resultat ved å gjøre noe nytt. I stortingsmelding nr.7 Innovasjon Norge gir følgende brede definisjon: ”en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier”. [20]

Innovasjon er viktig både for bedrifter og for samfunnet. Det første har betydning for å opprettholde organisasjonens konkurransefortrinn og overlevelsessevne. Fra samfunnets side er det behov for verdiskaping og sysselsetting. Innovativt og omstillingsdyktig næringsliv realiserer viktige velferdspolitiske mål. Det er tre hoveddrivere for innovasjon:

- Markedsdrevet innovasjon
- Kostnadsdrevet innovasjon
- Forskning og utdanning drevet innovasjon

Innovasjoner er gjerne et resultat av samspill mellom en rekke aktører – private og offentlige, store og små. Offentlige virkemidler brukes for å få til innovative og nyskapende aktiviteter i bedriftene. Den mest sentrale aktøren er Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND).

Lov om Statens nærings- og distriktsutviklingsfond §1 omhandler fondets formål:

”Statens nærings- og distriktsutviklingsfond har til formål å fremme en bedrifts- og samfunnsøkonomisk lønnsom næringsutvikling både i distriktene og i landet for øvrig ved å:

- a) medvirke til utbygging, modernisering og omstilling av, samt produktutvikling og nyetablering i norsk næringsliv i hele landet og
- b) fremme tiltak som vil gi varig og lønnsom sysselsetting i distrikter med særlige sysselsettingsvansker eller svakt utbygd næringsgrunnlag.” [21]

Viktige satsningsområder for SND er: små og mellomstore bedrifter, miljøprosjekter, kvinneprosjekter og ungdomsprosjekter. En strategi for sysselsetting og verdiskaping gitt viktige bidrag til debatten om hvorfor det offentlige bør støtte innovasjon og nyskaping. Private firmaer har ofte for liten egen kapital for å investere i risikoprojekter som samfunnet som helhet ville tjent på. Det offentlige kan derfor hjelpe med investeringer og få realisert lønnsomme prosjekter.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Innovasjon i offentlig sektor kan generelt defineres som:

- Innføre og utføre en ny eller forbedret tjeneste eller rutine,
- Skape et nytt produkt (en vare eller tjeneste),
- Innføre nye former for organisatoriske løsninger. [22]

Det mest aktuelle for denne oppgaven vil jeg nevne tre former for innovasjon i offentlig sektor:

Tjenesteinnovasjon – nye eller forbedrede former for tjenester.

Tjenesteytelsesinnovasjon – nye måter tjenester tilbys og leveres på.

Forvaltningsmessig innovasjon – endring av organisatoriske funksjoner for å skape noe nytt og bedre.

Det har vært lite fokus på innovasjon innen offentlig sektor og tjenestenæring. Kvinner mest jobber, starter og driver bedrifter i tjenestesektoren, og det er denne bransjen som har et stort potensial. Kunnskap om innovasjon i offentlig sektor er en forutsetning for samfunnsutviklingen i seg selv, men er også en viktig forutsetning for innovasjon i andre sektorer.

3.3 Dialogue AS. Selskapets grunnlag

Som et eksempel på entreprenørskap og hvordan en bruker sine livserfaringer vil jeg fortelle om Dialogue AS. Denne firma var en av de første på markedet med å levere BPA tjenesten hjemme til brukere.

Dialogue ble registrert i Brønnøysund i 2000 som enkeltmansforetak for å drifte deler av et større nasjonalt prosjekt; ”Fra erfaring til læring”. Driften videre er bygd opp over tid med arbeidsområdene: [23]

- Prosjektarbeid innen helse- og rehabilitering
- Foredragsoppdrag og kursledelse ved landets universiteter og høyskoler
- Arbeidsledelse og kursutvikling innen grunnkurs i BPA og Funksjonsassistanse
- Forfatterskap av Veileder for BPA

Pr. 14.12.2005 ble innhold og portefølje i tidligere enkeltmansforetak Dialogue overført i sin helhet til et foreløpig privateid Dialogue AS.

Dialogue AS er i 2010 et uavhengig og frittstående selskap som med en sentral målsetting motiveres av helse- og sosialt arbeid for tverrfaglig forståelse og samhandling innen offentlig sektor og forvaltning. Spesialbistand hentes inn hos samarbeidspartnere på oppdragsavtaler. Dialogue AS er en registrert IA-bedrift (når en virksomhet signerer en samarbeidsavtale med NAV, blir de en IA-virksomhet)

Selskapet retter seg mot løsningsorientert bistand innen rehabiliteringsfeltet. Bredden i Diallogues arbeidsfelt er stort, men spesifikt basert på dialogen mellom tilbyder og mottaker, og tilstrebe å forene de ulike perspektiver. De tror at felles forståelse for enkeltindividets målretning må ligge i bunnen av den enkeltes rehabprosess, og at samarbeid på tvers gir raskere og bedre resultat. Selskapet befatter seg i hovedsak med oppdrag der brukerperspektivet ønskes ivare tatt og avklart.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Funksjonsassistanse

Dialogue's utøvende konsulenter/kursledere har Funksjonsassistanse knyttet til sitt arbeid, alle med erfaringskompetanse innen kommunal- og offentlig sektor. Konsulentene har i tillegg til brukererfaring også mange års erfaring fra kursledelse og fra å lede større nasjonale og prosessbaserte prosjekter. I 2006 ble konsuletstaben utvidet med kursledere som har erfaring fra medledelse- /assistert assistanse i BPA-ordninger for å imøtekomme Rundskriv I-15-2005. Konsulentene er bosatt i Oslo, Akershus, Hedmark, Hordaland, Sør-Trøndelag og Rogaland.

Gjennom Dialogues egne tiltak har selskapet siden 2005 arrangert assistentkurs som det eneste selskap i landet, gitt skreddersydde kurs i kommuner der alt har skåret seg, og yter daglig veiledning overfor BPA brukere som er i vanskelige situasjoner.

Ideologi og målsetning

Dialogue AS skal tilby flere kunder en helhetlig portefølje som fremmer individuell rehabilitering. Målet er å være det selskapet offentlig sektor forbinder med de beste kursleveranser, og som samarbeidspartner den mest kvalitetsbeviste innen metode og presentasjon av brukers perspektiv.

Med en grunnleggende filosofi om at læring skjer gjennom erfaring og refleksjon, og gjennom gode møter med samhandlingsfokus, utvikler de og deltar aktivt i kurs der erfaringslæring og skreddersydde kompetansehevingstiltak er bestillingen. Dialogue AS har idealisme som fundament, og oppnår sunt, positivt engasjement. Dialogue AS driver ikke handikappolitisk virksomhet.

Dialogues skigard er symbol på grenser og gode løsninger gjennom samtale, noe en kan lene seg til. Skigarden kan en holde seg fast i, gå langs - og i godt selskap finne en port som åpner og frigjør.

3.4 Daglig leder i Dialogue AS Drude Berentsen

Som 16 åring fikk Drude diagnose: muskelsykdom. Denne gang var det nesten dødsdøm. Hun hadde kjærest og planer om en fremtid. Det ble viktig å finne måter å overleve på eller hvordan livet kunne leves.

Prognosen ble etter hvert en fiende, representert av et nytt "systemvesen" som flyttet inn i tilværelsen hennes og påvirket hverdagene. Nye fremtidsmål måtte tråkles sammen av det lille hun satt igjen med. Hennes muligheter til å klare dagene rent teknisk og fysisk avhang av andres samarbeidsvilje.

10 år senere satt hun med de to ungene hennes på fanget. Hun hadde arbeidet så hardt med seg selv, mentalt og praktisk. Hun ble dårlig av all den negative fokuseringen som måtte til for å få hjelpen hun trengte for å leve videre.

I dag er Drude Berentsen innehaver av Dialogue AS med 140 ansatte. Paradoksalt nok men hun kan takke sine erfaringer for at hun klarer å mobilisere krefter til å drive Dialogue. Drude sier: "Vi omsetter erfaringer til praktisk handling, dvs. vi kurser, hjelper, dytter og tørker. Vi blir ikke arbeidsledige på en stund. Ideelt sett skulle vi helst ha vært det!"

3.5 Strukturert intervju

Intervju kan være strukturerte – hvor spørsmålsformuleringen er klar og nedskrevet på forhånd, og ”åpne”- de som gir større friidom til å komme med utdypende synspunkt innenfor det temaet som blir tatt opp. Det brukes stikkord eller beskrivelser som intervjueren skal ta utgangspunkt i når han formulerer spørsmålet. [24]

I forskningssammenheng kan fordelene med et strukturert intervju være at man sikrer samme spørsmålsstilling i hvert tilfelle, hvilket bidrar til god reliabilitet i resultatene. Man har klart for seg hva man vil vite. Intervjueren styrer det som skjer. Denne typen intervju stiller større krav til gjennomarbeiding og analyse av den informasjonen den gir.[25]

Jeg valgte å bruke en relativt strukturert intervjutype. Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling har jeg utviklet oppfølgingsspørsmål som veiledet meg i intervju prosessen. Den preges av at temaer som jeg ønsker å spørre om er fastlagt på forhånd, rekkefølgen av temaer og spørsmål kan også være fastlagt, men ikke nødvendigvis. Det kan komme redigeringer eller nye spørsmål underveis, som kan gjøre det lett å ta tak i oppdøkkende fenomener og fordype seg i interessante tema som aktualiseres. Denne fremgangsmåten tar vare på de kvalitative aspektene ved å gi informanten mulighet til å utforme svar som avspeiler deres forståelse av egen situasjon.

3.6 Intervju med Drude Berentsen for å innhente informasjon om problemstillingen

Oppfølgingsspørsmål

1. Hvordan og hvorfor startet du firma Dialogue AS?

Dialogue AS er et morselskap og Dialogue BPA AS er datterselskapet. Dialogue AS ble bygget opp på erfaringer knyttet til spesielt BPA, fordi BPA ble en måte å klare å leve livet videre på med en funksjonshemming eller begrensning i forhold til arbeid og sosialt liv. Dialogue AS er et kurs- og konferanseselskap, og har undervist på tema BPA og assistanse generelt. Datter selskapet Dialogue BPA AS ble stiftet senere. På oppdrag av Sosial- og helse direktoratet skrev jeg BPA veilederen på grunnlag av ti års erfaring med BPA. Når jeg hadde skrevet veilederen og fått mange forespørsler, hvorfor ikke drifte Dialogue BPA? Mitt første svar var at det er for vanskelig og det hadde jeg ikke lyst til! Men det ble etter hvert for vanskelig å la være fordi alternativene var enten kommunene eller ULOBA eller at brukeren selv måtte forestå drift gjennom personlig foretak og det er for vanskelig for de fleste.

