

HÅKON DALBY TRÆTTEBERG OG KARL HENRIK SIVESIND

Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet

Håkon Dalby Trætteberg
Karl Henrik Sivesind

Ideelle organisasjoners særtrekk og
merverdi på helse- og omsorgsfeltet

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor

Bergen/Oslo 2015

© Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor 2015
Rapport 2015:2

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
Co/Institutt for samfunnsforskning
Munthes gate 31
Postboks 3233 Elisenberg
0208 Oslo
www.sivilsamfunn.no

ISBN (pdf): 978-82-7763-470-8

ISSN (web): 891-2176

Rapporten er finansiert av Kulturdepartementet gjennom prosjektet «Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor». Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom Uni Rokkansenteret og Institutt for samfunnsforskning.

Innhold

Innhold	4
Forord.....	7
Innledning	9
Hvem er de ideelle leverandørene?	11
Data og metode.....	12
Primærdata fra tre tjenestoområder innenfor helse- og sosialfeltet	13
Foreliggende forskning på skandinaviske forhold.....	16
Studier av privatisering generelt	16
Frivillighet inn i velferden.....	18
Relasjonen mellom det offentlige og ideell sektor.....	19
Brukerundersøkelser.....	20
Hva med ideelt særtrekk? Teoretiske forventninger	22
Samfunnsrolle.....	22
Særtrekk i produksjonen av tjenester	23
Mangfold og valgfrihet	23
Tillit	24
Komplementære aktører i velferdsmiksen	26
Innovasjon.....	27
Mobilisering av frivillighet.....	28
Betingelser for særtrekk	28
Hva med ideelt særtrekk? Empiriske slutninger	32
Valgfrihet og bredde i tilbudet	32
Tillit.....	36
Innovasjon og frivillighet.....	37
Hvilket rom er det for merverdi?.....	39
Anbudsregime	40
Lange kontrakter	41

Veier fremover	42
Alternativer til anbud	42
Annerledes (bedre) anbud	44
Avslutning.....	46
Litteratur	49
Sammendrag/abstract.....	54

Forord

Denne rapporten er skrevet ved Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor på oppdrag for Kulturdepartementet. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor er et samarbeid mellom Uni Rokkansenteret i Bergen og Institutt for samfunnsforskning i Oslo. Senteret er i hovedsak finansiert av Kulturdepartementet, men mottar også midler fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Rapporten nyttiggjør seg i stor grad data innsamlet i forbindelse med prosjektet «Outsourcing of Scandinavian welfare societies? Consequences of private and nonprofit service provision for active citizenship» som er finansiert av Norges forskningsråd. Prosjektet ledes av Karl Henrik Sivesind, forsker I ved Institutt for samfunnsforskning. Et av arbeidsområdene innebærer intervjuer med politisk og administrativ ledelse i kommunen og med brukere, pårørende, ansatte og ledere ved skoler og sykehjem i Norge, Sverige og Danmark. Datainnsamlingen i utvalgte kommuner er utført av David Feltenius Universitetslektor ved Umeå Universitet, Malene Thøgersen, postdoktor ved Aalborg universitet og Håkon Dalby Trætteberg, stipendiat ved Institutt for samfunnsforskning. Uten dette materialet ville det ikke latt seg gjøre å skrive en slik rapport innenfor rammene til dette rapportarbeidet. For å dekke en bredere del av helse- og omsorgstjenester, har Håkon Dalby Trætteberg samlet data om to nye tjenestområder. Vi valgte da barnevernstjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vi er takknemlige til alle som velvillig har stilt opp og latt seg intervjuet til denne rapporten. Alle vi har kontaktet har stilt seg velvillige, og uten tiden og kunnskapen disse har delt med oss ville arbeidet vært umulig. Takk også til Therese Koppang i Kulturdepartementet som har gitt oss ryddig og konstruktiv oppfølging underveis.

Ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester har opplevd økt anerkjennelse de siste årene. Fra å bli innlemmet i vekselvis den offentlige og den kommersielle sfære, er bevisstheten om ideell sektor nå godt etablert i offentligheten. Dette er imidlertid en relativt ny tilstand, noe som kan være med å forklare et av hovedfunnene i rapporten, nemlig at det er forbausende hvor lite empirisk arbeid som er gjort på de ideelle aktørene i Norge. Vi mener denne rapporten synliggjør behovet for mer forskning på dette feltet.

Oslo, juni 2015

Håkon Dalby Trætteberg og Karl Henrik Sivesind

Innledning

Ideelle virksomheter spiller en viktig rolle for å gi befolkningen grunnleggende velferdstjenester. Dette gjelder for alle land der man har systematisk data om fordelingen mellom ideelle, kommersielle og offentlige velferdsleverandører (Salamon, Sokolowski & Associates 2004:28). I Norge er sju prosent av sysselsetningen innenfor velferdsfeltet hos ideelle, noe som plasserer Norge blant landene med minst ideell sektor. Faktisk er det kun Sverige som ligger under Norge, og Sveriges tre prosent ideell sysselsetting gjør at landet er en uteligger i denne sammenhengen. I 2010 var 10 prosent av helsetjenestene og seks prosent av sosialtjenestene drevet av ideelle leverandører (Sivesind 2014). Innenfor helse- og omsorgsfeltet er det variasjon fra områder som rusbehandling, hvor de ideelle er store fagmiljøer som spiller en nødvendig rolle for å gi befolkningene tjenestene de trenger, og til andre områder hvor de ideelle spiller en marginal rolle.

Det typiske mønsteret for ideelle velferdsleverandører i Norge er at de har vært pionerer innenfor forskjellige velferdsfelt som så overtas av det offentlige. Dette har vært en utvikling som i betydelig grad har vært ønsket både av de ideelle selv og av det offentlige (Kuhnle & Selle 1990). Resultatet er at i Norge leverer det offentlige selv en komparativt sett stor andel av helse- og omsorgstjenestene. Like fullt er det i dag over 30 000 helse- og omsorgsarbeidere som jobber for ideelle leverandører, og disse har kontakt med hundretusenvis av innbyggere.

I likhet med de fleste andre land har Norge en politikk for å fremme de ideelles bidrag innenfor helse- og omsorgsfeltet. I 2012 inngikk regjeringen, hovedorganisasjonen Virke, Frivillighet Norge, Ideelt Nettverk og KS bedrift en samarbeidsavtale om leveranser av helse- og sosialtjenester. Denne skal legge til rette for overordnet strategisk samarbeid mellom regjeringen og de ideelle knyttet til ideell sektors leveranse av helse- og sosialtjenester etter avtale med staten. Den nye regjeringen som tiltrådte høsten 2013 valgte å videreføre denne avtalen. I forbindelse med offentlige innkjøp har forskrift om offentlige anskaffelser en åpning for å reservere anbudskonkurranser til ideelle aktører. Dette ble innført som en prøveordning i 2004 og har vært en permanent ordning siden 2006. Det finnes ingen oversikt over i hvilken grad

denne anledningen er benyttet av offentlige innkjøpere, men ifølge sektoren selv så har disse utlysningene vært avgjørende for at de ideelle har klart å beholde en stabil markedsandel i Norge.

EU vedtok imidlertid i februar 2014 et nytt direktiv for offentlige anskaffelser som må implementeres i Norge i løpet av 2016. I følge en rapport fra professor Fredrik Sejersted (2014) vil det under det nye direktivet ikke være anledning til å reservere anbudskonkurranser til ideelle leverandører. Samtidig utvides rommet for hva innkjøperne kan vektlegge i konkurransen. Sejersted (2014:17) trekker fram hensyn til kontinuitet, lokal tilgjengelighet og spesielle behov til utsatte grupper av brukere som eksempler på slike hensyn. Spørsmålet er dermed hvordan rommet for hva det offentlige kan velge å vektlegge passer sammen med styrkene til ideelle leverandører.

Med dette er vi ved utgangspunktet til denne rapporten. Hva er ideelle aktørers særtrekk eller merverdi som leverandører av helse- og omsorgstjenester? Det vi skal forsøke å avdekke er altså hvordan ideelle leverer tjenester på en måte som skiller seg fra både det offentlige som utfører av oppgaver og også hvordan kommersielle leverer tjenester.

Et sentralt poeng i rapporten er at ideell merverdi avhenger av styring, finansiering og rammevilkår og ikke er et essensielt trekk ved ideelle virksomheter. Vi snakker her om tjenester som er finansiert og regulert av det offentlige. Noen ideelle driver etter langsiktige avtaler med det offentlige, mens andre konkurrerer med kommersielle om å få utføre korte kontrakter. Det er dermed grunn til å forvente at beskaffenheten til det ideelle særtrekket vil variere i forskjellige kontekster. Den andre problemstillingen blir dermed: hvilke betingelser legger til rette for ideelle særtrekk og merverdi og hvilke betingelser undergraver de ideelles mulighet til å dyrke eget særtrekk?

Utgangspunktet for denne rapporten er endringene i EU-regelverket for offentlige anskaffelser knyttet til kjøp av helse- og sosialtjenester. Vi er derfor interessert i den delen av det ideelle tjenestetilbudet som inngår i det offentlige sørge-for-ansvaret innenfor disse områdene. Andre deler av velferdsfeltet vil derfor kun trekkes fram som kontekst og som eksempler der dette er relevant. Direktoratet for forvaltning og IKT (2013:5) har laget en egen veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester. Her definerer de helse- og sosialtjenester på følgende måte:

Veilederen omfatter offentlige kjøp av helse- og sosialtjenester: de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenestene, tannhelsetjenesten, kommunalt og statlig barnevern og tjenester som ligger til arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

Ved å rette oppmerksomheten mot de sidene av de ideelles virksomhet som handler om å utføre tjenester for det offentlige, er det sider ved disse organisasjonene som ikke er relevante for denne rapporten. De ideelle gjør for

eksempel mye frivillig arbeid som ikke er knyttet til leveranse av tjenester til det offentlige. Frelsesarmeens slumstasjon og Røde kors og Kirkens bymisjon sitt helsesenter for papirløse migranter er eksempler på aktiviteter drevet av ideelle som ikke kunne vært drevet av andre. Dette er derfor unike sider ved organisasjonene, men likevel ikke i brennpunkt for denne rapporten. I tillegg finnes det aktiviteter disse organisasjonene har som ikke er direkte på oppdrag for det offentlige, men som understøtter denne aktiviteten. Dette gjelder for eksempel organisasjonenes barnevernstjenester og forebyggende familietiltak som støtter opp om dette.

Denne rapporten begynner med å reflektere rundt hvem som utgjør de ideelle leverandørene, og hvilke kriterier som ligger til grunn for å innlemme en aktør i denne gruppen. Videre diskuteres dataene som ligger til grunn for rapporten og hvor vid gyldighet konklusjonene kan ha. Vi går så gjennom den foreliggende forskningen om dette i Skandinavia. Her kommer det fram at det finnes lite foreliggende forskning på dette forholdet i Norge, så rapporten vil nødvendigvis få et eksplorativt preg. Dernest tar vi for oss den internasjonale forskningslitteraturen som gir oss klare forventinger om hvor vi kan lete etter ideell merverdi. Her ser vi også på litteraturen om hva som kan legge til rette for ideell merverdi og hva som kan undergrave de ideelles mulighet til å utvikle sin merverdi. Dette er så utgangspunktet når vi bruker all tilgjengelig data for å se om de internasjonale forventingene til ideelle særtrekk oppfylles i Norge. Da vi finner at dette ikke lar seg dokumentere med de foreliggende dataene antyder vi hvilke forhold som kunne legge til rette for å hente ut potensialet som finnes for ideell merverdi.

Hvem er de ideelle leverandørene?

I Norge har vi ikke noen juridisk kategori for ideelle virksomheter slik de har i en del andre land. Forskriften for offentlige anskaffelser har heller ikke noen definisjon av hva som utgjør en ideell virksomhet. Begrepet som brukes om disse virksomhetene er ideelle organisasjoner, og fra regjeringens veileder for offentlige anskaffelser heter det at disse er:

Virksomhetene skiller seg fra kommersielle virksomheter ved at de ikke har profitt som formål, eventuelt at overskudd utelukkende benyttes til å drifte og tilby humanistiske og sosiale tjenester til allmennheten eller spesielle grupper uten at mottager yter et fullt ut regningsvarende vederlag (s. 99)

Det understrekes at manglende mulighet til å ta utbytte fra virksomheten ikke er et tilstrekkelig kriterium for å bli ansett som ideell, da det er en rekke andre måter å lede midler ut av virksomheten på.

Når anskaffelsesregelverket er utydelig på hvilke kriterier som gjelder for å definere en virksomhet som ideell, så overlates avgjørelsen om dette til den

enkeltens innkjøper i det enkelte tilfelle. Når det offentlige henter inn statistikk, for eksempel til satellittregnskapet for ideelle og frivillige organisasjoner, er det nødvendig med presise definisjoner. Disse definisjonene hviler på den internasjonale forskningslitteraturen, og her er det John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Study som har utviklet den mest anerkjente definisjonen på ideelle virksomheter. Denne definisjonen består av fem punkter og tilpasset norske forhold har Sivesind (2008) formulert det slik:

- *Organisert*. Aktiviteten er varig og regelmessig for eksempel ved at organisasjonene har møter, medlemskap og prosedyrer for beslutningstaking som deltakerne oppfatter som legitime. Dette inkluderer også uformell aktivitet, det spiller ingen rolle om organisasjonsformen er formelt vedtatt eller representerer en lovfestet kategori.
- *Privat*. Organisasjonen er ikke formelt underlagt offentlig styring, selv om den kan motta betydelige inntekter fra det offentlige.
- *Viderefordeler ikke fortjeneste*. Organisasjonen har ikke primært et kommersielt fokus, og deler ikke ut fortjeneste til direktører, aksjeeiere, medlemmer eller andre. Overskudd må brukes i tråd med organisasjonens hovedformål.
- *Selvstyrt*. Organisasjonen har en styringsstruktur, kan nedlegges på eget initiativ og står ansvarlig for sine aktiviteter.
- *Frivillig*. Medlemskap eller deltakelse er ikke lovpålagt eller obligatorisk.

Det overordnede poenget i forståelsen av hva som utgjør en ideell aktør er at disse ikke har profitt som motiv, men heller har en virksomhetside som går ut på å fremme andre goder for samfunnet. Hvilke goder dette er kan variere da det er de ideelle selv som utformer sin virksomhetside og som rekrutterer til innsats med basis i denne ideen.

Data og metode

Denne rapporten er basert på både primær- og sekundærdata. Når det gjelder sistnevnte er det svært begrenset med empiriske arbeider som ser spesielt på de ideelle leverandørenes produksjon av helse- og sosialtjenester i Norge. Likevel er det en del foreliggende forskning som kan bidra til å belyse deler av problemstillingene vi er interessert i. Dette vil vi komme mer inn på i neste kapittel.

Det meste av primærdataen er innhentet i forbindelse med prosjektet «Outsourcing of Scandinavian welfare societies? Consequences of private and nonprofit service provision for active citizenship» som ledes fra Institutt for samfunnsforskning og er finansiert av Norges forskningsråd. Arbeidspakke tre

i dette prosjektet har som eksplisitt målsetting å se på forskjeller i offentlig, kommersiell og ideell drift av velferdstjenester i Norge, Sverige og Danmark. I hver av de tre landene er det plukket ut to kommuner hvor en kommunal og en ikke-offentlig institusjon er sammenlignet innenfor grunnskole og sykehjemsområdene (i Norge er det også gjort undersøkelser i en tredje kommune hvor bare skolesiden er undersøkt). Data som er samlet inn består i relevante styringsdokumenter for kommunene og institusjonene, brukerundersøkelser der dette foreligger og intervjuer. Intervjuene er gjennomført med relevant politisk og administrativ ledelse i kommunen og ledelse, ansatte og representantene for brukerne. Brukerrepresentantene har for det meste bestått av brukerråd eller FAU og har blitt gjennomført som gruppeintervjuer. Til sammen er det gjennomført 57 intervjuer i Norge, 35 i Danmark og 21 i Sverige. Datainnsamlingen er gjennomført av en forsker fra hvert av landene basert på en enhetlig feltguide som legger til rette for at dataen er sammenlignbar på tvers av land og sektorer. Fra hver kommune er det utarbeidet en case rapport som muliggjør sammenligninger.¹

Hverken funnene fra skoleområdet eller Danmark og Sverige kan gi presise svar på spørsmålet om norske ideelle leverandører av helse- og sosialtjenesters særtrekk. De kan imidlertid belyse hvilke betingelser som legger til rette for at slike særtrekk kan få utfolde seg, og dermed vise potensialet for særtrekk som ideelle aktører kan besitte.

Primærdata fra tre tjenesteområder innenfor helse- og sosialfeltet

I tillegg til data fra det nevnte prosjektet har vi i forbindelse med denne rapporten gjennomført sju nye intervju slik at vi har fått primærdata fra i alt tre tjenesteområder innenfor helse- og sosialtjenestene: Sykehjem, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og barnevern.

Data om sykehjemstjenester kommer fra det nevnte prosjektet. Sykehjemsdrift er et kommunalt ansvar. Innenfor sykehussektoren er det lang tradisjon for ideelle sykehjem. Det finnes i dag om lag 70–80 ideelle sykehjem som enten har langsiktige driftsavtaler med kommunen eller som har fått driftskontrakt etter en anbudskonkurranse. Det finnes om lag 20 kommersielle sykehjem. I tillegg finnes noen tradisjonelle, kommersielle sykehjem som selger enkeltplasser og ikke inngår i kommunenes ordinære tildelingssystem (Vabø, Christensen, Jacobsen & Trøtteberg 2013:180-181). I de aller fleste kommunene er det kommunen selv som tildeler plasser til alle sykehjemmene, også de ikke-kommunale. Bergen og Oslo er eksempler på

1. For de norske rapportene se: <http://www.socialresearch.no/Projects/Ongoing-projects/Outsourcing-of-Scandinavian-welfare-societies>. Den danske rapporten omhandler begge kommunene og er tilgjengelig her: <http://www.cifri.dk/Webnodes/da/Web/Public/Publikationer>. De svenske rapportene kan tilgjengeliggjøres etter forespørsel.

kommuner som lar brukerne velge sykehjem, begrenset av om det er ledig kapasitet.

I tillegg har vi samlet inn data spesifikt til denne rapporten. For å få data som gir mer bredde innenfor spekteret av helse- og sosialtjenester har vi samlet data om to nye tjenesteområder. Vi valgte da barnevernstjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette er begge statlige tjenester der de ideelle utgjør en viktig del av supplementet til de offentlige tjenestene (Sivesind 2008). Fra begge tjenesteområdene intervjuet vi en representant fra den offentlige innkjøperen, en representant fra de ideelle leverandørene og en representant for brukerinteressene.

Ved å inkludere *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* fikk vi en statlig tjeneste innenfor spesialisthelsetjenesten. Her intervjuet vi en representant fra avdelingen for eksterne helsetjenester i Helse Sør-Øst RHF, som er den avdelingen som kjøper inn TSB, en representant fra Blå kors, som er en stor ideell aktør på feltet, og en representant for Rusmisbrukernes interesseorganisasjon. Rusomsorg eller -behandling ytes både på kommunalt og statlig nivå. I begge tilfeller kan det offentlige benytte seg av ikke-offentlige aktører til å levere tjenestene. Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Ansvar følger av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med videre (helse- og omsorgstjenesteloven). Det er store variasjoner i organisering av rusarbeidet i kommunene. Oppgavene kan være lagt til ulike enheter, som det lokale NAV-kontoret, psykisk helseenhet, rustjeneste, oppsøkende- og hjemmebaserte tjenester eller aktiviseringstiltak.

Det statlige ansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB). Dette tilbudet omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven. Alle helseforetak skal sørge for at det er tilgjengelig døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske behandling enten i eget foretak eller gjennom ikke-offentlige avtaleparter. Private stiftelser og ideelle organisasjoner utgjør en betydelig andel av tilbudet innen TSB, og i 2012 stod de ikke-offentlige aktørene for om lag 60 prosent av oppholdsdøgnene, 40 prosent av døgnoppholdene og 25 prosent av alle refusjonsberettigede, polikliniske konsultasjoner (Helsedirektoratet 2012:7).

Det er de regionale helseforetakene som inngår avtaler med ideelle tilbydere av TSB. Tildeling av plass eller behandling ved TSB skjer så ved at aktuelle vurderingsenhet i helseforetaket behandler henvisningen. Henvisningen kan komme fra en rekke instanser som for eksempel sosialtjenesten / NAV, barneverntjenesten eller leger. Innenfor TSB er de ideelle institusjonene vel etablerte og utgjør en avgjørende del av samfunnets kompetanse på feltet. Per i dag kunne ikke det offentlige gitt befolkningen et fullgodt tilbud om rusbehandling uten de ideelle aktørene.

Fra *barnevernsfeltet* har vi intervjuet representanter for Seksjon for innkjøp og kontraktsrett i Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, representanter for ideelt barnevernsforum, disse kom fra henholdsvis Frelsesarmeen og Kirkens bymisjon og en representant for Forandringsfabrikken som representant for brukerperspektivet.

Ikke-offentlige barnevernstjenester kjøpes inn direkte fra kommuner eller fra den statlige Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Førstnevnte kjøp kan gjelde en rekke tjenester, inkludert de aller fleste oppgavene som ligger innenfor ansvarsområdet til det kommunale barnevernet. Det finnes ingen oversikt over omfanget av dette innkjøpet (Bogen & Grønningsæter 2014). Bufetat inngår på nasjonalt plan rammeavtaler med ikke-offentlige leverandører for noen typer barnevernstjenester. «Samlet kjøpte etaten tjenester fra private barnevernsleverandører for 1 906 mill. kroner i 2013. Kjøpene fordeler seg med 1 370 mill. kroner på institusjoner, 507 mill. kroner på fosterhjem og ca. 29 mill. på kjøp av plasser i sentre for foreldre og barn» (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet 2014:17). Disse plassene kan så benyttes av det kommunale barnevernet når disse trenger institusjonsplasser til barn med behov for omsorgsovertakelse.

Selv om intervjuer innenfor disse to tjenesteområdene utvider bredden av data er det fortsatt tjenesteområder innenfor helse- og sosialtjenester vi ikke har primærdata fra. For å bøte på dette har vi gjennomført et intervju med en representant for hovedorganisasjonen Virke som organiserer de fleste ideelle leverandørene av helse- og sosialtjenester i Norge. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert for analyse.

Samlet gjør dette at vi til grunn for rapporten har en omfattende mengde primærdata. Dataene er imidlertid av kvalitativ natur og dekker kun over en begrenset del av tjenesteområdene innenfor helse- og sosialsektoren og også kun en begrenset del av variasjonen i ideelle leverandører. Det finnes noe foreliggende litteratur som fyller ut bildet på mange områder, men det er gjort lite med empiriske arbeid på norsk ideell tjenesteytings særtrekk. Dette gjør at det i denne rapporten ikke er mulig å trekke vidtrekkende, generelle slutninger. Vi har imidlertid et godt utgangspunkt for å framstille noe av potensialet som kan finnes i sektoren.