Kommunene er vant til å drifte BPA utefra et system basert tilbud. Det andre alternativet var ULOBA, men de hadde en tilleggs formålsparagraf at brukerne skulle drifte sin BPA ordning og samtidig kjempe mot minoritets diskriminering. Når jeg tenkte på at dem som har fått et stort problem, store omveltninger i livet etter en trafikk ulykke eller en diagnose som utvikler seg, så må folk få lov å slippe å være med å kjempe for andres rettigheter når de har kamp med seg selv også. Derfor tenkte jeg at det er best at Dialogue BPA ble et reelt alternativ til et fritt liv. BPA er å frigjøre resurser slik at brukeren kan velge selv hvilke saker de vil kjempe for.

2. Har du fått økonomisk bistand eller tilskudd fra Innovasjon Norge?

Nei det har jeg ikke. Jeg har søkt og fått avslag for at bedriften var allerede etablert. På mitt spørsmål om det ikke var spesielle tilskudd som Innovasjon Norge ga til kvinnelige grundere, noe som jeg leste på hjemmesiden? Svaret var at de ikke kunne gi noe støtte siden bedriften var etablert. Vi måtte kunne vise til at det var noe nytt og spesielt, også måtte det ikke ha tilknytning til offentlig sektor. Jeg forklarte videre at jeg er funksjonshemmede selv og kvinnelig grunder. Nei, de hadde ingenting for funksjonshemmede og det var ikke søknadsgrunnlag. Så det var ingen støtte derifra, ingen prosjektf finansiering. Bare egne timer, fritid og hjemmekontor.

3. På hvilken måte foregår samarbeid mellom Dialogue AS og offentlige myndigheter? Hva slags kontrakter/avtaler dere har?

Vi inngår en generell kontrakt eller en rammeavtale på at i den aktuelle kommune kan brukerne ønske seg Dialogue eller andre firma, men reelt bruker valg er ikke innført enda. Rammeavtale som er knyttet til generelle avtalen, som er en hovedavtale sendes til oppdragsgiveren som en fil. Det kommer som punkt to at det skal være en trepartsavtale som innbefatter kommunen, Dialogue og brukeren. Der ligger det plikter innenfor arbeidsmiljøloven, intensjonene med BPA som er nedfelt i loven om helse- og sosialtjenester (Rundskriv I-20/2000) og en ny tilleggsavtale i følge Rundskriv I-15/2005. I tillegg signeres en avtale mellom hovedpersonen og Dialogue, som er mer spesifikk. Vi krever at hovedpersonen skal ivareta sine interesser og assistentene sine ansatt forhold. Avtale nummer 4 viser til hva assistentene skal gjøre, hvilke plikter som ansatt og hvilke plikter hovedarbeidsgiveren har (Dialogue) i forhold til de ansatte og det som går spesielt på BPA (BPA er ledet av hovedpersonen selv).

4. Synes du at rammeavtaler fungerer bra for denne type tjenesten?

Ja det gjør det, fordi at loven står sterkest når det kommer til en situasjon eller en konflikt og avtalene er så veldig gjennomgått av jurister både generell og tredjeparts og Dialogue sin avtale. De fungerer bra egentlig, når alle har forstått hva det innebærer. De kan veldig godt bli mer spesifikke, men da blir avtalen 20 sider lang. I dag er rammeavtalen med en stor kommune på 13 sider, tredjepartsavtalen er på 3 sider og Dialogue sin avtale med ansatte er på 2.

Jeg tror at lovverkforståelse må gjøres noe med i fremtiden. Når folk inngår en avtale så må den gjennomleses, den må forstås. Kanskje ikke alle har fått opplæring for hva lov betyr. Det er svært få som vet hva rettigheter og plikter betyr innen en lov, men det er regulert i det store lovverket: arbeidsmiljøloven, ferieloven..

5. Hvilke roller har ansatte i Dialogue?

Gjennom tidene hvor jeg har erfart BPA og undervist om BPA har det vært i salen tre roller: assistenter, representanter fra kommunene og hovedpersonen selv (brukeren). Jeg har sett at det er forskjellig rolle forståelser, som kan være veldig greie og tydelige i startfasen men ofte bor det forskjellige personer bak hver rolle inneholder. Det er også mange som bringer med seg en annen kultur, eller de har en annen agenda, eller de har en annen forståelse av hvilken rolle de har fått. Noen tenker rett og slett mye på å være en sånn "Florens"- som bringer lys og er snill og grei. Andre har tenkt å overgå seg selv ved å gjøre så veldig vel for den andre med sin

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

egen kultur og rolleforståelse. Da nærmer vi oss et spørsmål: Hvilken rolle bør de ha? Til sist er det vedtaket som er knyttet til en persons behov, brukeren er vedtakseier og den styrende part i arbeidsforhold. Det er vedtakseieren sitt behov som betyr noe og det er deres liv som skal leves og bli bedre.

Når oppdragsgiver gir oss utfordringen har de allerede da gitt over ansvaret til leverandøren (Dialogue), og vi jobber mest for hovedpersonens tilfredshet. Kommunes rett til innsyn i ordningens kvalitet og rapporter er også viktig. Ansatte assistenter har for øvrig samme plikter og rettigheter i Dialogue som i andre bedrifter

6. Dialogue har veilederansvar overfor hovedpersonene. Hva slags opplæring skal hovedpersonen få i det å være leder?

Først og fremst siden BPA ble festet til et prosjekt for cirka 20 år siden om et fritt liv ("independent living" – som har kommet fra USA). Staten gikk inn med et stimuleringsstøttekudd for å motivere kommunene til å igangsette BPA. Innenfor statens hjelp ble det stilt krav om at de som fikk stimuleringsstøttekudd måtte delta på et grunnleggende kurs for å bli en arbeidsleder for sin ordning. Disse kursene har vært arrangert siden 1994, og i 2010 har staten besluttet at det nå blir opp til kommunene å lage disse kursene.

Kursene som hovedpersonene måtte gå på, var å forstå grunnlaget for hvordan man skal bli en god leder. Eksempelvis: Kan du forstå arbeidsmiljøloven og hvilke plikter og rettigheter som ligger i denne? HMS og ferieloven er like viktige tema.

En annen del av kursinnholdet har handlet om å forstå det praktiske arbeide som ligger i BPA. Kommunen driver ikke og supporter deg og det er ikke en tjeneste du får men det er noe du jobber med. Det er veldig mye arbeid med turnuser, tider og planer. Brukerstyrt personlig assistanse skal i realiteten være brukerstyrt og det er en ordning brukeren har fått tildelt men må jobbe mye med selv.

I starten var det slik at de som er flinkeste og sterkeste og mest oppegående funksjonshemmede, det er de som fikk BPA. For meg var det greit for at jeg hadde utdanning og administrativ erfaring fra arbeidsliv, derfor var det enklere for meg å lede mine assistenter. Men det har vært ille å tenke på at det derfor var de færreste som kunne få BPA, selv om for de ansatte er det best å ha en flink leder.

Hvem kan bli leder over natten? Spesielt etter et nakkebrudd eller etter at en diagnose har forandret livet.. Det går ikke an! De siste ti årene jeg har fått lov å lage opplæringen og trakk inn etikken, verktøyene, motivasjonen og kravene i undervisningen. Jeg sier til hovedpersonene at dette er tøft og vanskelig men dere har valgt BPA og man må gjøre noe for å bli flink. Ikke utsett det til i morgen, men begynne å tenke lederskap allerede i dag. Opplæringen må med andre ord inneholde personlig forståelse over situasjonen, samtidig som man har fokus på ansattes vilkår. Den grunnleggende må være at brukere skal få holdbare retningslinjer og god veiledning. Målet er at BPA ordningen etter hvert skal bli selvgående. Det er røde dager og ferie planlegging og alt det der må i en plan.

I Dialogue får alle hovedpersonene et en dages kurs i begynnelsen. Deretter får de et en dages kurs til etter tre eller ni måneder, når de har fått tid til å fordøye og relatere det de hørte til praktisk drift. Og det er to års igangsetting – to år på å stabilisere en leder. Hensikten med en dages kurs er også at de skal slippe å reise og bo ukomfortabelt. Det tar tid å komme i et godt spor med en BPA, etter våre erfaringer ser vi at det tar ca 2 år og stabilisere en ordning.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

7. Har hovedpersonene noe innflytelse på hvem som skal ansettes som assistent?

Brukere skal ha det! Hos Dialogue spør vi først og fremst hovedpersonen om å lage sin egen annonse og legge frem sin egen profil. Hvem er jeg? Hvor skal jeg? Hvem ønsker jeg meg som assistent? Noen får det ikke til, det blir fort kaos fordi det er for vanskelig. Noen har tenkt på det lenge, andre ikke. Men uansett i Dialogue lages det en utlysningstekst hvor hovedpersonen får hjelp til å rydde litt hvis det er uklart.

Annonsen legges deretter ut på finn.no, jobbdirekte.no og NAVs sider for jobb utlysning. Dette er tre store databaser. Vi kan korrigere annonsen etter at den har kommet ut slik at vi sikrer at det blir riktig for brukeren. Annonsen ligger ute i 6 uker. Alle søknadene kommer til personal at post@dialogue.no, vi velger å ha det slik for å beskytte hovedpersonene.

På kontoret i Dialogue er det personal ansvarlig som registrerer og analyserer søknadene. Det lages en liste over alle som har søkt, denne sendes over til hovedpersonen en gang i uken eller oftere hvis det er hensiktsmessig.

Neste utfordringen er å arrangere telefon intervju med de aktuelle ut ifra profilen og brukeren eget skjønn og erfaring. Etter på kan brukeren få lov å velge å ta personlig intervju selv. Men mange er så nedkjørte og ambivalente til sin egen situasjon, at de ber oss om bistand ved de første intervjuene. Fem gode søkere plukkes ut, deretter må hovedpersonen å være i møte med dem. Blikk kontakt og personlig presentasjon er viktig.

Brukeren må velge de beste personene blant søkerne, egentlig en luksus problem. Men i enkelte områder er det vanskelig å finne assistenter.

8. Er det mulig for et familiemedlem å jobbe som assistent?

Det står i intensjonene i I-20/2000 at en nær relasjon/slektning skal i hovedregel ikke være en assistent, men dersom en må fravike dette, skal det søkes til oppdragsgiver om å få dispensasjon fra hovedintensjonen.

I mange tilfeller kan det være greit at en nær relasjon/venn kan være vikar for kort tid, eller kanskje på lang sikt. Hvis arbeidsforholdet blir formalisert og de får lønn så er det en etisk problemstilling her: nær relasjon må få lov å være en nær relasjon. Det er en risiko å måtte bli korrigert av en arbeidsleder/arbeidsgiver som samtidig er en nær relasjon. Selvfølgelig er veien veldig kort fra de beste intensjoner til en konflikt som kan lage en mismatch for roller. Min erfaring tilsier at det er greit for en mor/bror/venn å være assistent for en stund, men det skal være avgrenset arbeidsforhold.

I kontekst av hva som er best for hovedpersonen kan en nær relasjon få arbeidskontrakt hos Dialogue. Men samtidig får de beskjed om at det er korttids og dette ikke er en inntekts grunnlag for en nærstående.

9. Assistentene får opplæring i etiske problemstillinger, taushetsplikt og lignende ved starten. De deltar også på årlige kurs i Dialogue etter på. Hva slags kurs er det?