Foreliggende forskning på skandinaviske forhold

Konklusjonene i denne rapporten bygger dels på primærdata og dels på sekundærlitteratur. Denne sekundærlitteraturen består av relevante meta- eller empiriske studier fra Norge, samt de mest relevante fra Sverige og Danmark. De forskjellige studiene plasserer seg hovedsakelig i en av tre kategorier. Det er (1) studier som ser på privatisering generelt, virkningene av at tjenester driftes av ikke-offentlige aktører og mekanismene som gir disse innpass på velferdsfeltet. Dernest er det (2) en del rapporter som ser på betydningen av frivillighet inn på velferdsfeltet. Disse arbeidene er ikke spesielt rettet inn mot de ideelle aktørene, men ser på frivillig innsats ved institusjoner som er både offentlige, kommersielle og ideelle. Til slutt er det (3) analyser av utviklingen av forholdet mellom ideelle leverandører og det offentlige. Det sentrale her er hvordan det offentlige har tatt over driften av tjenester som historisk har vært i ideell regi, og hvordan forholdet mellom ideelle og det offentlige i økende grad har blitt basert på formelle kontrakter.

I tillegg gjennomføres det (4) brukerundersøkelser der det finnes leverandører med forskjellige eiere som driver samme tjeneste for samme offentlige innkjøper.

Studier av privatisering generelt

Både nasjonalt og internasjonalt finnes det en rekke studier som ser på bakgrunn for konkurranseutsetting, og effekter og konsekvenser av privatisering av tjenester. Det store flertallet av disse er imidlertid mest interessert i skillet mellom offentlig og ikke-offentlig leveranse av tjenestene, mens skillet mellom ideelle og kommersielle ikke gis særlig oppmerksomhet. De aller fleste studier tar for seg spesifikke tjenestemråder og har ikke ambisjoner om å si noe som har gyldighet over hele helse- og omsorgsfeltet.

Fra USA er forskningen ganske entydig på at ikke-kommersiell eldreomsorg er bedre enn kommersielle eldreomsorg innenfor nært sagt alle relevante kvalitetskriterier (Comondore m.fl. 2009; Harrington, Olney,

Carrillo & Kang 2012). Lignende studier fra Norge finnes ikke, og det er ikke åpenbart at funn fra USA har direkte overføringsverdi til Norge. I fra Sverige har en overbevisende studie vist at kommersielle leverandører av sykehjemstjenester er bedre på kvalitetsindikatorer knyttet til service, slik som mulighet til selv å velge middagsmat, mens de offentlige sykehjemmene er bedre på kvalitetsindikatorer knyttet til strukturelle forhold slik som grunnbemanning og utdanningsnivå hos de ansatte (Stolt, Blomqvist & Winblad 2011). Denne undersøkelsen forholdt seg ikke til de ideelle leverandørene spesielt, men fikk fram hvordan hvem som eier institusjonene har betydning for kvaliteten som leveres. Gautun, Bogen and Grødem (2013) har gjennomgått skandinavisk litteratur samt gjennomført case studier i norske kommuner for å kunne si noe om konkurranseutsetting av sykehjem- og hjemmetjenester. De var interessert i konkurranseutsettingens konsekvenser for kvalitet, utgifter for kommunen og ansattes vilkår. Her skiller de mellom ideelle og kommersielle leverandører. De finner at det ikke er gjort undersøkelser som kan dokumentere at det er kvalitetsforskjeller mellom de forskjellige typene aktørene. De understreker imidlertid at dette ikke nødvendigvis betyr at forskjeller ikke finnes, men at slike kvalitetsforskjeller er vanskelige å måle og at de forsøkene som er gjort i Norge ikke er gode nok til at man kan trekke sikre slutninger. Likeledes har Vabø m.fl. (2013) redegjort for omfang og innretningen på markedsrettingen av norsk eldreomsorg. Her er det hvorfor det i komparativt perspektiv er et begrenset omfang av kommersielle aktører som er dokumentert og forklart, og ikke særtrekk knyttet til ikke-offentlig drift.

Eldreomsorg synes å være det tjenesteområde hvor det er gjort mest empirisk arbeid i Norge, men det finnes noen studier også fra andre tjenesteområder. Basert på eksplorative case studier antyder Bogen and Grønningsæter (2014:42) at for kommunale barnevernstjenester er leverandørens lokale forankring og kjennskap til lokale forhold viktigere enn hvorvidt leverandøren er offentlig, kommersiell eller ideell. I en rapport for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet finner konsulentselskapet (Varde & Hartmark 2014:49) at vi ikke har kunnskap om eventuelle kvalitetsforskjeller mellom ideelle og kommersielle leverandører innenfor barnevernsfeltet. Rapporten er basert på litteraturgjennomgang, intervjuer og analyse av Bufetats innkjøp. Konklusjonen i rapporten er at de kommersielle leverandørene driver bedre økonomisk enn de ideelle og at likestilling av ideelle og kommersielle leverandører kan være en effektiv drivkraft for å bedre de ideelles endringsvilje og -evne (s. 54). Rapporten har imidlertid fått mye motstand fra de ideelle leverandørene og Ideelt barnevernsforum valgte å bestille en vurdering av rapporten. Vurderingen er gjennomført av konsulentselskapet Inventura (2015) og peker på flere problematiske forhold i rapporten. Det mest sentrale er at målet på endrings- og omstillingsvilje er leverandørenes overskudd. Dette er problematisk fordi barnevern kun utgjør

en begrenset del av virksomheten til mange av leverandørene, slik at det er umulig å si hvor mye av et overskudd barnevernsdriften genererer. Videre fremstår det problematisk å benytte profitt som suksesskriterier når man sammenligner to typer virksomheter som har som definerende trekk at den ene er profitorientert og den andre er non-profit.

Vi har ikke funnet eksterne studier av TSB. Helsedirektoratet (2012) har gjort en sammenligning av private og offentlige institusjoner. Denne skiller ikke på ideelle og kommersielle, men de ideelle utgjør den overveldende største gruppen av ikke-offentlige institusjoner. Her finner de at de offentlige institusjonene koster til dels betydelig mer enn de ikke-offentlige. Noe av dette kan forklares i forskjeller i krav til beredskap, men rapporten gir ikke noe fyllestgjørende svar på hvorfor de offentlige er dyrere.

Av studier med et videre perspektiv skapte antologien Konkurransens konsekvenser stor oppmerksomhet i Sverige da den kom i 2011 (Hartman 2011). Denne gir en utførlig oversikt over kunnskapsbildet for forskning på privatisering i Sverige, men her var det effekten av kommersielle aktører som var i brennpunktet, og med unntaket av skolekapitelet er ideelle aktører kun summarisk behandlet, eller ikke omtalt i det hele tatt. De ideelle har som sagt en unikt svak posisjon i Sverige, så lite oppmerksomhet i antologien reflekterer således den beskjedne rollen til sektoren. Hovedfunnet i denne rapporten er at den storstilte privatiseringen som har funnet sted de siste 20 årene i Sverige ikke har levd opp til de store forventningene. Til samme tid slår rapporten fast at det innenfor flere tjenestoområder ikke er grunnlag til å trekke tydelige slutninger om forskjellen mellom kommersiell og offentlig drift av tjenestene når det kommer til effektivitet og kvalitet. Til omtrent samme tid ble det i Danmark presentert en større metaundersøkelse vedrørende effektene av utkontraktering av offentlige oppgaver (Petersen, Hjelmar, Vrangbæk & la Cour 2011). Denne trekker på internasjonale så vel som Skandinaviske funn, men heller ikke her er ideelle aktører viet nevneverdig oppmerksomhet. Hovedfunnene her er at det innenfor tekniske tjenester lar seg dokumentere positive gevinster ved å benytte anbud, men at det innenfor «myke» tjenester, slik som helse- og omsorg, ikke er grunnlag for noen slik konklusjon. I Norge er det ikke gjort undersøkelser av slikt omfang, men i en rapport fra 2011 oppsummerer Bogen (2011) mange av undersøkelsene som var gjort innenfor omsorgssektoren fram til da, uten å kunne trekke klare slutninger om konsekvenser av privatisering.

Frivillighet inn i velferden

Et felt som får økende oppmerksomhet er bidragene fra frivillige på velferdsområdet. Dette er snakk om frivillige lag og foreninger eller enkeltpersoner som bidrar inn i tjenestene. Her har de siste årene flere rapporter tatt mål av seg til å kartlegge omfanget av frivillighet på velferdsfeltet og sett på drivere og begrensninger for økt frivillig deltakelse

(Agenda Kaupang 2014; Sandvin, Bjørge, Hutchinson & Johansen 2011; Solbjør, Johansen & Kleiven 2012). Også disse arbeidene faller imidlertid utenfor det som er fokus i denne rapporten, nemlig de ideelle, profesjonelle tjenesteleverandørene. Disse kan gjerne trekke på frivillige ressurser i egen organisasjon eller mobilisert av egen virksomhetsidé, men grunnlaget for aktiviteten knyttet opp mot utførselen av offentlige tjenester er lønnet arbeidskraft. Disse rapportene viser at det er mye frivillighet i norsk helse- og sosialtjeneste, at denne kan koordineres av både frivillige og det offentlige, og at frivilligheten er til stede i velferdsinstitusjoner med alle typer eiere.

Relasjonen mellom det offentlige og ideell sektor

Inspirert av arbeidene til Lester M Salamon (1987b) om hvordan ideell sektor og det offentlige ikke bare står i et konfliktforhold, men også kan forstås som komplementære, har Selle and Kuhnle (1990) dokumentert utviklingen i forholdet mellom det offentlige og de ideelle i Norge. De viser at det alltid har vært en form for partnerskap mellom disse, og at ideelle ofte har ønsket at det offentlige skal ta større ansvar innenfor områdene der ideelle har dominert. Det har vært en felles forståelse av at det offentlige bør ha et overordnet ansvar for grunnleggende helse- og sosialtjenester. Samtidig har de ideelle hatt større autonomi i Norge enn i mange andre land grunnet deres status som medlemsorganisasjoner, der medlemsdemokratiet har sikret selvstendig styring fra offentlige føringer (Eikås & Selle 2002:52). Det er imidlertid slik at til samme tid som det offentlige har tatt over store deler av tjenestene som ideelle har etablert, så har de ideelle også hele tiden drevet mange tjenester selv, finansiert av det offentlige. I dag driver de ideelle om lag sju prosent av det profesjonelle velferdsfeltet i Norge, og med unntak av utdanning så er det aller meste av dette innenfor helse- og sosialfeltet (Sivesind 2013). Andelen ideelle tjenesteyting har vært temmelig stabil de siste 15–20 årene, som er den perioden der det finnes godt tallmateriale. Dette er imidlertid en periode der antallet ansatte innenfor offentlig finansiert helse- og omsorg har vokst raskt. At de ideelle har vært i stand til å beholde sin markedsandel i en periode med sterk vekst er et resultat av bevisst prioritering av ideelle. Uten denne politikken kunne det offentlige prioritert egne tjenester og konkurransen fra kommersielle kunne rammet hardere. Den nevnte samarbeidsavtalen mellom de ideelle, regjeringen og KS bedrift er et uttrykk for denne prioriteringen.

Formene på samarbeidet er imidlertid i endring. For drøyt 12 år siden identifiserte Eikås and Selle (2002) en trend med økende kontraktskultur tilpasset inntog av kommersielle aktører inn på et offentlig finansiert «velferdsmarked». Her uttrykker de bekymring for at medlemsdemokratiet i organisasjonene kan undergraves og at markedslogikken dermed vil gjøre de ideelle mindre særegne. Dette ville være en paradoksall utvikling da noe av begrunnelsen for å la ikke-offentlige aktører få utføre tjenestene er ønsket om et mer differensiert tilbud. Senere har Gulbrandsen and Ødegård (2011:62)

vist hvordan noen av de store ideelle aktørene på velferdsfeltet har valgt å tone ned medlemsdemokratiet for å bli mer «konkurransedyktige». Så har da også Selle (utkommer) gjort opp status i dag og konkludert med at utviklingen siden 2002 har gått som skissert, og at de ideelle derfor har mistet mye av sitt særtrekk og evne til å utfordre så vel den offentlige som den kommersielle sektor. Likeledes har Lorentzen (2007) argumentert for at norsk sosialdemokratisk ideologi har en iboende motvillighet til å anerkjenne ideelle særtrekk og således har ført til at det offentlige har disiplinert ideell og frivillig sektor til å bli instrumenter for offentlig politikk. Fra vårt ståsted er det uklart hvor god dokumentasjon som finnes for å konkludere med at ideell sektor har mistet så mye autonomi og relevans.

Brukerundersøkelser

Brukerundersøkelser er et lett tilgjengelig mål på hva brukerne som svarer på undersøkelsen synes om tjenestene. Særlig i kommuner der det er strid knyttet til hvem som bør utføre tjenestene brukes brukerundersøkelsene aktivt for å argumentere for den ene eller andre typen leverandører. Dette gjelder særlig kommersielle leverandører, da det er disse det oftest er politisk uenighet om.

Helse- og sosialtjenester er tjenester der det er notorisk vanskelig å gjennomføre brukerundersøkelser man kan trekke valide slutninger fra. For det første skyldes dette at tjenestene er komplekse og det er mange sider ved dem det er vanskelig å vurdere. En pasient som skal opereres ved et sykehus vil ofte ha stor interesse av kompetansen til legen som gjennomfører operasjonen, og mindre interesse av utvalget i middagsmat. Pasienten vil imidlertid lett kunne vurdere middagsmaten, men vanskelig kunne si noe fornuftig om kompetansen til legen. Denne typen problemstillinger knyttet til informasjonsasymmetri går igjen innenfor mange av tjenestene. For det andre er dette sårbare brukergrupper som ofte ikke er i stand til å besvare en undersøkelse. På sykehjem er mange av brukerne for syke til å kunne besvare et skjema. Resultatene kan da bli at undersøkelsen i overdreven grad reflekterer synet til de «friskeste» brukerne. Et annet eksempel er barnevernet der det at brukerne er på tvangsvedtak gjør det vanskelig å designe undersøkelser som gir nyttige svar. I tillegg er det slik at i vurderingen av kvaliteten av komplekse tjenester kan noen komme godt ut på noen kriterier mens andre kommer bedre ut på andre. Det er ofte vanskelig å bli god på mange områder samtidig. Når det er sagt så er brukernes opplevelse av tjenesten en viktig side ved tjenestens kvalitet, og en godt utformet brukerundersøkelse kan gi mye nyttig informasjon om tjenesten. Nyten er imidlertid større for de som bruker undersøkelsene til å forbedre arbeidet på den enkelte enhet, enn den er for oss som ønsker å gjøre generaliseringer basert på sammenligninger av flere enheter.

Den største undersøkelsen om brukeres tilfredshet med offentlige tjenester er innbyggerundersøkelsen til Direktoratet for forvaltning og IKT.

Undersøkelsen sendes ut til 11 000 personer, men likevel er det kun for barnehager at det finnes tilstrekkelig svar til at man kan sammenligne offentlige og ikke-offentlige utførere av tjenester. For barnehager er det imidlertid ikke gjort noe skille mellom ideelle og kommersielle barnehager, slik at heller ikke de tallene kan brukes i denne sammenhengen.

Oslo kommune er sannsynligvis den kommunen som har gått lengst i å kombinere ideell, kommersiell og kommunal drift av tjenester. Innenfor sykehjemsektoren har derfor brukerundersøkelsene her fått stor oppmerksomhet i mediene. Det er verdt å merke seg at disse undersøkelsene lider av problemene som er nevnt overfor, noe som også er poengtert i de offisielle rapportene fra undersøkelsene. For eksempel så varierer svarprosenten mellom sykehjemmene i undersøkelsen som ble gjennomført blant pårørende til beboere i sykehjem i 2013 mellom 29 og 83 prosent (Oslo kommune 2013:6). De ideelle gjør det gjennomgående bedre enn de kommersielle og kommunale sykehjemmene i denne undersøkelsen, men likevel mener vi ikke at dette gir rom for å trekke klare slutninger vedrørende forskjeller mellom ideelle, kommunale og kommersielle sykehjem. Det samme gjelder i andre kommuner der vi har sett på brukerundersøkelsene.

Rambøll (2011) sin brukerundersøkelse for bufetat for brukere av barnevernstiltak i 2010 gjorde et skille mellom statlige, kommersielle og ideelle institusjoner. Heller ikke her er det grunnlag for å si noe sikkert om forskjellen mellom dem. I senere brukerundersøkelser er det ikke gjort noe skille mellom ideelle og kommersielle institusjoner.

Samlet sett er det, på tross av den offentlige oppmerksomheten, lite grunnlag til å bruke brukerundersøkelser til å si noe om en eventuell ideell merverdi. De ideelle peker seg ikke gjennomgående ut i noen enda av skalaen i undersøkelsene. Samtidig er det ikke mulig å bruke dette funnet til å si at det ikke finnes noen slik merverdi, og i alle fall ikke til å si at det ikke finnes potensial for en slik merverdi.

Hva med ideelt særtrekk? Teoretiske forventninger

Som det kom fram fra forrige kapittel er hovedtyngden av de empiriske arbeidene knyttet til ideell merverdi og særtrekk fokusert på forhold som er i randsonen til vår tematikk og som ikke behandler spørsmålet om merverdi direkte. I fortsettelsen vil vi derfor gå til kjernen i spørsmålet om ideell merverdi og særtrekk. Dette gjør vi i to steg. Først ser vi til den internasjonale forskningen og identifiserer de teoretiske forventningene til ideelle særtrekk og merverdi. I tillegg til forskningen vi presenterte i forrige kapittel finnes det noen norske undersøkelser som handler mer direkte om spørsmålene vi er interessert i. Disse vil vi ta med i dette kapittelet når de kan kaste et norsk lys over den internasjonale forskningen vi presenterer. Det neste steget består i at vi bruker den internasjonale forskningen som guide når vi dykker ned i vår norske data for å forsøke å finne hvordan ideelle eventuelt har merverdi og særtrekk innenfor vår helse- og omsorgssektor.

Samfunnsrolle

De ideelle velferdsleverandørene er organisasjoner som ofte påtar seg en rolle i offentligheten der de målbærer interessene til marginale grupper i samfunnet. Innbyggere med dårlig økonomi, helseutfordringer, rusmisbruk eller barn mangler ofte ressursene til å tre fram i offentligheten og fremme sine interesser. Da kan ideelle organisasjoner som gjennom sitt velferdsengasjement har brede kontaktflater med mennesker fra disse gruppene fungere som talerør for deres interesser.

På samme måte er de ideelle leverandørene sivilsamfunnsaktører. Et levende sivilsamfunn blir ofte trukket fram som en nøkkel for å fremme sosial kapital. Sosial kapital blir ofte brukt som en forklaringsvariabel for gunstige sider ved et samfunn som økonomisk vekst, solidaritet og godt styre (Fukuyama 1995; Putnam & Leonardi 1993).

En tredje overordnet funksjon ideelle leverandører kan ha er å fremme åpenhet og ansvarliggjøring (accountability) innenfor sektoren hvor de er virksomme. Ved å bidra til et mangfold innenfor en sektor kan ideelle aktører

utgjøre alternative kilder til kompetanse, varsling og krav til det offentlige (Anheier 2009). En plassering utenfor det offentlige hierarkiet og en insentivstruktur der profitt ikke er sentralt gjør at ideelle kan fylle den funksjonen på en måte ingen andre er i stand til.

Særtrekk i produksjonen av tjenester

I brennpunkt for denne rapporten er imidlertid ikke slike overordnede funksjoner ideelle aktører kan ha på samfunnsnivå. Her er vi interessert i hvordan ideelle tjenesteleverandører er forskjellige fra offentlige og kommersielle leverandører i produksjonen av offentlig betalte tjenester. Denne forskjelligheten kan utspille seg i møtet brukerne har med leverandøren eller i møte mellom leverandøren og det offentlige.

Mangfold og valgfrihet

Økonomiske teorier om nonprofitt organisasjoner forsøker på prinsipielt grunnlag å besvare spørsmålet om hvorfor vi trenger en tredje sektor når vi har marked og stat. Teoriene legger dermed til grunn noen forventninger om hvilken rolle de offentlige, ideelle og kommersielle leverandører kan spille. En sentral forventning er knyttet til å skape komplette tjenestetilbud for befolkningen. Innbyggerne blir i økende grad en sammensatt gruppe når det kommer til forhold som kultur, religion med videre, og dermed blir det vanskeligere å skape tjenester som passer til den enkelte innbygger (Phillips & Smith 2011). Den offentlige forvaltningen kan mangle både kunnskap, kapasitet og koordineringsevne til å skape et mangfoldig tilbud til hele befolkningen. Dermed kan ikke-offentlige leverandører komplementere det offentlige. Kommersielle leverandører vil imidlertid rette tjenestene inn mot det største markedssegmentet, noe som ikke vil være veldig forskjellig fra det offentlige tilbudet som er orientert mot medianvelgeren (Weisbrod 1977). Ved å rette tjenester inn mot mindre nisjer i befolkningen kan de ideelle organisasjoner derfor kompensere for manglende bredde hos offentlige og profittorienterte leverandører når det gjelder kvalitet, spesielle behov, interesser, metodologi, ideologi og livssyn (Smith & Grønberg 2006:224).

For å rette innholdet i tjenestene inn mot spesielle grupper er det nødvendig med mekanismer som sikrer at disse innbyggerne faktisk kommer til institusjonene som legger til rette for dem. Dersom det er en offentlig instans som allokterer brukeren til de forskjellige institusjonene så vil det for institusjonene bli vrient å tilrettelegge tjenestene til spesielle brukere. I tilfeller der brukeren selv betaler for tjenesten vil det per definisjon være brukervalg og således ikke noen utfordring å tilpasse tjenestene. I denne rapporten er det imidlertid offentlig finansierte tjenester som er i fokus. I likhet med i mange vestlige velferdssamfunn finansierer det offentlige i stor grad tjenestene ideell sektor utfører. Det avgjørende for om det er mulig å

tilpasse tjenestene til spesielle brukere avhenger dermed av hvilke styringsmidler det offentlige tar i bruk.

Tillit

Dette er tjenester hvor det er stor informasjonsasymmetri mellom leverandørene av tjenestene og brukerne. Dermed er tilliten brukerne og samfunnet kan ha til leverandøren avgjørende (Hansmann 1980). Jo mindre informasjon brukeren har, jo viktigere blir tilliten brukeren kan eller bør ha til leverandøren. Dette gjelder for brukeren, men i noe grad også for det offentlige som kun i begrenset grad har mulighet til å overvåke kvaliteten i denne typen tjenester (Evers, Haverinen, Leichsenring & Wistow 1997). Weisbrod (1988) foreslår å skille mellom kvalitetsindikatorer som er enkle å observere og vurdere og de som er vanskelige å observere. Forskjellige markedsaktører har forskjellige insentiver til å prioritere de to forskjellige formene for kvalitet. En profittorientert aktør har insentiver til å ha høy målbar kvalitet, men få insentiver til å bruke ressurser på å ha høy usynlig kvalitet. Ideelle aktører kan ha insentiver til at begge formene for kvalitet skal være høy.