Kursene for assistentene før vi kom i en sentral posisjon, har blitt gitt fra alle de andre tilbyderne fra kommunene. Men vi mener at assistenter er en helt spesiell yrkesgruppe. Det innebærer at vi må ha en spesiell agenda og et spesielt program.

Metoder som ble brukt er at alle må presentere seg selv (de får litt hjelp i form av noen kort), refleksjonsoppgaver og hvilke forhold som har spilt inn for deres ønske om å være assistent.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Vi går videre med lovverket: arbeidsmiljø, plikter og rettigheter. Men plikten til å delta og å bidra til arbeidsmiljøet, er noe som folk nesten ikke har hørt om, så dette fokuserer vi mye på. Videre får de en bolk med verktøy om det som er viktigst i forhold til timer, planer, lønn og forventet arbeidsinnhold. Det er fundamentalt grunnleggende!

Neste er etikk og respekt. Vi snakker om integritet til hovedpersonen. Men for å ivareta den, må assistenten ha respekt for seg selv og yrkesgruppens spesielle integritet. Dette er en tøff kollektiv sak og vi bruker mye tid på det.

Siste del er evaluering og tilbakemeldinger. Evaluering oppfordrer til ettertenksomhet.

10. Er det Dialogue som har ansvar for å skaffe vikarer?

I Rundskrivet står det at hovedpersonen skal ha ansvaret for å skaffe vikarer. Men det er ikke mulig å ha ansvar for å skaffe vikarer uten å ha grunnlaget for det. I Dialogue lager vi en vikarliste under ansettelsesprosessen. Søkere som har fått avslag om jobben blir alltid spurt om de ønsker å være ringevikar, selvfølgelig med litt opplæring først. Slik etablerer vi en personlig vikarpool.

Administrasjonen i Dialogue har en generell vikarpool, som vi oppdateres fortløpende. Vi oppfordrer hovedpersonene våre å rekruttere so langt det er mulig, blant egne assistenter og nettverk. Det formelle tar Dialogue seg av og etter hvert står brukeren med sin egen vikarpool. Slik oppfyller de ansvaret som står nedfelt i statlige skriv.

11. Hva skjer med assistenter dersom Hovedpersonen ikke er til stedet? (på sykehus for eksempel)

Assistentene skal varsles i god tid. Arbeidsmiljøloven sier 14 dager før endring av turnus. Planlagt innleggelse på sykehus bestemmes i god tid i forveien. Ved en akutt situasjon skal assistentene fortsatt ha sin plass i en arbeidsplan som utløser lønn. Så man må tilpasse seg å ha planer for alle situasjoner.

Hvis det skjer en innleggelse som forventes å være lenge, iverksetter vi en ”kontingensi” plan på hva som må gjøres. Assistentene kan velge å bistå hovedpersonen i perioden på sykehuset, dersom det er hensiktsmessig. De kan velge å gå ut i ulønnet permisjon eller sette timene på konto.

En katastrofe beredskap har flere sider ved seg. Assistentene beskyttet under arbeidsmiljøloven og vanlige regler.

12. Hva og hvordan rapporteres til kommunen i forbindelse med en BPA ordning?

Gjeldende prinsipper er knyttet til avtale med oppdragsgiver. Timerforbruk rapporteres etter hver lønnskjøring. Imidlertid er det noen oppdragsgivere som kun ønsker års avstemning. Andre vil bare ha avvik på det som er planlagt.

Vi har tre hovedmåter å rapportere på: timeark, avvik (hver måned eller hvert halv år), underforbruk /overforbruk timer. Alt må innrapporteres innen 1. Mars. Vi er også pliktige til å rapportere om ordningen ikke utvikler seg stabilt, eller det motsatte. Selve målsetningen at alt går bra.

13. Er det noe kvalitets kontroll fra kommunen?

Kommunen har rett til en internkontroll/revisjon jfr. Dokumentforskriften. Denne sikrer kommunen innsikt i at tjenesten kommunen betaler for gir brukeren den kvaliteten som er bestilt. Hvis hovedpersonen ikke har noe positiv utvikling, kan det i sin ytterste konsekvens

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

føre til at kommunen kan revurdere vedtak og avtale. Det har erfaringsvis vært vanskelig å slippe hovedpersonens tilværelse ut av sine, men gjennom godt samarbeid og nok innsyn i de faktiske forhold stabiliserer det hele seg som regel. Med dette menes når hovedpersonen har vist at de kan og leverandøren er korrekt i sin rapportering, bygges tillitt og tro på at tiltaket tjener formålet.

14. Administrative rutiner og bruk av IT, er dette noe som hjelper å effektivisere BPA ordningene?

Mange av hovedpersonene er i en krisesituasjon eller har et vanskelig liv i perioder. For at de skal kunne klare å ivareta timelister og sjekke hva som er riktig ført, behøves en kvalitets sikring for at ansatte skal ha riktig lønn. Det skal også rapporteres korrekt forbruk av timer. Spesielt tilpasset webtime system ivaretar automatisk kveldstillegg, helgetillegg osv for assistentene. Systemet teller også timebruk for korrekt lønnskjøring.

På sikt vil systemet kunne legge inn turnusene eller den avtalte arbeidstidsplanleggingen som er knyttet til hver bruker måned for måned. I det lange løp vil dette bli resursbesparende, og frigi timer til både hovedperson og Dialogue.

Websystemet er veldig brukervennlig og forhindrer feilføring.

15. Hvordan finner Dialogue nye Hovedpersoner? Eller hvordan finner de Dialogue?

Det er et vanskelig etisk dilemma å forsøke å finne hovedpersoner uten å trå over en grense. Under Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon finnes det rundt 65 pasientorganisasjoner i dag. Vi kunne konsentrert oss om å sette foten i døren og sagt: vi må komme inn og fortelle! Vi kunne ha markedsført oss sterkt i media og sagt mye om hvor flinke vi er. Personvern og Datatilsynet hindrer oss å nå målgruppen nydiagnostiserte/nyskadde. Det er at nyskadde ikke vet om mulighetene som finnes gjennom en god BPA løsning er noe av det vanskeligste. Det er lukkede muligheter til å kontakte personer registrert i helsevesenet. Det kan derfor ofte ta mange år før livet kan stabilisere seg. Det burde vært enklere.

For meg er det vanskelig bare å lage brosjyrer uten at jeg må gå mange runder med meg selv. Det er ikke noe vi lett kan legge i postkassen i forsøk på å selge en god BPA ordning. Det går heller ikke an å prøve å informere en hovedperson etter at han/hun nettopp har fått et vedtak. Situasjonen kan forandre seg fra 2010, hvis offentlige anskaffelser blir gjort gjeldende. KOFA har tenkt om å opprette en offentlig portal for å legge inn en utlysning på et behov for leverandører skal melde sin tjeneste.

Måten å finne nye brukere på er kun via kommunene i dag. Godt omdømme og en langsom oppbygging har til nå vært eneste farbare vei. Jeg tror mest på muligheten for at hovedpersonene eller forvaltningen rundt bruker tid på å lette etter den beste løsningen.

Med en lovendring om fritt brukervalg blir det en annen situasjon. Det blir en ny utfordring.

3.7 Uloba – Norges første BPA leverandør

Uloba er et andelslag for borgerstyrt personlig assistanse, som ved inngangen av 2008 hadde 712 andelseiere i 154 kommuner/bydeler. [26] Helt siden starten i 1991 har Uloba inngått avtaler med kommuner om arbeidsgiveransvar i BPA-ordninger. I løpet av siste par årene har det kommet flere private leverandører som tilbyr å levere BPA tjenesten (8-10 slike firmaer i dag). I forbindelse med økende antall aktører aktualiseres spørsmålene om anbud,

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

konkurransen, direktekjøp og hva som er korrekt gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser.

Oslo kommune behandler Uloba som en leverandør på lik linje med andre de kjøper varer og tjenester av, og nå vil de reforhandle avtalen mellom kommunen og Uloba. I denne forbindelse har det blitt sendt brev fra Uloba's administrasjon hvor de sier at "Uloba ikke aksepterer å være leverandør på lik linje med renovasjonsselskap eller vaktmestertjenester, og at innholdet av avtaleforslaget bryter med viktige prinsipper Uloba er fundamentert på." [27] De mener at Uloba er en ideell virksomhet og at kommunene må samarbeide med dem uten å gå en konkurranserunde.

I forskriftens § 3 står det sentralt at det skal skapes reell konkurranse om offentlige kontrakter med lik behandling av leverandører. Jeg synes at det er et sterkt argument for at Uloba må behandles på lik linje med andre og konkurrere om å få kontrakt med kommuner.

Svar fra Byråden for velferd og sosiale tjenester (Oslo kommune) opplyser følgende:

"Kommunen opplevde at kontrakten som Uloba benyttet var ubalansert, og i liten grad sikret brukerens og kommunens interesser.

Oslo kommune ønsker å benytte felles kontraktvilkår for alle leverandører av tjenester og unngå å bruke kontrakter som er ensidig utarbeidet av en leverandør.

Bydelene bruker foruten egenregi, fire ulike leverandører av BPA. Øvrige leverandører har ingen innsigelser mot Oslo kommunens kontraktvilkår." [28]

I en vurderingsrapport som er utført av arbeidsgruppen med hensyn til praktisering av BPA-ordningen blant kommunene i vestregionen er det følgende funn:

"Uloba ivaretar arbeidsgiveransvaret for assistentene til omkring 80 prosent av brukere i Vestregionen. Flere kommuner uttrykker bekymring i forhold til bruk av Uloba som leverandør av BPA-tjenester. Dette har spesielt sammenheng med manglende innsyn og kontroll med det arbeidet Uloba utfører." [29]

Oslo kommunen er skeptisk til betraktningen av andelslaget Uloba som en ideell organisasjon som ikke omfattes av anbudsbestemmelsene. Det er foreslått at de 13 kommunene i Vestregionen går sammen om en felles anbudsprosess av BPA-tjenester, og ikke å betrakte innkjøp av BPA-tjenester til hver enkelt bruker som et eget innkjøp. I etterkant av en anbudsprosess inngår kommunene rammeavtaler med flere private firmaer slik at det legges til rette for fritt brukervalg blant de leverandørene kommunene inngår rammeavtaler med. Det er utarbeidet en leverandørnøytral kontrakt for alle eksterne aktører inkludert Uloba.

3.8 Vurdering av fritt brukervalg i Oslo og Tønsberg kommunene

Flere kommuner har valgt å innføre fritt brukervalg for praktisk hjelp i hjemme. Tønsberg kommune har hatt ordningen med brukervalg av praktisk hjelp fra 01.03.05. [30]

Bydel Nordstrand har hatt brukervalg i hjemmehjelpstjenesten som et forsøksprosjekt siden våren 2003. Som en del av forsøksprosjektet ble konsulentfirmaet Kaupang AS engasjert for å utarbeide en grundig evaluering av prosjektet. [31] Noen hovedpunkter fra evalueringsrapport er også innhentet derfra til oppgaven.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Erfaringer viser at mellom 10-20 % av brukerne foretrekker en privat leverandør. I Oslo kommune 15 % av brukerne hadde valgt privat firma etter 16 måneder. I Tønsberg kommune er det 5 % etter 8 måneder. Det er stort sett nye brukere som velger privat alternativ enn de som har fått BPA hjelp fra kommunen tidligere. Kun 10 % av brukerne bytter tjenesteyter. I følge forskere Per-Gunnar Edelbak og Marianne Svensson skyldes det ”at bytte medfører anstrengelser og usikkerhet, at brukeren er avhengig av personalet gjør at de ikke ønsker å klage” – fra Rapport om brukervalg i Norden.

Økte totalkostnader

Brukervalg medfører økt administrativ ressursbruk. Det går på at flere leverandører skal gis autorisasjon, og det må være nøyere grunnlagsarbeid i form vedtak, fastsettelse av timepris, faktureringsrutiner, kontroll av leverandørene, oppfølging av kontrakter og mer dokumentasjon.

Samtidig er det registrert økt effektiv brukertid (forholdet mellom antall timer hos brukerne og totalt antall timer). Man kan ikke si sikkert at denne effektivitetsgevinsten vil oppveie den økte administrative kostnaden i et langsiktig perspektiv. Fritt brukervalg er ikke først og fremst ment til å være et effektiviseringsverktøy. Det konkurreres på kvalitet, men ikke på pris.

Bedre kvalitet på tjenesten

Brukerundersøkelsen i Oslo kommunen viser at de med private hjemmehjelpere er klart mer fornøyd enn de med kommunale. Flertall av alle brukerne er positive til fritt brukervalg. Det kan konkluderes at brukerne totalt sett opplever bedre kvalitet på tjenestene etter at brukervalg ble innført. Det pekes på at ved en brukervalgordning må en utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom de private aktørene og kommunen. Det er viktig å samordne tjenestene.

Bestiller-utfører modellen

Fritt brukervalg forutsetter bestiller- utfører organisering, der brukerne kan fungere som reelle kunder. Roller og ansvarsforhold avklares ved at forvaltning skilles fra drift, det vil si utredningsavdelingen er bestiller og hjemmehjelpstjenestene er utførere. Rammeavtale som inneholder spesifikasjoner og oppfølgingssystemer er den mest brukte avtaleform mellom kommune og leverandør. Bestiller-utfører modellen ivaretar lik behandling av kommunale og private firmaer.

Prissetting og betalingsordning

Kommuner setter pris for en time til leverandøren etter sine faktiske utgifter: drift av tjenesten, administrasjon, kjøring etc. For brukerne blir det ingen endring fordi egenbetaling er fastsatt etter egne satser. Stykkprisfinansiering er en forutsetning for fritt brukervalg. Leverandøren vil få sine inntekter i forhold til direkte tid hos brukeren.

Oslo kommune har opplevd at det har vært vanskelig å sette timepris på tjenestene.

Kommunens ansatte

Ved innføring av fritt brukervalg ligger det en fare for at kompetanse skal forsvinne ut av kommunen. Men erfaringene sier at det er fortsatt mange brukere som velger å motta tjenesten fra kommunen, dermed opprettholder kommunen sin kompetanse på dette området.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

De ansatte fra Oslo kommunen er totalt sett like godt fornøyd med arbeidsplassen. Litt under halvparten av alle ansatte som har svart på undersøkelsen positive til brukervalg, mens litt over fjerdedel er negative og en fjerde del er usikre. En videre utfordring for kommunene som har innført brukervalg, er å fokusere på trygghet, motivasjon og holdninger hos de kommunale ansatte for å bidra til kvalitet og service. Konkurransen kan føre til at enkeltpersoner vil veksle mellom å være ansatt hos kommunen og private firmaer. For å være i stand til å gi tilbud selv og eventuelt ta tilbake virksomhet dersom det skulle bli nødvendig, må kommunen opprettholde god utførerkompetanse.

Hovedkonklusjonen av evalueringen var at det er mulig å tilrettelegge for fritt brukervalg, både når det gjelder organisering og kvalitetsoppfølging. Bystyret har bestemt at brukervalg i hjemmehjelpstjenesten skal innføres i alle bydelene.

Fra 01.06.06 i bydelene: (Hjemme Best prosjekt)

- Søndre Nordstrand
- Nordstrand
- Østensjø
- Alna
- Gamle Oslo
- Grünerløkka
- St. Hanshaugen

Fra 01.09.06

- Grorud
- Stovner
- Bjerke
- Nordre Aker
- Sagene
- Frogner
- Vestre Aker
- Ullern

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Figur 3

Brukervalg - antall brukerne pr leverandør pr bydel

Rapport fra Helse- og velferdsetaten ved utgangen av hver måned

Måned: Februar 2010

	Alna	Bjerke	Frogner	Gamle Oslo	Grorud	Grünerløkka	Nordre Aker	Nordstrand	Sagene	St.H.haugen	Stovner	S.Nordstrand	Ullern	Vestre Aker	Østensjø	Sum
Bydel/leverandør:																
Bydelens egen utfører	692	591	762	499	472	720	685	738	711	369	405	338	339	292	1213	8826
Hjtj. for døve og døvblinde	6	0	1	3	1	3	1	2	3	5	0	0	1	2	0	28
ASOR AS	32	19	9	20	3	9	0	29	15	12	3	0	19	40	21	231
Attendo Care AS	13		12			3		10	0	2			5	29	12	86
Carema Omsorg AS	45		40				20	217	18				1	70	47	458
City Maid AS	42	24	42	15	39	8	36	39	12	29	25	16	43	188	45	603
Kamfer AS			30	13		3	9	18	1	12			10	3	11	110
Omsorg og Helse AS	2	2	44	3	1	1	14	63	6	8	0	4	88	66	0	302
Omsorgsspesialisten AS			33													33
Oslo Helse og Omsorg AS	40	23	38	15	36	6	15	25	18	10	36	22	22	24	17	347
Prima Omsorg AS	12	10			20		20				18		14	16	21	131
Seniorstøtten AS	4	10	6	2	5	5	0	3	0	1	6	0	1	8	13	64
Total Helseservice AS			20			0	6	3		10			5	11		55
Sum komm.utfører	698	591	763	502	473	723	686	740	714	374	405	338	340	294	1213	8854
Sum private utførere	190	88	274	68	104	35	120	407	70	84	88	42	208	455	187	2420
Sum alle utførere	888	679	1037	570	577	758	806	1147	784	458	493	380	548	749	1400	11274
Rød boks betyr at leverandøren ikke tilbyr tjeneste i denne bydelen																
Prosent private	21,4	13,0	26,4	11,9	18,0	4,6	14,9	35,5	8,9	18,3	17,8	11,1	38,0	60,7	13,4	21,5

(tatt fra Oslo kommune hjemmeside den 15.04.2010)

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Figur 4

Total vedtakstid alle brukere ved utgangen av måneden:

Kommunal	3130	2945	6590	2975	2614	3154	3494	3651	4323	1578	3209	2299	3211	1188	5219	49580
Privat	964	346	2889	390	543	165	457	1922	457	437	449	404	2238	2038	1275	14974
Sum vedtakstid	4094	3291	9479	3365	3157	3319	3951	5573	4780	2015	3658	2703	5449	3226	6494	64554
Prosent private	23,5	10,5	30,5	11,6	17,2	5,0	11,6	34,5	9,6	21,7	12,3	14,9	41,1	63,2	19,6	23,2

Gjennomsnittlig vedtakstid pr bruker/måned:

Kommunale leverandører	4,3	4,6	8,4	5,9	3,3	4,2	5,1	4,6	5,3	4,2	7,5	6,3	9,3	4,0	4,2	5,4
Private leverandører	5,0	3,6	10,3	5,7	5,1	4,4	3,5	4,4	6,5	5,2	5,1	9,6	10,4	4,3	6,5	6,0

Oppgitt i timer og minutter pr. måned

3.9 Hjemme Best – prosjektet

På hjemmeside til Oslo kommune har jeg lest om prosjektet ”Hjemme Best”. [32]

”Hjemme Best” er et prosjekt med fritt brukervalg i hjemmehjelpstjenesten. Målet er å gi frihet for den enkelte til å velge hvem som skal hjelpe dem i deres eget hjem. I 2006 ble fritt brukervalg innført i bydelens hjemmehjelpstjenester.

Mellom 2006 og 2008 har Bydel Vestre Aker i Oslo prøvd ut prøveprosjekt med fritt brukervalg også i hjemmesykepleien. Prøveprosjektet har blitt evaluert av Asplan Viak og resultatene viser at nesten tre av fire brukere opplever økt grad av valgfrihet og medvirkning.

Brukervalg innføres for at de som har hjemmehjelp i større grad skal kunne:

- Velge den leverandør man vil ha eller få tjenesten fra kommunen
- Påvirke kvaliteten på arbeidet ved å velge hvem som skal utføre tjenesten
- Leverandørene vil automatisk konkurrere mot hverandre
- Tjenesteproduksjonen kan organiseres med god kostnadseffektivitet og kapasitetsutnyttelse

Det er laget opplæringsplaner for hjemmehjelpstjenesten. Nyansatte skal få opplæring 3 dager med en ansatt, i tillegg må de skrive under på at de er kjent med tjenestens faste rutiner. Utenom dette har de ansatte mulighet til å søke å gå på kurs gjennom fagforbundet relatert til arbeid. Det er viktig at ansatte både har tilstrekkelig kompetanse og vilje til å levere tjenester med god servicekvalitet.

Det ble inngått kontrakt med 7 private firmaer, men det to av de som har fått flest brukere i tillegg til egen kommunale utførerenhet. 70 % av brukerne tar et aktivt valg. 13 % av brukerne velger private leverandører og 87 % velger kommunale. Brukerne kan ikke velge innholdet i vedtaket, kun hvem som skal utføre den.

Fra høsten 2009 skal Hjemme Best prosjektet videreutvikle brukervalget til å gjelde i hjemmesykepleien i hele byen. Målet er å ha en ny samordnet brukervalgordning på plass i alle bydeler innen sommeren 2011.

Byråd for velferd og sosiale tjenester (Oslo kommune) Sylvi Listhaug sier:

-” En viktig del av Hjemme Best – prosjektet vil være å heve kvaliteten i de kommunale tjenestene og sørge for at brukerne får bestemme mer selv. Mange brukere er frustrerte over at det kommer mange hjelpere hjem til dem og at det er for lite fleksibilitet i tjenestene. Dette skal Hjemme Best bidra til å gjøre noe med.”

3.10 Evaluering av Fagforbundet Nordstrand

Det er ikke alle som er positive til fritt brukervalg. Fagforbundet Nordstrand har laget en ”Rapport brukervalg og skille bestiller/utfører i Bydel Nordstrand”[33]

Fagforbundet Nordstrand er bydelens største fagforening med 1000 medlemmer. De har vært med i lokal styringsgruppe ved forberedelsene til brukervalgprosjektet. Etter at brukervalget ble innført har de laget en rapport i egen regi. Siteres:

”Vår rapport bygger på de erfaringer vi og våre medlemmer har til nå. En rapport som sier mer om det som ligger bak alle tallene og som ikke kan sees i statistikker. Vi ønsker å komme med en fyldigere rapport enn det vi så vi hadde muligheten til gjennom den offentlige evalueringsrapporten..