Ben-Ner og Van Hoomissen (1991) prøver å kombinere innsiktene om at ideelle fyller et udekket behov og utfordringen med iboende informasjonsasymmetri for enkelte tjenester. Begge disse forholdene kan forklare at det er en etterspørsel etter ideelle leverandører. Imidlertid trengs også entreprenører som kan skape et tilbud, altså etablere ideelle virksomheter. Når entreprenørene etablerer virksomhetene, uten profitt som motiv, er det basert på et engasjement for å bedre tilbudet innenfor tjenesteområdet. Deres deltakelse i ideelle virksomhet inngir derfor tillit. Stakeholderne søker å sikre at organisasjonen forblir egnet til å løse disse problemene dels gjennom å rekruttere rette personer og dels gjennom institusjonelle løsninger. Dette kan legge til rette for at ideelle leverandører er særlig brukerorienterte, da det er brukerne selv som ofte etablerer kulturen og definerer strukturen til organisasjonen.

Dette er noe av bakteppet når Enjolras (2009) argumenterer for at ideelle organisasjoner ofte har styringsstrukturer som gjør at de kan håndtere de potensielle, negative effektene av mangel på aktive eiere og en veldefinert målstruktur. Det har nemlig blitt trukket fram at ideelle mangler insentiver til effektiv drift, noe som kan gjøre at ressurser forsvinner til unødige goder til de ansatte eller annen sløsing i organisasjonen (Fama & Jensen 1983). Styringslogikken som bøter på disse mulige ulempene skal være medlemsdemokrati, grasrotengasjement og de internaliserte verdiene i organisasjonen. Man har ingen garanti for at disse forholdene sikrer organisasjonen fra dårlig drift, men de er faktorer som trekker i positiv retning. Demokrati som styreform kan også ses som en verdi i seg selv.

Sammenlignet med det offentlige kan ideelle ha mer tillit i relasjonen til innbyggerne, og da særlig blant marginaliserte grupper av innbyggerne. Helse- og sosialtjenester er tjenester med stort spenn i brukernes evne til å hevde egne rettigheter. Noen av brukerne er blant de mest sårbare i samfunnet og disse kan ha opplevelser som gjør dem skeptiske til offentlig inngripen. For disse gruppene kan det derfor være lettere å forholde seg til en ideell aktør enn til en offentlig instans.

Steinberger (2006:124-125) peker på fem forhold som i litteraturen fremheves som årsaker til at ideelle leverandører kan ha større tillit enn kommersielle. (1) Det at de ideelle ikke har profittmotiv gjør at de ikke har økonomiske insentiver til å levere mindre enn de har lovet for på den måten å oppnå økonomisk gevinst. (2) Mangelen på profittmotiv påvirker også motivasjonen den enkelte har for å etablere eller involvere seg i organisasjonen. De som søker til ideelle aktører drives av andre interesser enn de som søker til kommersielle foretak. På den måten skjer det en fordeling av menneskelige ressurser der ideelle organisasjonene blir befolket med personer som motiveres av tjenesten og dens innhold. Denne mekanismen er omdiskutert i den forskningen som er gjennomført. (3) Ideelle organisasjoner styres av «etterspørselsdrevne» stakeholdere. Dette vil si at de som styrer i ideelle organisasjoner, medlemmer, styret, givere, er først og fremst opptatt av at organisasjonen skal ha høy kvalitet på tjenestene. Virksomhetsidéen er det sentral og overskudd og utbytte er ikke relevant. Dette i motsetning til stakeholderne i kommersielle «tilbudsdrevne» selskap som ser kvalitet som et middel for å få avkastning på kapital, og ikke som et mål i seg selv. Insentivene er dermed til å produsere det minimum av kvalitet som kreves for å oppnå inntjening (Ben-Ner 1986). (4) Ideelle kan ikke bli kjøpt opp av andre aktører. Ideelle leverandører er gjerne medlemsorganisasjoner eller stiftelser som det ikke er mulig å kjøpe og innlemme i større foretak. Dermed finnes det ingen risiko for omveltning av foretakside eller andre organisatoriske endringer som kan påvirke innholdet i driften. I den internasjonale litteraturen finnes det lite empirisk forskning på denne mekanismen. I norsk sammenheng har For velferdsstaten gått gjennom alle anbuds konkurranser for sykehjem i Norge fram til 2012 og kommet fram til at «i 33 av 38 kontrakter med kommersielle selskaper er selskapet solgt eller omstrukturert i løpet av anbudsperioden» (Herning 2012). (5) Den siste mekanismen tar utgangspunkt i at det finnes brukere som er i stand til å vurdere sykehus tjenester godt, og det er brukere som ikke klarer dette, altså at informasjonsasymmetrien varierer mellom grupper av brukere. Det vil være lettere for profittmotiverte aktører å skape avstand mellom den lovede og den reelle kvaliteten i tilfeller der brukerne er mindre informerte. Derfor vil mindre informerte vil da velge ideelle aktører på grunn av mekanismene nevnt over. Dermed blir det en seleksjonsprosess der bedre informerte brukere er overrepresentert hos

kommersielle selskap, og på den måten tvinger disse til å ha liten avstand mellom lovet og reell kvalitet på tjenesten (Hirth 1999).

Tillitsmomentet kan særlig knyttes til Sejersted (2014:17) understrekning av at kontinuitet er et legitimt hensyn å ta innenfor helse- og omsorgstjenester. Ideelle aktører har en insentivstruktur som inngir tillit, og som gjør at det kan være forbundet med mindre risiko å tillegge spørsmålet om kontinuitet større vekt.

Komplementære aktører i velferdsmiksen

En sentral del av litteraturen knyttet til ideelle leverandører av velferdstjenester har vært knyttet til hvorfor de fleste land har både offentlig, ideell og kommersiell drift av slike tjenester, og hvordan disse forholder seg til markedet. Som en forklaring på hvordan markedene fungerer har Salamon (1987a) utviklet teorien om gjensidighet. Utgangspunktet er at hver av de tre sektorene har styrker og svakheter, og at styrkene til den ene sektoren kompenserer for svakheten til de andre.

Kommersielle aktører er gode på raskt å skape stor og effektiv produksjon, men har tre svakheter. De kan produsere for lite av tjenester som (deler av) befolkningen trenger, de kan prise tjenestene for dyrt for deler av befolkningen som dermed ikke får tilgang til tjenesten og de har utfordringer med tillit. Sistnevnte kommer av at innenfor komplekse tjenester vil det alltid finnes informasjonsasymmetri der tilbyderen har mer informasjon enn kunden. Denne asymmetrien kan kommersielle aktører bruke på å gi dårligere kvalitet enn lovet for på den måten å maksimere overskudd.

Det offentlige har imidlertid virkemidler for å kompensere for feilene til de kommersielle. Tjenester kommersielle ikke leverer nok av kan det offentlige produsere selv eller la ikke-offentlige produsere på kontrakt. For å sikre overkommelige priser for befolkningen kan det offentlige betale for tjenesten gjennom penger-følger-bruker system eller subsidier og for å bøte på den manglende tilliten kan det offentlige regulere tjenesten og sørge for bedret informasjonsflyt til brukerne.

Det er imidlertid ikke slik at det offentlige fullt og helt makter å kompensere for feilene i det kommersielle markedet. Det offentlige har nemlig en tendens til å tilpasse tjenesten til medianborgeren (-velgeren). Dette gjør at tjenesten blir dårlig tilpasset innbyggere som ønsker en særlig kvalitet på tjenesten, eller som av forskjellige grunner har ønsker knyttet til innholdet i tjenesten som avviker fra majoritetens preferanser. Dette gjør at tiltakene for å sikre nok leveranse av nødvendige tjenester og sikring av alles tilgang til tjenestene, ikke gir tjenester tilpasset hele bredden i befolkningen. Videre er mangelen på tillit knyttet til tjenester ofte basert på at viktige aspekter ved helse- og omsorgstjenester ikke er lett observerbare. Det offentlige kan dermed vanskelig regulere noe det ikke kjenner til, og denne innsatsen er derfor ufullstendig. Ideelle aktører kan kompensere for begge disse

svakhetene gjennom å tilby tjenester til hele spekteret av befolkningen og ved å ha en annen insentivstruktur i virksomheten som gjør tillitsaspektet lettere håndterbart (Steinberger 2006:120).

Litteraturen fremhever imidlertid at også de ideelle har potensielle svakheter som gjør at de fungerer best innenfor en sektor når de komplementeres med andre aktører. Disse svakhetene er at de ikke har tilstrekkelig vekstevne til å produsere alle tjenestene befolkningen ønsker, noe som kommer av at de har vanskelig for å skaffe kapital og har fokus på særpreg framfor ekspansjon. At de ikke er profesjonelle i den forstand at de bruker ansatte og frivillige uten tilstrekkelig fagkunnskap. Dette er mindre aktuelt i Norge hvor de ideelles arbeid i stor grad gjøres av ansatte med fagkunnskap, og ikke av frivillige. At de er partikulære slik at de tilpasser tjenesten til små grupper og ikke like godt når ut til bredden i befolkningen. Til slutt kan de beskyldes for å være paternalistiske da tjenestene ofte utføres med en spesiell visjon for samfunnet for øye, og dermed ikke med utgangspunkt i visjonene til brukerne eller samfunnet for øvrig (Salamon 1987a).

Innovasjon

I St. meld. 29 (2012–2013) (22) om morgendagens omsorg beskrives det hvordan ideelle organisasjoner historisk har spilt rollen rom velferdsstatens «fortropp», og at den rollen stadig er like aktuell i dag. De ideelle leverandørene har en historie tilbake til midten av 1800-tallet og har hele tiden vært en forløper til det offentlige tilbudet (Seip 1984). På mange vis har diskusjonen knyttet til særtrekk ved ideell organisering og verdiene denne omsorgen er tuftet på, vært ført kontinuerlig siden da. En annen side ved denne historien er hvordan ideelle aktører har vært innovatører for sosial endring. I dette går det en linje fra fattigdomsvesen og avhjelping ved arbeidsløshet på 1800-tallet og fram til helsehjelp for papirløse flyktninger i dag. De ideelle aktørene har tatt ansvar for utføring av helse- og omsorgstjenester, og samtidig vært pådriver for at det offentlige skal ta en større del av dette ansvaret (Eikås & Selle 2002:52). Ideelle velferdsaktører har derfor hatt en transformativ effekt på utviklingen av velferdssamfunnet gjennom sitt samspill med det offentlige. Den sentrale rollen som sosial innovatør er ikke særnorsk, men også noe som er observert internasjonalt (Prewitt 2004). Teoretisk forklares noe av denne rollen i utgangspunktet til organisasjonene som non-profit (Anheier 2005). Organisasjonene har ikke økonomisk overskudd som formål, men har snarere et religiøst, ideologisk eller sosialt formål. Å levere velferdstjenester er dermed bare et middel for å kunne jobbe mot dette målet, og hvorvidt det er frelse eller sosial framgang som er det høyeste målet er i denne sammenheng ikke relevant. Det sentrale er at disse målene gir insentiver til å levere tjenester til innbyggerne i samfunnet der disse trengs. Videre har dette også implikasjoner for organiseringen av de

ideelle, da det å kombinere forskjellige virksomheter under samme paraply er et nøkkelaspekt av virksomheten til mange ideelle organisasjoner (Weisbrod 1998). Siden målet for organisasjonen er videre enn ett enkelt velferdsfelt er det naturlig at aktiviteten også brer seg til flere velferdsfelt. Det må imidlertid bemerkes at i den norske virkeligheten er det mange små, ideelle enheter som lever side om side med de store ideelle organisasjonene.

I tillegg til sosial innovasjon fins det argumenter for at ideelle ofte er små organisasjoner er gjerne villige til å ta risiko og er ledende når det kommer til innovasjon (Smith & Grønberg 2006:224). I en rapport med relativt begrenset empirisk grunnlag antyder Grindheim (2007:25) at de diakonale sykehusene i Oslo viderefører en tradisjon med å være pionerer i omsorgen for vanskeligstilte grupper, og det på en måte som går videre enn de kontraktmessige forpliktelsene med helseforetaket. Imidlertid er lite overbevisende empiri for at ideelle har spesielle fordeler sammenlignet med offentlige og kommersielle aktører når det kommer til teknologisk og organisatorisk innovasjon.