Vi har ikke fått anledning til å se ansatteundersøkelsen før vi leverer vår egen rapport.”

Konklusjonen av denne rapporten er følgende:

Lite brukervennlig tjeneste

Innføring av brukervalg har gjort at tjenesten er oppsplittet og lite brukervennlig. Det er intet samarbeid om det helhetlige behovet hos brukeren. En oppstykket og delt tjeneste gir dårligere kvalitet. Omsorg og tverrfaglig samspill er fraværende i brukervalg.

Effektivisering

Det er bygget opp et omfattende byråkrati gjennom bestillerkontoret som vi mener ikke er kostnadseffektivt eller gir noen bedre tjeneste. Pengene skal brukes mer direkte rettet mot brukeren. Kommunen selv skal kunne betjene sine brukere uten at noen skal tjene penger på dette som et marked. Foreløpig er dette et underskuddsforetak. Ved full innføring i alle tjenester kan timeprisen blir mye høyere.

Konkurransetilvilkår

Brukervalg er ingen reell konkurranse. Private firmaer kan i motsetning til kommunen, planlegger budsjettet i forhold til det taket de har satt i kontrakten. De velger selv om de ønsker å øke taket. Dersom et privat firma ikke har kapasitet og ikke ønsker å øke det, må kommunen ta alle vedtak som er igjen. Det siste kan ofte være de tyngste brukerne. Organiseringer gjør også at det blir mer attraktivt å jobbe hos private leverandører hvor de ”vanskelige” brukerne ikke er.

Tilleggstjenester

De private leverandører har mulighet til å tilby tilleggstjenester mot betaling. De har ikke anledning til å reklamere eller tilby ekstra tjenestene mens de utfører oppdrag på vegne av kommunen men hvem kan garantere at de ikke gjør det? Dette gjør at man skiller på de brukerne som har bedre økonomi til å kjøpe seg tjenester utenom vedtak og de som ikke har det.

Kommunens ansvar

Kommunen bør selv ta ansvar for innbyggerne og sørge for å ha ansatte som utfører tjenesten på en god, økonomisk og trygg måte.[34] Befolkningen skal kunne stole på at kommunen står klar til å yte de tjenestene de trenger og ha fagfolk som vet hva som skal til for tjenestene. Dette er god økonomi og bruk av våre skattepenger.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Fagforbundet er kritisk til å ta i bruk fritt brukervalg. Det har vist seg å være en kostbar ordning og det er ingen garanti at kostnadene vil kunne reduseres på sikt. Kristiansand bestemte seg etter 13 måneders utredning å ikke innføre fritt brukervalg. Fagforbundet mener ordningen også kan føre til usikkerhet for ansatte og tap av kommunale arbeidsplasser.

3.11 Kvalitetskrav og kontroll

Myndighetene har ikke kommet med detaljerte felles krav til BPA og hjemme hjelp. Det finnes ikke noen minstekrav eller noen normer for den utøvelsen av BPA vedtak. Jeg har sett på hjemmesider til de private leverandører, Uloba og kommunene sine sider. De viktigste punktene er de samme for alle, men det beste er å lage en formell, skriftlig avtale om hvordan ordningen skal fungere og diskutere disse punktene til parter blir enige. Dette må stemme med forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).[35]

Nødvendige forutsetninger som må være til stedet for at brukervalg skal kunne fungere:

- Reel valgmulighet. Det må være flere private leverandører som brukerne kan velge mellom.
- Kompetanse og god informasjon. Aktuelle leverandører må ha nødvendig kompetanse for å sikre at tjenesten leveres som forutsatt. Brukerne må få tilstrekkelig informasjon om tjenesteyterne for å kunne gjøre et bevisst valg.
- Organisering/gode rutiner. Kommunen må ha en ”bestiller-utfører organisering” på dette området, samt gode rutiner som sikrer at brukerne får de tjenestene de har krav på.
- God beredskap. Brukerne må få tjenesten uansett om de velger aktivt eller ikke. Derfor bør noe av tjenesteyting være i kommunal regi.
- Kontraktstyring / finansiering. Kommunen må ha god kompetanse på kontraktstyring for at private aktører skal kunne levere tjenester. Kommunen må ha et finansieringssystem som legger til rette for at pengene følger brukerne.

Når kommunen kjøper tjenester fra private utøvere, vil kommunen like fullt ha et ansvar for at tjenestene er av en kvalitet i medhold av lov (sotjl. § 2-1). Det skal føres internkontroll og kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.[36]

Arbeidsforholdet mellom brukerne og assistentene preges av at de treffes hele tiden, og derfor er det viktig å etablere klare roller.[37] Den som får tjenesten hjemme er arbeidslederen. Det er riktig å drøfte organiseringsspørsmålene med ansatte men det er lederen som tar endelige avgjørelsene. I denne forbindelse må det arrangeres personalmøter og utviklingssamtaler for brukerne, både hos private leverandører og kommunale. Kommuner bestemmer selv etter hvilke kriterier skal de velge leverandører men kvalitetskravene til en BPA-ordning skal være i samsvar med myndighetenes intensjoner. Kvalitetskravene må forskriftsfestes og de viktigste punktene er følgende:

- Kvaliteten må innebære at den enkelte har mulighet til å leve selvstendig og å delta på alle samfunnsaktiviteter på linje med andre.
- Arbeidsgiver og arbeidslederansvaret må klargjøres og presiseres nærmere i regelverket. Det må utarbeides klare avtaler mellom partene.
- Arbeidsgiveren må tilby god grunnopplæring i ledelse, samt gi en kontinuerlig og kompetent veiledning videre.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

- Kvaliteten på tjenesten henger nøye sammen med god opplæring av assistenter. Arbeidslederen har selv det fulle ansvaret for opplæring av sine personlige assistenter.
- Arbeids giveren må påse HMS-verktøy.
- Brukerne må ha klageadgang på tjenester som ikke holder kvalitetsmål

I en høringsuttalelse fra Skedsmo kommune står følgende:

”Kommunen uansett modell står ansvarlig for at bruker mottar faglig forsvarlig oppfølging av sine behov. Kommunen bør derfor kunne sikre at arbeidsgivere oppfyller visse, fastsatte vilkår for å fylle denne rollen som for eksempel bruk av kvalifisert arbeidskraft, journalføring og dokumentasjon. På denne måten vil kommunen fortsatt inneha reell kontrollmulighet overfor tilbudet den enkelte bruker mottar.”[38]

Forskning viser at opplæring og spesielt veiledning av arbeidsledere og assistenter ikke har vært prioritert godt nok i kommunene når det gjelder BPA og at økonomiske midler har vært benyttet til drift av ordningen. [39]

Brukerne er kontrollørene. De har mulighet til å klage og bytte leverandør. Det skal foretas brukerundersøkelse og det er et system for internkontroll. Kommunen skal kvalitetssikre tjenesten.[40] Det er noen som mener at kontroll av tjenesten ville vært langt enklere med bare en kommunal utfører. Brukervalg blir et system som setter grupper mot hverandre og hvor behovet for en best mulig tjeneste kommer i bakgrunn. Målet på kvaliteten i dag er at utfører gjør en jobb slik at brukeren ikke bytter han.

4. Autorisasjonsordning. Diskusjon

4.1 Konkurransetsetting av kommunale tjenester

Nye organisasjonsformer på ulike måter innebærer at deler av kommunal virksomhet blir utsatt for konkurranse og privatisering. I stedet for å utføre alle oppgavene selv, bestiller kommuner tjenester fra private leverandører som konkurrerer mellom hverandre om å få oppdrag. De vanligste oppgavene som settes ut til private er: renhold, bygg- og veivedlikehold, matproduksjon, lønn og revisjon, IT og telefontjenester. I de siste fem år utsetting av oppgaver innen helse og sosialtjenester har betydelig vokst. Kommunen skal fremdeles finansiere disse tjenestene og kontrollere at det oppnås ønsket kvalitet. Målet med konkurranseutsetting er å bidra til fornyelse av offentlig sektor, mer effektiv bruk av ressurser og fremme omstillingsviljen. Det satses på mindre, spesialiserte og antatt kundenære virksomheter som er mer tilpasningsdyktige enn tradisjonell kommunal totalleverandør.

Politiske debatter går høyt spesielt når dette fenomenet gjelder pleie- og omsorgssektoren. Omfanget av konkurranseutsetting er generelt økende. Noen partier mener at det offentlige kun skal forvalte myndighetsfunksjoner og dele ut penger til underleverandører Andre hevder at det offentlige må ha både myndighets- og utførelsesfunksjon for å bevare likhetsbasert velferdssamfunn.

Vi vet at konkurranseutsetting legger press på ansatte i kommunesektoren. Selv om arbeidet i helse- og sosialsektoren i de siste årene har vært preget av underbemanning, kan omstilling skape usikkerhet hos den kommunale ansatt. Kan jeg bli arbeidsledig? Dersom det skjer overdragelse fra kommunen til en privat leverandør, vil arbeidstaker få et særlig vern. (arbeidsmiljøloven, § 16)[4] Lovens formål er å sikre at arbeidstakerne opprettholder sine individuelle lønns-, pensjonsvilkår og arbeidsbetingelser uavhengig av overføringen.

Arbeidsmiljøloven, § 16-2

(1) Tidligere arbeidsgivers rettigheter og plikter som følger av arbeidsavtale eller arbeidsforhold som foreligger på det tidspunkt overdragelsen finner sted, overføres til den nye arbeidsgiver.

Flere evalueringsrapporter viser at arbeidsforholdene er mer avhengige av rammebetingelsene enn av privatiseringsspørsmålet og dersom disse er tilstrekkelige, vil private arbeidsgivere være så dyktige som kommunale.

Det finnes hele spekteret av løsninger som kan benyttes. For eksempel Tønsberg kommune har inngått en avtale med ansatte som gir dem fortrinnsrett til jobb hos den leverandør som eventuelt vinner en anbudskonkurranse. Bærum kommune har gitt sine ansatte angrefrist hvis de følger over til en privat arbeidsgiver og ikke trives. [41]

De fleste omstillinger er positive, fordi de bidrar til økt organisasjonsklarhet og tro på effektivitets- og kvalitetsmålinger, slik at ulike aktører kan sammenliknes ("benchmarking") i en konkurransesituasjon. Likevel er troen på økonomiske gevinster den vanligste begrunnelsen for norske kommuners interesse for konkurranseutsetting. Etter hvert som en får erfaringer, viser det seg at private aktører kan ikke drive så mye billigere enn kommunene selv. En altfor lav pris gir verken rom for personalutvikling eller miljørettede tiltak. En svensk rapport sier: Stockholm kommune som noen steder er inne i tredje anbudsrunde, tror ikke de kan effektivisere ytterligere nå. [41]

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Jeg har nevnt noen av de generelle forhold. Fra ønsket om å etablere en klarere og mer rasjonell organisasjonsstruktur med høyre kvalitet, brukervalg og trivsel er veien lang.