Mobilisering av frivillighet

Det har blitt trukket fram at ideelle aktørers inntreden på sosialfeltet kan mobilisere frivillighet basert på spesielle verdier eller tro (Kendall, Knapp & Forder 2006:423). Det er begrenset med empiriske undersøkelser av dette forholdet, men det finnes studier som viser ideelle har hatt tilgang på spesielle ressurser basert på religiøse (Chaves 1998) eller ideologiske motiver (Young 1983). For å mobilisere disse ressursene har det blitt hevdet at de ideelle aktørene må adressere gitte, definerbare grupper som deler visjonene for samfunnet og de aktuelle tjenestenes funksjon i samfunnet (Smith & Grønberg 2006:225). Interessant i denne sammenhengen er det at det er påvist at i land med mindre ideell velferdssystemsetting, er det også mindre frivillig arbeid på velferdsfeltet (Sivesind & Selle 2010). I Norsk sammenheng finner Mathisen (2010) at innenfor Frelsesarmeens barnevernstjeneste spiller organisasjonens verdigrunnlag direkte inn på det daglige arbeidet til de ansatte, og at det gir en vilje til å strekke seg lenger.

Betingelser for særtrekk

Samlet sett har disse særtrekkene oppnådd betydelig anerkjennelse internasjonalt. Ideelle aktører er til stede i praktisk talt alle land, selv om størrelse og innretning på sektoren varierer mye. Nær sagt alle land har også en politikk som legger til rette for at Ideelle skal være del av velferdsmiksen. Det er naturligvis stor spennvidde i hvilke virkemidler som benyttes og det er mange oppfatninger om hva som er den ideelle andelen til ideelle aktører i velferdsmiksen. Det som er felles er forsøkene på å ha en aktiv politikk overfor de ideelle for å sikre at samfunnet nyter godt av disse aktørenes

særegne merverdi (Boris & Steuerle 2006; Salamon 2002). De forskjellige virkemidlene som de forskjellige landene velger gir ulike utslag. Her må myndighetene balansere ulike interesser for å oppnå hva de mener er best for samfunnet.

Litteraturen om ideelle aktørers særtrekk som er nevnt over er for det meste hentet fra internasjonal litteratur. Det betyr at både de teoretiske resonnementene og de empiriske undersøkelsene er hentet fra en annen kontekst enn den norske. Det er et vestlig fellestrekk at ideelle aktørers økonomiske hovedkilde er det offentlige (Anheier & Salamon 2006), men nivået og organiseringen av overføringene varierer. Det samme gjelder spørsmål om brukervalg, regulering, historie og kultur, som alle er momenter som kan spille inn i hvordan ideelle leverandører fungerer. Det er derfor nødvendig å gå inn på hvilke betingelser som gjør at forskjellige særtrekk kan komme til syne, og hvilke betingelser som visker ut det ideelle særtrekket.

For ideelle leverandører av helse- og sosialtjenester i Norge er det det offentlige som utgjør den viktigste delen av konteksten. På overordnet nivå har Anheier (2009) argumentert for at det offentlige kan forholde seg til ideelle på tre forskjellige måter. For det første, kan de ideelle sees som leverandører på linje med alle andre innenfor et New Public Management (NPM) regime. Dette kan medføre at ideelle blir mer kommersielle, får organisasjoner som ligner mer på de kommersielle og at de får en løsere tilknytning til verdigrunnlaget sitt. For det andre, kan ideelle anses som sivilsamfunnsaktører og medlemsorganisasjoner som bidrar til samfunnets sosiale kapital (Wollebæk & Selle 2007). For det tredje, kan ideelle anses som aktører som bidrar til åpenhet og medbestemmelse og som dermed hjelper borgerne å holde staten til ansvar. Mens de to siste holdningene til ideelle er mest rettet inn mot deres rolle i samfunnet, handler NPM inngangen først og fremst om ideelle i produksjonen i tjenesten, noe som er sentralt her.

Argumentet om at ideelle innenfor et kontraktregime med det offentlige *kan* miste mye av sitt særtrekk er mye omtalt i litteraturen. Et viktig skille er mellom en tilbudsbasert eller en etterspørselsbasert finansiering av de ikke-offentlige utførelse av de offentlige tjenestene (Ascoli & Ranci 2002:6-9). Tilbudsbasert privatisering av utførelsen av tjenester har en særlig tendens til å viske ut det ideelle særpreget. Særlig aktuelt eksempel på dette er offentlige anbudskonkurranser. Denne formen for privatisering bidrar til kommersialisering av tilbyderne og fremmer innovasjon knyttet til styring og organisasjon, og ikke til selve utførelsen av tjenesten (Goodin 2003:390-391). Ironisk nok kan et slikt regime bidra til å undergrave særtrekkene hos en leverandør som i utgangspunktet lå til grunn for at denne fikk oppdraget (Binder 2007; Evers 1995). I en masteroppgave viser Beddari (2013) hvordan denne effekten er fremtredende innenfor rusomsorgen i Oslo kommune.

Det skjer også at ideelle velger ikke å delta i slike konkurranser da det innenfor rammen av en kort kontrakt er vrient å sette sitt ideelle «stempel» på

virksomheten. Da virksomhetsideen til organisasjonen ikke kan iverksettes innenfor en kontraktsperiode, velger dermed den ideelle aktøren heller å tape markedsandeler.

Konkurransesituasjonen der ideelle og profittorienterte aktører sidestilles kan gjøre at de ideelle tilpasser seg de profittorientertes drift for å overleve i konkurransen (Haugh & Kitson 2007). Når Eikås and Selle (2002:72) observerer utvikling mot økende bruk av kontrakter som offentlig disiplinering av ideelle, ser de for seg en utvikling der Norge beveger seg mot den angloamerikanske modellen der ideelle ligner mer på kommersielle grunnet disses manglende medlemskapsbase og demokratiske organisering (Smith & Lipsky 2009). Om enn ikke så omfattende, så har noen endringer i den retningen også blitt observert hos norske ideelle aktører (Gulbrandsen & Ødegård 2011:61-64).

Etterspørselsdrevet privatisering finner sted når det er brukerne selv som velger institusjon. Så lenge tjenesten finansieres av det offentlige vil det da være en offentlig godkjenningsordning, men der leverandørene deretter konkurrerer om å tiltrekke seg brukere. Innenfor dette regimet vil markedsmekanismer i noe grad erstatte den offentlige reguleringen. Dette gir alle leverandørene økt muligheten til å utvikle særtrekk.

Det kan også være at ideelle kan bli utkonkurrert i en skjerpet konkurransesituasjon siden de ikke har like god kapitaltilgang som profittorienterte aktører som kan tiltrekke seg investorer. Erfaringen fra ande land er at sterk vekst for ideelle organisasjoner kan gå på bekostning av evnene til å beholde sitt ideelle særpreg (Salamon 2012), noe som kan være noe av grunnen til at ideelle aktører ofte ikke har samme ekspansjonsiver som kommersielle aktører har. Samlet kan dette være med å forklare noe av utviklingen i Sverige hvor ideell sektor de siste 15 årene har tapt markedsandeler på tross av at det offentlige har redusert sin rolle som velferdsleverandør (Sivesind 2013). Denne utviklingen kan knyttes til at endringene i velferdsmixen ble gjennomført uten virkemidler som hensyntok de ideelle leverandører, noe som gjorde at de profittorienterte aktørene var i stand til å innhente hele veksten i sektoren. I Norge har regjeringen og ideelle aktører gått sammen om en samarbeidsavtale blant annet for å hindre en liknende utvikling.

Det er ingen determinisme i noen av disse mekanismene og i alle tilfeller er det et spørsmål om hvordan aktiviteten organiseres. Et sentralt poeng er at merverdien til ideelle aktører ikke har universell gyldighet på tvers av tid og rom, men er kontekstavhengig. Innenfor en velferdsmodell som den norske utgjøres konteksten i stor grad av valg som tas av den offentlige regulator og finansør. Dette gjelder både for i hvilken grad det offentlige detaljstyrer virksomheten til ideelle leverandører av tjenester, og om hvordan det offentlige gjennom sin kontraktsinngåelse bidrar til å kommersialisere sektoren der de ideelle har sitt virke. På den måten kan ideelle trekkes langt i

retning av det offentlige selv eller eventuelt i retning av de kommersielle aktørene. Det kan kreves langsiktighet og skjerming for at ideelle aktører skal kunne beholde og utvikle et særpreg som gir en merverdi.

Hva med ideelt særtrekk? Empiriske slutninger

Helse- og sosialtjenester utgjør et stort spekter av tjenester. Tjenestenes egenart er forskjellig, de ideelle aktørene innenfor de forskjellige tjenestene er forskjellige og konteksten, som for eksempel markedssituasjonen, er forskjellig. Primærdataene for denne rapporten er hentet inn fra kun noen av aktørene som opererer innenfor utvalgte tjenesteområder. Videre er det som sagt få foreliggende empiriske arbeider knyttet til disse problemstillingene i Norge som vi kan støtte oss til. Av dette følger det at det er tjenesteområder vi vet lite om, og at det er begrenset hvor vidtrekkende, generelle slutninger det er rom for å trekke.

Vi vil nå bruke de dataene vi har tilgjengelig om norske forhold for å belyse i hvilken grad merverdien vi tidligere har skissert er tilstede i norsk helse- og sosialtjeneste. Vi vil også vurdere om det finnes et uforløst potensial, og hvorfor det eventuelt er uforløst.

Valgfrihet og bredde i tilbudet

Tjenestene det er snakk om her er bestilt og betalt av det offentlige. Dermed er det naturlig å starte med spørsmålet om hvorvidt det offentlige ønsker at de ideelle skal dyrke et særpreg og tilby noe spesielt. Hvis man går til nasjonale offentlige dokumenter finner man eksempler på positiv holdning til de ideelle. For eksempel i St. meld. 29 (2012–2013) (70) om Morgendagens omsorg fremhever regjeringen hvordan ideelle er pionerer inn på nye velferdsområder, engasjerer frivillighet og målbærer viktige stemmer inn i offentligheten. Dette skal gjøre sektoren særlig viktig for å håndtere «utfordringer og muligheter som følger av en aldrende befolkning, en friskere eldrebefolkning, økende kulturelt mangfold og en rivende teknologisk utvikling.» Lignende formuleringer kan også gjenfinnes i andre styringsdokument på lokalt og nasjonalt nivå. Det er imidlertid slående at ingen av representantene for det offentlige som er intervjuet har pekt på at de ønsker at ideelle aktører skal kunne tilby noe annet enn det offentlige. Tvert imot, har samtlige understreket at det er en forventning om at de ideelle leverer samme type tjeneste som det

offentlige selv eller de kommersielle, og at brukeren ikke skal kunne merke hvem som eier institusjonen.

Innenfor sykehjemsområdet kan dette knyttes til at det i kommunene som er undersøkt ikke er brukerne selv som velger institusjon, men kommunen som til syvende og sist plasserer brukeren på institusjonen. Dette gjelder alle norske kommuner, med unntak av Oslo og Bergen (NHO Service 2012:7). Siden kommunen plasserer brukere både i de ideelle og de kommunale sykehjemmene er det derfor viktig at sykehjemmene har et tilbud som ikke avviker særlig fra hverandre slik at det for den enkelte brukere ikke skal være avgjørende hvilken institusjon som har ledig kapasitet på det tidspunktet hvor vedkommende får sykehjems plass. For kommunen er det dermed viktig å sikre seg at innholdet i tjenesten hos den ideelle leverandøren fullt ut samsvarer med kommunens øvrige tilbud. Så lenge dette er målsettingen er det fra det offentliges side heller ingen begrensning i hvilken grad det er ønskelig for dem å involvere seg i forskjellige sider ved driften til de ideelle. Dette kan gjelde alt fra eventuelle nye forsøksordninger, turnusordninger og innkjøp fra tredjeparter. Det vil alltid finnes et kontrollbehov for bruken av offentlige midler, og den ideelles autonomi er ingen skranke for utøvelsen av denne kontrollen.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en del av spesialisthelsetjenestene. Dette er profesjonsdrevne tjenester hvor det er en sterk oppfatning om at innholdet i behandlingen skal være evidensbasert. Substansielle skiller i innholdet i tilbudet til aktører fra de forskjellige økonomiske sektorene oppleves dermed som fremmed all den tid den evidensbaserte kunnskapen er tilgjengelig for alle. Den offentlige innkjøperen understreker at det er behov for betydelig bredde i tilbudet, men denne bredden knyttes ikke til økonomisk sektor. Dette reflekteres av synet om at det derfor heller ikke finnes slike forskjeller. Snarere tvert imot, de ideelle berømmes for at de har profesjonelle, kompetente fagmiljøer som tilbyr behandling av høy kvalitet. At ideelle spiller en positiv og konstruktiv rolle for feltet bestrides derfor ikke, men at de representerer noe innholdsmessig alternativ får ikke tilslutning.

Heller ikke innenfor barnevernstjenestene har den offentlige innkjøperen noen klar tanke om at de ideelle skal tilby noe substansielt annerledes enn offentlige og kommersielle. Det vises til en arbeidsdeling der ideelle er størst og med mest kompetanse innenfor den omsorgsbaserte delen av den institusjonsbaserte omsorgen, mens kommersielle er større innenfor atferdsproblematikk. Denne blir imidlertid sett på som en funksjonell, historisk betinget fordeling av markedet og ikke som uttrykk for forskjeller mellom aktørene.

For de ideelle selv er det viktig å få fram at de tilbyr noe annet enn hva kommersielle eller det offentlige kan levere. De ideelle finnes nettopp fordi de ønsker å tilby tjenestene, og det at de kan gjøre dette på en måte de selv kan

stå inne for er avgjørende del av deres selvbevissthet. Utfordret om hva de faktisk gjør annerledes enn det andre leverandører kan gjøre, er svarene sprikende. Felles for alle er at de trekker fram motivasjon og inspirasjon hos de ansatte og vilje til å yte ekstra basert på virksomhetens verdigrunnlag. Effekten av dette har ikke latt seg måle innenfor rammene av dette prosjektet. Oss bekjent foreligger det kun én undersøkelse av dette i Norge, og der mener Mathisen (2010) å finne at verdigrunnlaget spiller inn i motivasjonen for arbeidet hos de ansatte i Frelsesarmeens barnevern. Ut over dette beskriver de ideelle en hverdag der de offentlige føringene både på innhold i tjenestene og i mange tilfeller også i organiseringen av tjenestene som gjør det vanskelig å avvike i innholdet i tjenesten fra hva det offentlige formulerer.

Heller ikke brukerne synes opptatt av at de ideelle tilbyr tjenester som skiller seg fra andre leverandører. Dels henger dette sammen med at de ikke aktivt har valgt seg til tjenester som driftes av ideelle aktører, og således ville det være overraskende hvis slike særtrekk skulle være viktige for brukergruppene. Dessuten er det slik at for sykehjemsplasser opplever brukerne at det er knapphet på plasser, så det å få en plass er langt overordnet nyanser i innretningen til plassen. Når det gjelder rusbehandlinger så understreker RIO nødvendigheten av å ha stor bredde i innholdet i tjenestene, men denne bredden ble ikke koblet til ideelle leverandører. Selv om denne koblingen ikke er gjort eksplisitt av RIO, har ideelle tradisjonelt vært breddeholdere når det kommer til å ha et mangfoldig behandlingstilbud. På barnevernsfeltet trekker Forandringsfabrikken fram forhold som turnusordninger, som kun er viktig for økonomisk sektor når de forskjellige sektorene har forskjellige tariffavtaler. De understreker likevel at variasjonene mellom institusjoner fra forskjellige sektorer er større enn mellom sektorene. Opplevelsen til Forandringsfabrikken er likevel at detaljrikdommen i offentlige utlysninger og de høye kravene til administrativ kapasitet undergraver de ideelles mulighet til å fremme sitt særtrekk, og levere tjenester med den fleksibiliteten som barna ønsker.

Samlet sett synes det tydelig at innholdsmessig ønsker ikke det offentlige noe spesielt fra ideelle aktører. Like fullt ønsker ideelle å tilby noe spesielt, men det er ikke rom for dette innenfor den relasjonen de har med det offentlige. Dermed tyder det på at ideelle leverandører innenfor mange helse- og omsorgstjenester i Norge ikke nødvendigvis bidrar til et bredere spekter av de offentlige tjenestene slik at flere innbyggere får tjenester tilpasset sine ønsker og behov, eventuelt at et slikt bidrag ikke blir sett eller verdsatt. Det at denne merverdien ikke får utfolde seg i dagens situasjon er imidlertid ikke et uttrykk for at potensialet ikke finnes. Innholdet til helse- og omsorgstjenester bestemmes av hvem som finansierer, regulerer og leverer tjenestene (Rothstein 1994:246). Tjenestene det her er snakk om er finansiert og regulert av det offentlige. Følgelig har det offentlige stor innflytelse over hvordan tjenesten kan leveres. Dermed kan det offentlige velge å gi mer eller mindre

rom for et ideelt særtrekk i innholdet i tjenesten. Innenfor helse- og sosialtjenestene har det offentlige for det meste valgt å gi lite rom for ideell forskjellighet.

Innenfor grunntidning har man imidlertid lagt seg på en annen modell knyttet til både regulering og finansiering. For det første er det i loven slått fast at ikke-offentlige skoler må være ideelle og at de må representere noe innholdsmessig annet enn den offentlige skolen. Videre kan elever og deres foreldre velge seg til de ideelle tilbyderne, noe som muliggjør større avvik fra den offentlige skolen. All den tiden ingen pålegges å benytte en ideell aktør, skader det heller ikke at disse er substansielt annerledes enn alternativene. Endelig er reguleringen slik at godkjenning og oppfølging av ideelle skoler ikke ligger til kommunen, men til utdanningsdirektoratet. Dette gjør at den løpende involveringen i skolene ikke kan finne sted i samme grad som kommunene følger opp sine institusjoner og skolene får følgelig organisatorisk frihet til å utfolde seg. I tillegg kommer det at finansieringen deles mellom staten (85 %) og foreldrene (15 %), noe som også endrer rommet for innflytelse for staten versus brukerne.

Resultatet er at innenfor grunnskolen representerer de ideelle en reell utvidelse av det offentlige tilbudet. Flere familier får det skoletilbudet de ønsker seg fordi de ideelle tilbyr annerledes tjenester. Dette er et mønster som går igjen i skolesektoren i alle de skandinaviske landene. I Danmark har de siden 2007 også hatt et lignende system innenfor sykehjemssiden. Kommersielle og ideelle aktører kan etablere sykehjem etter å ha oppnådd en nasjonal godkjenning, og brukerne kan deretter velge seg til det aktuelle sykehjemmet. Dette gjør at disse sykehjemmene kan utvikle tjenester som følger en nasjonal kvalitetsstandard, men som er frikoblet fra kommunens styringssystem. Dermed er institusjonen friere til å utvikle substansielle særtrekk i tjenestene.

Utfordringene for de såkalte «fripoleboligene» i Danmark, som vi også finner igjen innenfor skolesektoren i Norge, er at det fratras kommunene mulighet til styring av tjenestene i kommunen. Finansieringen av disse institusjonene trekkes fra rammen til kommunen, som således betaler for tjenester de ikke har kontroll over. En konsekvens er at kommunen fratras muligheten til å prioritere mellom forskjellige tjenesteområder når nedleggelse av en kommunal institusjon kan resultere i etablering av en ikke-kommunal institusjon, som så må finansieres av kommunen. Disse styringsmessige utfordringene gjør at det ligger an til at reglene knyttet til dette i Danmark vil endres, selv om man neppe vil gå helt bort fra systemet (Rostgaard 2014:2).

Dette siste poenget understreker at det er dilemmaer i det offentliges inngang til ikke-offentlige leverandører. Organisatorisk frihet framstår som en nødvendighet for å få mangfold og bredde i tilbudet, men dette kan gå på bekostningen av evnen til å styre tjenestene. Uansett avdekker det et rom for

ideelle særtrekk, som det offentlige kan velge å bruke, men da med en konsekvens.

Tillit

Som nevnt er det mange former for tillit som kan være en fordel for ideelle tjenesteleverandører. Noen av disse er effekter som kan finnes på et systemnivå og som er vanskelig å måle med tilgjengelig data. Andre dreier seg om relasjonen mellom den ideelle leverandøren og det offentlige eller mellom den ideelle og brukeren. I førstnevnte tilfelle kan ideelles manglende insentiv til å oppnå profitt gjøre institusjonene mindre villige til å kutte på såkalt «usynlig» kvalitet, altså den form for kvalitet som ikke lett lar seg kontraktsfeste. Den andre formen for tillit handler om at utsatte grupper, som er blant mottakerne av helse- og sosialtjenester, og hvordan det for dem kan være lettere å forholde seg til ideelle enn til det offentlige som ofte kan oppfattes å ha en form for kontrollfunksjon.

Fra det offentliges side er det lite som tyder på at en slik tillitsdimensjon har betydning. Begrunnelsen for dette synes å være todelt. For det første rapporterer både bufetat og Helse Sør-Øst at de kan ha problemer med å skille mellom ideelle og kommersielle aktører. Dette gjelder ikke alle leverandørene, men noen som befinner seg i et skjæringspunkt. Da de opplever at det ikke finnes vanntett skott mellom sektorene, er det også vanskelig å forholde seg forskjellig til leverandørene.

Det neste handler om at det offentlige ønsker kontroll med hva de ideelle leverandørene foretar seg. En eventuell tillit skulle tilsi at en lavere grad av kontroll var nødvendig, sågar ikke ønskelig. Stort offentlig kontrollbehov er i seg selv uttrykk for at en slik tillit ikke er til stede. Samtidig er det ingen refleksjon rundt hvorvidt dette kunne eller burde preget samkvemmet mellom det offentlige og de ideelle. Det er nettopp dette skiftet fra tillit til grunn for relasjonen og til en «mistillitslogikk» til grunn for kontraktsystemet som Eikås and Selle (2002) har beskrevet som uttrykk for det offentliges manglende evne til å nyttiggjøre seg fortrinnene til de ideelle.

Fra de ideelles side uttrykkes det frustrasjon over den manglende tilliten og at relasjonen til det offentlige er uforutsigbar, kortsiktig og at det er en maktrelasjon der det offentlige er helt dominerende. I følge de ideelle selv, kunne tjenestene vært bedre enn hva de er, hvis det offentlige hadde gitt de ideelle mer spillerom.

Fra brukerperspektivet er det vanligvis lite interesse knyttet til hvem som faktisk driver tjenestene. Tjenestene som er undersøkt er klart definert og oppfattet som det offentliges ansvar, og hvorvidt det offentlige bruker ideelle i å løse oppgavene tillegges ikke vekt. Det er det offentlige brukerne forholder seg til, uavhengig av hvem som faktisk utfører oppgavene. På dette punktet er det usikkerhet knyttet til at marginale grupper som det er å forvente at opplever mest frykt for det offentlige kontrollregimet ikke er spurt.