4.2 Autorisasjon av leverandører av tjenestene

Dagens ordninger med fritt brukervalg har reist flere rettslige spørsmål. Skal regelverket for offentlige anskaffelser følges ved inngåelse av avtalene med leverandørene? Er det lovlig å inngå parallelle rammeavtaler, der den enkelte bruker av tjenestene fritt kan velge hvilken leverandør han ønsker å benytte?

I utredningen som Kluge advokatfirma har gjort på oppdrag fra KS vurderes det om det kan etableres "autorisasjonsordning" for de leverandørene som ønsker å levere tjenestene til kommunens innbyggere. Her er kort oppsummering fra denne rapporten s.23-31. [10]

Den grunnleggende ideen bak en autorisasjonsordning er at leverandører som oppfyller visse vilkår godkjennes, eller "autoriseres" av kommunen. Deretter oppføres de i et register. Innbyggere i kommunen som har fått vedtak om BPA kan henvende seg direkte til en av disse leverandørene som vedkommende ønsker å benytte. Leverandøren leverer tjenesten, og kommunen betaler for dette. Det som vi normalt forbinder med autorisasjonsordninger – er skjenkebevilling, men i dette tilfellet kommunen forplikter seg ikke til å anskaffe noe fra dem som autoriseres. Skjenkebevillingen innebærer bare en rett til å utføre visse typer oppgaver og tjenester, og skaffe seg inntekter på denne måten.

Det spesielle med autorisasjonsordningen er at kommunen blir forpliktet til å betale leverandøren for å utføre en tjeneste som kommunen i utgangspunktet plikter å tilby brukerne. Autorisasjonsordningen er ikke en ren offentligrettslig tillatelse på linje med skjenkebevilling og lignende.

Autorisasjonsordningen må imidlertid organiseres slik at betalingen til leverandøren avhenger av om leverandøren klarer å skaffe seg brukere. Dersom kommunen betaler leverandøren en fast sum for å utføre oppgavene, eller garanterer leverandørene et visst minst volum, reduseres risikoelementet betydelig. Et slikt system kan ikke karakteriseres som en tjenestekonsesjon.

Slik autorisasjonsordningen opprinnelig var tenkt, inngås det ingen formell kontrakt mellom kommunen og leverandøren, men det inngås en avtale mellom den enkelte bruker av tjenesten og den valgte leverandøren. Reelt sett har autorisasjonen de fleste typiske kjennetegn for en kontrakt. Den regulerer leverandørenes forpliktelser overfor brukerne, den fastlegger prisen og den bør inneholde sanksjoner dersom leverandørene ikke oppfyller sine forpliktelser.

Verdien av tjenestetilbudet for brukerne avhenger av to faktorer: kvaliteten og omfanget. Kommunene er ansvarlige for at tjenestene tilfredsstillers lovens minstestandarder både til kvalitet og omfang, derfor bør autorisasjonen inneholde detaljerte krav til de tjenestene leverandørene skal levere.

Autorisasjonen bør også gi kommunen rett til å kontrollere tjenestenes kvalitet, og inneholde sanksjoner overfor leverandøren dersom tjenestene ikke tilfredsstillers kravene. Ved grove brudd skal autorisasjonen kunne tilbake kales. All kvalitetskontroll vil også skje gjennom brukernes eget valg, ved at brukerne velger bort de leverandørene som oppleves å levere for dårlig.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

En slik autorisasjonsordning kan falle i tre forskjellige kategorier: en ren offentlig autorisasjon, en tjenestekonsesjon, eller den kan være en anskaffelse. Dersom autorisasjonsordningen gjennomføres som en ordinær anskaffelse må denne forskriften følges. Dersom autorisasjonen derimot utformes som en tjenestekontrakt, plikter kommunen ikke å sørge for at leverandørene følger forskrift om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter.

4.3 Et ikke-valgsalternativ

Intensjonen bak fritt brukervalg er å gi brukerne mulighet til å velge, uten at det skal være en plikt. Fritt brukervalg er basert på en forutsetning om at brukerne er i stand til å motta og vurdere informasjon for å gjøre et forsvarlig valg. Enkelte brukerne har ikke forutsetning for dette, på grunn av helsetilstand. Derfor er det viktig at kommunen etablerer et alternativ for dem som ikke ønsker å velge, et såkalt ”ikke-valgsalternativ”.

Et ikke-valgsalternativ kan utformes slik at de som ikke velger, automatisk får tjenester fra kommunen, eller alternativt blir tildelt en av leverandørene i en turordning.

Samtidig oppstår det flere spørsmål: Dersom en person ikke kan velge leverandør selv, hvem som da skal velge for ham? Og hvor mye som skal til før en person ikke har forutsetninger for å velge selv?

Pasientrettighetsloven § 4-1 gir reglene om krav til samtykke: [42]

”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke.”

Pasientrettighetsloven § 4-3 sier:

”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter”

Pasientrettighetsloven § 4-6 første ledd:

”Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet”.

Hjemmehjelpstjenester er ikke helsetjenester og krever ikke samtykke fra brukerne i samme grad. Det antas at brukerne som ikke har behov for annen bistand enn hjemmehjelp gjennomgående vil ha forutsetninger for å foreta valget selv. Dersom det ikke er mulig, vil en kunne bruke modell som er for helsetjenestene.[43]

4.4 Erfaringer fra Sverige og Danmark

Både Sverige og Danmark har lovregulert adgangen til fritt brukervalg gjennom en autorisasjonsordning, og utformingen er stort sett felles for begge landene. Kommunen oppstiller på forhånd visse krav til kvalitet til leverandørene. De som oppfyller disse kravene blir oppført på en liste over godkjente eller autoriserte leverandører. Deretter velger brukerne selv en av de leverandørene, og det er ingen konkurranse på pris eller andre kriterier.

4.5 Danske ordninger

Alle brukere i Danmark har rett til å velge mellom den kommunale hjemmehjelp eller forskjellige leverandører av hjemmehjelp, jf. Servicelovens § 91.[44] For fritt brukervalg kan kommunen ifølge serviceloven enten benytte en ordinær anskaffelsesprosess eller en autorisasjonsordning. I første tilfellet skal kommunen inngå kontrakt med minimum to og maksimum fem leverandører på grunnlag av det økonomisk mest fordelaktige tilbudet.

Mottakeren av hjemmehjelp kan godt ha flere forskjellige leverandører. Er det behov for både praktisk hjelp og personlig pleie, kan for eksempel den praktiske hjelpen komme fra et privat firma og personlige pleie fra den kommunale hjemmehjelpen.

Dersom kommunen benytter autorisasjonsmodellen, skal alle leverandører som oppfyller kommunens kvalitetskrav autoriseres. Leverandørene må i dette tilfellet utføre oppdraget til en pris som tilsvarer til den kommunale gjennomsnittlige, langsiktige kostnader. Kommunene skal årlig annonsere de kvalitets- og prismessige betingelsene for tjenestene.

Kommunen skal opplyse brukerne om hvilke leverandører er det godkjent til å levere tjenestene. Til dette formålet utarbeider kommunen et informasjonsmaterieell med en kort presentasjon av hver enkel leverandør i kommunen. Informasjonsmateriellet utleveres i forbindelse med tildelig av vedtaket. Ved leverandørskifte kan mottakeren kontakte kommunen og opplyse navnet på den leverandøren som ønskes skiftet til. Ingen begrunnelse eller begrensning på antall skift.

I Danmark er en autorisasjonsordning ansett for å ligge innenfor det nasjonale anskaffelsesregelverket for uprioriterte tjenester.[45] Siden dette regelverket bare innebærer en plikt til annonsering og overholdelse av de generelle prinsippene, har danske myndigheter ansett en autorisasjonsordning som lovlig.

4.6 Kommunale kvalitetskrav til leverandørene

Ansvar for tjenesten ligger hos kommunale myndigheter, uansett om tjenesten leveres av en kommunal eller privat leverandør. Avgjørelsen om hvor mye BPA brukeren trenger treffes i den kommunale forvaltningen. Leverandørvalget har ingen innflytelse på kvalitetsnivå eller omfanget av tjenestene.

Det er kommunen som bestemmer hvilke kvalitetskrav skal stilles til leverandørene av tjenestene. Kvalitetskravene skal være særlig begrunnende, og de skal være like både for private og offentlige leverandører. Formålet er å sikre at brukere får en profesjonell og kvalifisert behandling, og alle leverandører lever opp til de målsetninger serviceloven har satt for arbeidsmiljø, personal politikk, utdanning osv.

Kommuner skal offentliggjøre de kvalitets- og priskravene til leverandører på Fritvalgsdatabasen. Prisen kan avspeile omkostningene ved en privat virksomhets leveranse av tjenesten, hvis virksomheten er hovedleverandør i kommunen. Prisen kan variere.

Alle leverandører som oppfyller krav til kvalitet og pris godkjennes av kommunen og offentliggjøres på Fritvalgsdatabasen.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Ytelse	Antall leverandører
Personlig pleie i hverdagen	170
Personlig pleie i øvrige tider	159
Praktisk hjelp	372

Figur 5 - Antall leverandører til de forskjellige ytelser på landsbasis
(Hentet fra www.fritvalgsdatabasen.dk)

4.7 Svenske ordninger

I Sverige er det gitt en ”Lag om valfrihetssystem”(LOV)[46], som innfører et system for fritt brukervalg. Ordninger som tilsvarer den norske hjemmehjelp og BPA, samt en rekke andre ytelser reguleres av denne loven.

Kommuner som ønsker å innføre fritt brukervalg kan enten gjøre det ved å følge fremgangsmåten i LOV, eller ved å følge det vanlige regelverket for offentlige anskaffelser (LOU).[47]

I følge LOV, skal kommunen først annonsere etter leverandører i en nasjonal database eller på kommunenes hjemmeside. Det er ingen frist for å søke om å delta, så annonsene skal gjelde til de blir tilbakekalt.

På samme måte som ved ordinære anskaffelser skal kommunen utarbeide et konkurransegrunnlag. Dette grunnlaget skal inneholde beskrivelse av tjenesten, kvalifikasjonskrav og kontraktsvilkår. Det som er spesielle med autorisasjonsordningen er at konkurransegrunnlaget også regulerer prisen på de tjenestene som skal leveres.

Alle leverandører som oppfyller kravene i konkurransegrunnlaget skal få mulighet til å inngå avtale med kommunen. Brukerne kan deretter velge mellom de leverandørene som til enhver tid har avtale med kommunen. Dersom brukerne ikke er fornøyde, kan de bytte leverandør. Siden prisen er fastsatt på forhånd, er det ikke noen konkurranse på pris. Leverandørene konkurrerer overfor brukerne, ved at brukerne selv velger hvilken leverandør de vil benytte.

De brukerne som ikke ønsker å foreta et valg mellom leverandørene, skal motta tjenesten direkte fra kommunen. Det er etablert et ikke-valgsalternativ, som er fastsatt på forhånd. Ikke-valgalternativet kan utformes etter forskjellige modeller. Ved siden av kommunens egne tjenester, kan ikke-valgsalternativet utgjøre en tildeling av leverandører i valgfrihetsordningen etter tur, eller en fast leverandør som har kontrakt med kommunen.

I Sverige er autorisasjonsordningen ansett som en tjenestekonsesjon, som ligger utenfor virkeområdet til anskaffelsesregelverket. Regjeringen la avgjørende vekt på at selv om vederlaget for brukernes tjenester kommer fra kommunen, har leverandørene etterspørselsrisikoen, fordi de risikerer og ikke få noen brukere, og dermed ingen betaling.

4.8 I Norge: Forskrift og Rundskriv I-20/2000 om BPA

Alle kommuner i Norge som har inngått avtale med andelslaget Uloba om å drifte BPA-ordninger uten forutgående konkurranse har hittil handlet i god tro og ment at det å la Uloba være arbeidsgiver for assistentene i henhold til rundskriv I-20/2000[48] var en anskaffelse i tråd med myndighetenes føringer. Rundskrivet angir tre mulige modeller for arbeidsgiveransvaret for assistentene i BPA-ordninger:

- Kommunen selv kan være arbeidsgiver
- Bruker selv kan være arbeidsgiver
- Arbeidsgiveransvaret kan overlates til et andelslag/eller privat.

Siden 2000 er det ikke kommet noen andre andelslag, så det er bare Uloba som representerer denne modellen.

Fra 1.01.07 gjelder en ny forskrift om offentlige anskaffelser som skjerper reglene for at også tjenestekjøp innenfor sosial- og helse sektoren skal ut på anbudskonkurranse. Dette får stor innvirkning på praksisen til kommunene som har forholdt seg til det nevnte rundskrivet fra 2000. Rundskrivet sier ikke noe om konkurranse og hvordan en kommune skal forholde seg hvis den skal overlate arbeidsgiveransvaret til private foretak som ikke er andelslag.

I løpet av de siste årene har det kommet til mange private aktører som tilbyr kommunene å drive BPA-ordninger, og det kommer også en diskusjon om konkurranse og direktekjøp. Med et voksende innslag av private aktører er det nødvendig for kommunene å påse at avtaler om å legge arbeidsgiveransvaret for BPA til andre enn kommunen selv, skjer i samsvar med reglene for offentlige anskaffelser.

Forskrift om offentlige anskaffelser gjelder for ”enhver anskaffelse”, og det samme gjelder for anskaffelser der kommunen har valgt å la Uloba eller andre private firmaer drive BPA-ordninger. Dersom kommuner skal være sikre på ikke å risikere erstatningsansvar som følge av ulovlig direktekjøp, må det sørges for at alle firmaene får anledning til å konkurrere om anskaffelsene. Ordninger kommunen velger å drifte selv, skal det ikke konkurreres om.

4.9 Fritt brukervalg og tjenestekonsesjon

I henhold til rundskriv I-20/2000 kommunen selv som avgjør hva slags arbeidsgivermodell som skal velges i en BPA-ordning. Når dette kombineres med kravene i Lov om offentlige anskaffelser, betyr det at kommunen velger enten å drive ordningene selv, eller å legge dem på anbud. Selv om man velger en modell hvor andre enn kommunen er arbeidsgiver, er dette ikke gitt noen formelle krav om at brukeren selv fritt skal kunne velge leverandør.

Det mest ryddige, dersom kommunen velger en ordning med fritt brukervalg, er at konkurransen gjennomføres som tjenestekonsesjon. Tjenestekonsesjon innebærer at kommunen inngår kontrakt med aktuelle leverandører om at vedkommende er godkjent for å levere tjenesten. Det er leverandøren som har etterspørselsrisikoen, det vil si at leverandøren kan regne med at ingen bruker velger han og at han dermed kan bli uten leveranser. Kommunen har ikke noe ansvar, verken for at brukere skal velge leverandøren eller for at leverandøren får et minimum av inntjening. Flere leverandører vil kunne godkjennes (tildeles konsesjon) løpende etter hvert som de kan dokumentere at de fyller kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

Tildeling av tjenstekonsesjon til leverandørene forutsetter en forutgående offentliggjøring av at kommunen har planer om å tildele slike avtaler[49]. Konsesjonskontraktene reguleres ikke av anskaffelsesdirektivet og anskaffelsesforskriften, men også tjenstekonsesjoner skal tildeles på grunnlag av objektive og ikke-diskriminerende kriterier som er transparente. Utlysningen må redegjøre nærmere for hvilke krav som stilles til dem som skal godkjennes, hvilken dokumentasjon på kompetanse de må fremlegge, og lignende. Det er imidlertid ikke de samme detaljerte krav til dokumentasjon som det som følger av anskaffelsesregelverket.

Kommunen kan ikke kreve at brukeren skal velge leverandør ved fritt brukervalg. For dem som ikke kan, eller ikke vil, skal det finnes et ikke-valg alternativ. Det vil måtte bety at kommunen selv må drive de ordninger hvor brukerne ikke ønsker å velge.

4.10 Tjenstekonsesjon i Austevoll kommune

16.03.2010 mottok Austevoll kommune et brev fra en del av brukere angående anbud på BPA tjenester. De informerte om tjenstekonsesjon og Uloba som de benytter i dag. De konkluderte med at de ønsker brukerinnflytelse, BPA med driftskonto og forutsigbarhet i ordninger.

Austevoll kommune har holdt informasjonsmøte den 17.03.2010. På det møte brukere ble informert om at kommunen legger ordningen på anbud. De vil ha to private leverandører av tjenesten og det blir brukt tjenstekonsesjon ved tildelingen. Ut ifra dette kan den enkelte bruker selv velge om han/hun ønsker å få tjenesten fra kommunen eller en av de to leverandørene.

Uloba ble sagt opp den 24.03.2010 med tre måneder oppsigelsestid. Innenfor denne tiden skal det gjøres avtale med to leverandører. Deretter skal leverandørene gjøre brukere kjent med hva de kan tilby.

Anbudsforslag ble kunngjort på Doffin den 09.04.2010, og valg av to leverandører ble gjort på bakgrunn av en totalvurdering. Innholdet i kriteriene:

- › ivaretaking av arbeidsgiveransvar og brukerstyring
- › oppfølging av brukere og assistenter
- › opplæring og rekruttering
- › samarbeidsrutiner mellom kommunen og brukere
- › innsyn og kontroll på økonomi/timeforbruk
- › drift/kvalitet/pris

Eventuelle tilleggstjenester utover den enkelt bruker sitt vedtakk, betaler brukeren selv for og er ikke omfattet av konsesjonen. Kommunen ønsket å inngå konsesjonsavtale for 2 år, med mulighet for forlengelse 1+1 år.[50]

AssisterMeg AS har fått konsesjon med Austevoll kommune om levering av BPA tjenester, som er den første praksisen i Norge.

5. Konklusjon

5.1 Sterkere rettighetsfesting av BPA

Saken om sterkere rettighetsfesting av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har vært på en omfattende høring. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2007 ut et høringsnotat om å rettighetsfeste BPA. Der blir det foreslått blant annet at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, får en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA. I klartekst foreslår departementet at en bruker som innvilges BPA, skal ha rett til å bestemme arbeidsgivermodell og hvem som skal være assistent. Loven må formes slik at den øker kommunenes incentiver for å ta BPA i bruk, at en oppnår større grad av kommunal likhet og styrker brukerinnflytelse.[39] Hele 70 % av høringssvarene støttet forslaget.

Det er sentralt i intensjonene fra statlige myndigheter at brukerstyringen skal konkretiseres til å omfatte rekruttering av assistenter og arbeidsledelsen i forhold til assistentene (hvilke oppgaver og tidspunkter). Konklusjonen synes å være at det er relativt stor grad av brukerinnflytelse i forhold til disse områdene (rekruttering, utøvelsen av arbeidsledelsen).

Det er en mer komplisert problemstilling når det gjelder fritt brukervalg. Det er lagt til grunn i lovverket at anskaffelsen skal være basert på objektive, transparente og ikke diskriminerende kriterier (Direktivets artikkel 2)[7] Disse kriteriene gjelder både ved inngåelsen av parallelle rammeavtaler og ved tildeling av kontrakter under rammeavtalen. Fritt brukervalg innebærer at brukere kan velge mellom flere tjenestetilbydere, for eksempel mellom offentlige og private tilbydere av en gitt tjeneste.

Problemet med BPA-tjenester er at brukernes valg av leverandør ikke behøver å være basert på objektive og ikke diskriminerende kriterier. Fritt brukervalg innebærer at brukerne ikke skal gi noe begrunnelse for valget. Dermed er kriteriene helt subjektive og ikke transparente. Slik lovlig fordelingsmekanisme for fritt brukervalg eksisterer ikke i dag.

I Sverige har BPA vært en rettighet i snart 15 år. I Norge allerede i 2005 fikk et forslag om rettighetsfesting bred politisk støtte, uten at det ble fulgt opp med et konkret lovforslag. Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier at regjeringen fortsatt ønsker å se på rettighetsfestingsspørsmålet i løpet av året(2010), samtidig med fremleggingen av en ny helse- og omsorgslov.

5.2 Mellom intensjon og virkelighet

BPA ordningens intensjoner

Brukere med et omfattende tjenestebehov skal sikres et fritt og selvstyrt liv, gis forutsetning barhet i hverdagen også utenfor hjemmet, og sikre hjelpebehovets kvalitet gjennom få og eksklusivt opplærte assistenter. Med et underdekket timebehov kan et fritt liv ikke oppnås, og ingen kan leve en 6timers jobb. Det grunnleggende i de statlige føringene blir ikke besørget, og brukerne står i en særdeles svak stilling der de faktisk er redde for sanksjoner dersom de protesterer.

BPA har etter hvert en 20-årig historie i Norge. I løpet av denne tiden har det skjedd en utvikling fra det som på midten av 90-tallet var spredte forsøk rundt omkring i noen

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

kommuner, til det som i dag er en lovhjemlet form for organisering av kommunale tjenester med anslagsvis 3000 brukere og 10 000 assistenter. Hvordan ser BPA ut i dag i forhold til hva som har vært politikernes opprinnelige intensjon med ordningen? Det er fortsatt mange dilemmaer knyttet til noen av de ordningene etter lovhjemlinga.

Utvikling

De siste 5 årene har vi registrert en urovekkende utvikling innen BPA. Kommunenes håndtering av BPA er enten positiv på grunn av entusiastiske enhetsledere, eller negativ og kanskje helt fraværende grunnet økonomi eller manglende engasjement for brukervalg og opplevd kvalitet i hverdagen. Gjennom forskjellige rapporter og statistikk får vi en oversikt over forhold landet over som viser følgende utviklingstrekk:

- 90 % har små timevedtak som knyttes til stimuleringsstøtten (100.000) – altså 6-8 timer uken
- Noen kommuner har lagt ned BPA som tilbud, i stedet tilbys bolig/en assistent for flere brukere
- Assistentopplæring avtar, de ansatte får ikke lenger delta i kurs. Kurstilbudene underslås. 0-info-nivå.
- Rekrutteringsproblematikk er økende og kommunene iverksetter ingen tiltak for å bedre dette for BPA
- Brukere flytter ut av kommunen med dårlig BPA-tilbud til kommuner som er positivt innstilt til BPA
- Rettighetsfesting avventes

Arbeidsgiveransvar kommune

Juridisk- og personalansvar ligger i kommunen som har fattet vedtak. Kommunene har også opplæringsansvar og informasjonsansvar. Uvitenhet, manglende kompetanse og uvilje mot BPA svekker derfor assistentenes arbeidstakervilkår. Arbeidsleder får ikke timer til personalbehandling (personalmøter) eller veiledning til arbeidsgivers oppgaver. Assistentene gis ikke annen opplæring enn den de får av sin arbeidsleder. Arbeidsledere står ofte i vanskelige livssituasjoner og få har forutsetninger for å bli en god ”lærer”.

Assistentyrkesgruppen

Rekruttering til assistentjobber skjer ofte på et ”gatenivå”, via oppslag på nærbutikken, billige annonseløsninger og absolutt ingen reklame for yrket. Ansatte velger å stå i jobben kun en liten stund, et til to år er maksimalt. Frustrasjonene eskalerer, problemene for ”arbeidsplassen” øker og det skorter på suksessfaktorer som kan sikre tjenesteyter og tjenestemottaker en opplevelse av gode arbeidsdager.

Utfordringer

Politikerne er ikke informert, derfor er heller ingen opptatt av å igangsette tiltak av noe slag. I alle år har det vært tverrpolitisk enighet om at BPA er kommet for å bli. Dersom en skal lykkes med å stabilisere BPA for fremtiden, må en tverrpolitisk aksjon lede til en forsvarlighet ute i kommunene. De brukere med særskilt store behov som ikke kommer inn under de store politiske programsakene, har nå havnet i bakerste rekke igjen. Mange har tilgang til informasjon og brukere dermed vet om bedre løsninger. Vi trenger en sterkere rettighetsfesting med intensjonen om fritt valg av BPA for brukere.

Litteratur- og referanseliste

1. Martinsen, V. *Etikk*. 2000 Juni, 2010]; Available from: <http://www.filosofi.no/etikk.html>.
2. sotjl., S.-. *Lov av 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. med endringer, sist ved lov av 18.desember 2009 nr. 131 (i kraft 1.januar 1993)*. 1991.
3. Høringsnotat, *Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 29.juni 2007 om sterkere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) 2007*.
4. Arbeidsmiljøloven, *Lov av 17.juni 2005 nr. 81 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. med endringer, sist endret ved lov av 21.desember 2005 nr. 121 (i kraft 1.januar 2006)*. 2005.
5. Forskrift til sosialtjenesteloven, *Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. 4.desember 1992 nr. 915 med endringer, sist ved forskrift av 16.desember 2009 nr.1553 (i kraft 1.januar 1993)*. 1992.
6. Forskrift om klagenemnd for off. anskaffelser, *Forskrift om klagenemnd for offentlige anskaffelser av 15.november 2002 nr.1288 med endringer, sist ved forskrift av 12.november 2009 nr.1491 (i kraft 1.januar 2003)*. 2002.
7. Direktivet, *Europaparlaments- og rådsdirektiv 2004/18/EF av 31.mars 2004 om samordning av framgangsmåtene ved tildeling av offentlige bygge- og anleggskontrakter, kontrakter om offentlige varekjøp og kontrakter om offentlige tjenesteytelser*. 2004.
8. Forskrift om offentlige anskaffelser, *Forskrift om offentlige anskaffelser av 7.april 2006 nr.402 med endringer, sist ved forskrift av 25.januar 2010 nr.66 (i kraft 1.januar 2007)*. 2006.
9. Anskaffelsesloven, *Lov av 16.juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser med endringer, sist ved lov av 21.desember 2007 nr.121 (i kraft 7.januar 2001)*. 1999
10. DA., K.A. (2009) *Fritt brukervalg for pleie- og omsorgstjenester*. 55.
11. Tor Busch, J.O.V., *Bestiller - utfører modellen. Utfordringer og problemområder.*, in *Arbeids- og Administrasjonsdepartement*. Desember, 2001: Trondheim/Steinkjer. p. 46.
12. Finnvold, J.E. (14.april 2002) *Helsetjenestens kvalitet og innhold: Hva kan brukerundersøkelser bidra med.*, 36.
13. Rolland, A. (Januar. 2003) *Borger- og brukerundersøkelser i en modernisert offentlig sektor.*, 112.
14. NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17.oktober 2003.*, A.t.H.-o.o.f. 2005, Editor. februar.2005, Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.: Oslo. p. 156.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

15. Ljunggren, E. (2008) *Kunnskapsbehov om entreprenørskap og kjønn i Norge*. 14.
16. Hilde Bjørkhaug, G.-T.K. (2009) *Strategies and goals for growth among small-scale food enterprises in Norway: A gender sensitive approach.*, 16.
17. Elisabet Ljunggren, G.A.A., *Gender and innovation. Learning from regional VRI-projects.*, R.E. Nina Amble, Trine Kvidal, Raghild Wiik Editor. 2010, Norges forskningsråd: Bodø, Alta, Oslo, Stavanger. p. 144.
18. Grant, R.M. (1996) *Prospering in dynamically-competitive Environments: Organizational Capability as knowledge Integration*.
19. Madsen, E.L., *Offentlig støtte for innovasjon*, in *Årgang 6 Nr. 2*. 2003, Magma
20. St.meld. nr.7 (2008-2009), *Stortingsmelding nr. 7 (2008-2009). Et nyskapende og bærekraftig Norge.*, N.-o. handelsdepartementet, Editor. 2008-2009, regjeringen.no: Oslo.
21. SND, *Lov av 3.juli 1992 nr. 97 om Statens nærings- og distriktsutviklingsfornd mv. med endringer, sist ved lov av 21.desember 2000 nr. 108 (i kraft 1.januar 2001)*. 1992.
22. Godø, H., *Innovasjon i offentlig sektor. Unfordringer og muligheter*. 18.05.2009. p. 28.
23. Dialogue. *Friskt fokus, gode løsninger*. 14.01.2010 [cited 2010 Februar 2010]; Available from: <http://www.dialogue.no/art.asp?id=61>.
24. Malt, U. *Strukturert intervju (SML - artikkel)*. 2000 [cited 2010; Available from: http://www.snl.no/sml_artikkel/strukturert_intervju.
25. K.Yin, R., *Case study research. Design and Methods*, ed. D.J.R. Leonard Bickman. 2002, Thousand Oaks: SAGE Publicatios. 181.
26. Uloba. *Ulobas historie. 1991-2010*; Available from: <http://www.uloba.no/templates/Page.aspx?id=213>.
27. ULOBA, *Oslo vi ha ny ULOBA-avtale*, Kommunene, Editor. 2010, Uloba.no: Oslo. p. 1.
28. Kallmyr, J., *Kommunens samarbeidsavtale med Uloba*, H.-o. sosialkomiteen, Editor. 2008, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester: Oslo. p. 3.
29. Styringsgruppe, *Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA). Utskrift av rapportens kap. 6 og 7.*, in *Møte i styringsgruppen 16.04.2009, sak 13/2009*, A.i. Vestregionen, Editor. 2009, www.vestregionen.no: Kommunegården i Bærum. p. 6.
30. Lise Tanum Aulie, B.L., *Fritt brukervalg for hjemmehjelpstjenester*. 16.12.2004: Sandefjord kommune. p. 19.
31. Kaupang, K., *Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgmodellen i hjemmehjelpstjenester i Oslo kommune*. September 2004: Oslo. p. 63.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

32. Sylvi Listhaug, S.B.R. (233.09.2009) *Hjemme Best!* , 1.
33. **FAGFORBUNDET NORDSTRAND, A.**, *Rapport brukervalg og skille bestiller/utfører i Bydel Nordstrand. Oppsummering fra Fagforbundet Nordstrand.* 2007: Oslo. p. 15.
34. Forskrift om arbeidsvilkår i off. kontrakter, *Forskrift om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter av 8.februar 2008 nr.112 med endringer, sist ved forskrift av 25.januar 2010 nr.66 (i kraft 1.mars 2008).* 2008.
35. Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. 27.juni 2003 nr.792 (i kraft 7.januar 2003).* 1982.
36. Flære, I.K., *Forholdet mellom sosialtjenesteloven kap.4A og brukerstyrt personlig assistanse*, S.-o.f. Fylkesmannen i Buskerud, Editor. 7.juli 2005, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo. p. 2.
37. Helsepersonelloven - hlspl, *Lov av 2.juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v. med endringer, sist ved lov av 9.april 2010 nr.14 (i kraft 1.januar 2001).* 1999.
38. Gruner-Hegge, C., *Høringsuttalelse fra Skedsmo kommune - Forslag til sterkere rettighetsfesting av ordningen med BPA*, D.K.H.-o. omsorgsdepartement, Editor. 2007, skedsmo.kommune.no: Oslo. p. 2.
39. Tøssebro, J., *Forslag til sterkere rettighetsfesting av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) - høringsuttalelse fra Statens råd for funksjonshemmede*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. oktober.2007, Statens råd for funksjonshemmede: Oslo. p. 4.
40. Kommunehelsetjenesteloven, *Lov av 19.november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene med endringer, sist ved lov av 12.november 2010 nr.130 (i kraft 1.januar 1984).* 1982.
41. Leif E.Moland, H.B., *Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i Norske kommuner.*
. 2001, Forskningsstiftelsen Favo 2001: Oslo. p. 104.
42. Pasientrettighetsloven - pasrl, *Lov av 2.juli 1999 om pasientrettigheter nr.63 med endringer, sist endret av 4.september 2010 nr. 13 (i kraft 1.januar 2001).* 1999.
43. Umyndiggjørelsesloven, *Lov av 28.november 1898 om Umyndiggjørelse med endringer, sist ved lov av 17.juni 2005 nr.90* 1898.
44. serviceloven, *Lov nr. 979 af 1.oktober 2008 (serviceloven).* 2008.
45. Tilbudsloven, *Lov af 7.december 2007 nr. 1410 om indhentning af tilbud på visse offentlige og offentligstøttende kontrakter.* 2007.
46. LOV, *Lag om valfrihetssystem utfårdad den 11.november 2008 SFS 2008:962.* 2008.

Etiske problemstillinger innen anskaffelser

47. LOU, *Lag om offentlig opphandling utfårad den 22.november 2007 SFS 2007:1091* 2007.
48. Rundskriv I-20/2000, *Rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester mv., publisert 1.juni 2000.* 2000.
49. Tjenestedirektivet, *Rådsdirektiv 92/50/EØF av 18. juni 1992 om samordning av behandlingsmåten ved tildeling av kontrakter om offentlige tjenesteytelser.* 1992.
50. Grav, T., *Tilleggsinnkalling.* 2010, Tenesteutvalet: Storebø. p. 14.