Forandringsfabrikken fremhever at for barnevern kan det for familier noen ganger være lettere å forholde seg til en ideell aktør enn til enn offentlige siden «vi vet jo hva mange folk mener om kommunen». Det er for eksempel slik at aktører som Frelsesarmeen gjennom sitt frivillige arbeid når ut til familier som ville vegret seg for kontakt med det offentlige, men tar i mot hjelp fra Frelsesarmeen. Dette er imidlertid ofte aktivitet som Frelsesarmeen driver på bakgrunn av erfaringene fra de profesjonelle tiltakene de har, men som ikke er del av de profesjonelle tiltakene som det offentlige finansierer.

På skoleområdet er situasjonen ganske annerledes. Her fremmes det ideelle særtrekket gjennom loven, og skolen er tatt ut av det kommunale godkjenningsregimet. Dette gjør at skolene er i stand til å tilby et annet tilbud enn det offentlige, noe som har vært en hovedbegrunnelse for at man har ønsket ideelle aktører på skolefeltet (Thuen & Tveit 2013). Fra alle de ideelle skolene i utvalget rapporteres det om at flertallet av familiene har valgt skolene på grunn av tiltro til det spesielle særtrekket de har, men likevel er det en betydelig minoritet som har valgt skolen på grunn av skuffelse med det offentlige tilbudet. Disse uttrykker at de har mistet tilliten til den offentlige skolen og at selv om muligheten til å bytte til en offentlig skole er åpen, velger de heller et ideelt alternativ.

Innovasjon og frivillighet

Pionerrollen til ideelle har vært å brøyte opp ny mark der det er udekket behov i samfunnet. Ideelle har identifisert behovet, bidratt til å dekke det og invitert det offentlige til å ta ansvar. Det gjelder for eksempel behandling av sykdommer som tuberkulose, hjerte- og lungelidelser og kreft, støtte til hørselshemmede, blinde, og andre funksjonshemmede, rusbehandling, hjelp til bostedsløse og fattige, omsorg for eldre og demente, helsestasjoner, krisesentre og hjelp for papirløse, for å nevne noe. En slik rolle synes fortsatt aktuell, i alle fall for deler av ideell sektor. De store organisasjonene har bredde i sin profesjonelle velferdsinnsats, kombinert med frivillige tiltak. Dette gjør dem i stand til å se behovene i sammenheng og knytte frivillig tiltak sammen med profesjonell innsats. En representant fra Frelsesarmeens barnevern beskriver hvordan de jobber for å utvikle nye tiltak:

Vi har en unik mulighet fordi vi møter så veldig mange brukere som gjør at [...] for eksempel når jeg får melding om noen som ikke får hjelp så klarer jeg å se at dette gjelder jo ikke bare akkurat den familien, men kanskje dette begynner å bli et fenomen, eller kanskje dette begynner å bli noe som jeg må gjøre noe med. Da kan jeg gå til vår sosialsjef [i Frelsesarmeen] og spørre om vi kan prøve ut noe prosjekt på det? Her ser det ut som om vi må gjøre noe, også går jeg til styret også bevilges det av og til penger til det. Vi kan lage tiltak ut ifra de som banker på døra hos oss, slik at fagutviklingen kommer veldig mye nede fra grasrota. Og derfor tenker jeg at det er viktig at man har ulike aktører som drifter i barnevern. Jeg tenker at det offentlige skal bygge på forskning

og se fram over og dekke for den store massen, men vi har faktisk mulighet til å gjøre det ut ifra det vi ser. Fra det medmenneskelige perspektivet. Men da må du også ha noen som klarer å løfte det litt opp og si «er det bare akkurat der, eller er det en utvikling som skjer nå i samfunnet?» så må vi gjøre noe med det. Så melder vi det inn, dette skjer nå, dette skjer nå. Så i tillegg til å være driftere så ønsker vi å være noen samfunnsdetektiver.

Hvis det offentlige så blir inspirert av tiltaket og inkorporerer det i sin virksomhet, er det å anse som en suksess for Frelsesarmeen. Dette er den klassiske måten ideelle har drevet sin virksomhet på. Lenge har de ideelle på denne måten vært i front i utvidelsene av velferdssamfunnet. Mest sannsynlig ligger tiden med massiv ekspansjon av det offentlige velferdsansvaret bak oss, men tiltaksapparatet gjennomgår en kontinuerlig endring i innretning og virkemiddelbruk. Følgelig er det å forvente at ideelles historiske pionerrolle ikke vil være mindre aktuell i tiden framover. Den avhenger imidlertid av samvirket mellom forskjellige deler av de ideelles organisasjon, deriblant samvirke mellom de profesjonelt ansatte og det frivillige arbeidet. Dette er et arbeid de ideelle ser ut til å være i en særstilling til å utføre.

De ideelle organisasjonene varierer fra store medlemsorganisasjoner som har omfattende frivilligapparat i tillegg til sin ideelle velferdsinnsats, til mindre stiftelser som har lite aktivitet ut over institusjonen som driftes. Uansett er det begrenset med bruk av frivillige fra organisasjonene inn i omsorg eller behandling som er bestilt og finansiert av det offentlige. Hva de ideelle derimot ofte har er aktiviteter som er basert på frivillighet og som befinner seg i randsonen til det profesjonelle tilbudet. Et eksempel på dette er Home-Start Familiekontakten i Oslo hvor flere frivillige organisasjoner skolerer frivillige for å støtte opp om småbarnsfamilier som har problemer. Dette er et tiltak der mye av innsatsen gjøres av frivillige, samtidig som mye av kompetansen de ideelle aktørene har tatt inn i arbeidet har basis i deres profesjonelle arbeid på kontrakt for det offentlige.

I spørsmålet om sosial innovasjon er frivillighet sentral. I den offentlige samtalen og i offisielle dokumenter er det imidlertid frivilligheten som egenverdi og som bidrag inn i det profesjonelle velferdsfeltet som er i fokus. Ofte framkommer det en forestilling om at ideelle aktører har bedre tilgang på frivillige og dermed lettere kan bruke dem til å bedre tjenestene. Fra de offentlige kjøperne av tjenester er det imidlertid ingen interesse for noe frivillig innslag i behandling eller omsorg. Det er et krav at tjenesten ikke skal være avhengig av frivillig innsats. Rusbehandling er en del av spesialisthelsetjenesten og det er følgelig en fremmed tanke at frivillige skal være en viktig del av denne behandlingen. Også innenfor omsorgsoppgavene er det en liknende tilnærming, og å anse frivillig innsats som en formell kvalitetsindikator er en fremmed tanke. I eldreomsorgen er det et uttalt mål fra kommunene at frivillige skal komme inn i sykehjemmene og bidra til det sosiale livet. Dette koordineres gjerne gjennom frivilligkoordinatorer eller

sentraler. I dette arbeidet skilles det imidlertid ikke mellom kommunale, ideelle og kommersielle institusjoner. På samme vis er det frivillige organisasjoner som bidrar inn i institusjonene, men heller ikke disse skiller mellom hvem som eier sykehjemmene.

På samme måte som frivillighet ikke er en kvalitet som vektlegges når det offentlige kjøper tjenester, så er ofte heller ikke sosial innovasjon en verdsatt styrke. De offentlige innkjøperne ønsker å få en tjeneste som dekker et behov. Formen og innholdet i denne tjenesten er det gjerne det offentlige selv som definerer, og dermed anses utvidelse av tilbudet til å dekke eventuelle andre eller ytterligere behov, for å være mindre relevant. Det offentlige kan gjerne støtte og være positiv til sosial innovasjon, men dette er sjeldent koblet til innkjøpet av den profesjonelle tjenesten.

De intervjuede brukerinteressene formidler at de er glade for nyskapning som kan bedre tjenester, men det er vanskelig for disse aktørene å mene noe om hvorvidt ideelle er spesielt gode på det. Et overraskende funn er imidlertid at både RIO og Forandringsfabrikken bruker kunnskapen fra brukererfaringene til å søke å skape direkte endring innenfor sitt velferdsfelt. Forandringsfabrikken gjennom et stortilt prosjekt der de skaper møteplasser for personer med brukererfaringer, de kaller dem barnevernsproffer, og lokale barnevern. På den måten ønsker de å skape innovasjon i møtet mellom de ansatte og barnevernsproffene. De beskriver det selv som «kjempeendringer». RIO er spesielt kritisk til ettervernet innenfor rusbehandlingen og har derfor etablert et eget tilbud for å «vise hvor enkelt det kan gjøres». Disse tilfellene viser hvordan interesseorganisasjoner basert på brukererfaring selv velger å gripe inn i tjenesten for å påvirke på den måten.

Hvilket rom er det for merverdi?

Ut fra dataene som foreligger synes det er klart at ideelle aktører på helse- og omsorgsfeltet har betydelig merverdi i Norge. Det er imidlertid uklart hvordan merverdien utspiller seg innenfor tjenesteproduksjonen som er kontraktsfestet med det offentlige. Det er lettere å identifisere merverdien i organisasjonenes tilstøtende aktivitet. Dette skjer til tross for at statlige myndigheter understreker nødvendigheten av at ideelle aktører viser fram sin merverdi St. meld. 29 (2012–2013) (71). Vi har ikke funnet noen dokumentasjon på at det ikke er merverdi i tjenesteproduksjonen for det offentlige, men med den data som per i dag foreligger for norske forhold kan vi ikke konkludere på dette.

Nær sagt alle land i verden benytter politiske virkemidler for å sikre ideell deltakelse i velferdsmiksen. Dette er uttrykk for en vurdering av at bidragene fra disse leverandørene er viktige og at de ikke kan erstattes av det offentlige selv eller av kommersielle leverandører. Til samme tid er funn fra internasjonal forskning tydelige på at ideelle levevandører har særtrekk som er spesielle for dem, og som ikke lett kan erstattes av andre. Derfor ville det være et høyst oppsiktsvekkende funn dersom vi kunne vise til at ideelle i Norge

representerer en langt mindre merverdi enn i andre land. Riktignok representerer de skandinaviske landene en egen velferdsmodell (Esping-Andersen 1990), men det er vanskelig å se at det er særtrekk ved den nordiske velferdsmodellen som gjør at styrker ved ideelle som tillit og mangfoldighet ikke skal være relevant. Særlig siden ideelle grunnskoler i Norge viser nær sagt alle særtrekkene som den internasjonale litteraturen foreskriver, og de danske erfaringene er at slike særtrekk kan blomstre også innenfor en skandinavisk modell. Dermed er det naturlig å se om det er noe i konteksten til de ideelle som påvirker den eventuelle merverdien i tjenestene - om betingelsene for ideell merverdi er til stede i Norge.

Ideelle leverandører har i Norge stort sett en av to former for tilknytning til det offentlige. Enten er det gjennom en kontrakt de har vunnet i et anbud i konkurranse med andre leverandører. Eller det kan reguleres av en langsiktig kontrakt. Dermed vil det være fruktbart å se på hvert av disse regimene og hvordan de kan legge til rette for eller hindre ideell merverdi.

Anbudsregime

Sentrale myndigheter i Norge har en politikk der ideelle aktørers bidrag verdsettes og der de ideelle oppfordres til å synliggjøre sin merverdi. Samtidig etterspørres ofte ikke noen slik merverdi når myndighetene lager anbudskonkurranser. For å vinne fram i konkurransene må de ideelle rette ressursene inn mot hva som blir etterspurt, og dermed blir det vanskelig å dyrke egne særtrekk eller merverdier. Årsakene til at det offentlige sjelden etterspør merverdien til ideelle synes å være en kombinasjon om manglende bestillerkompetanse, lite bevissthet om ideelle aktører og at det finnes lite forståelse for hva den eventuelle merverdien kan bestå i.

Bestillerkompetansen varierer stort mellom forskjellige offentlige innkjøpere. Informantene rapporterer om at noen bestillere gjennomfører solide konkurranser der man utnytter regelverket for å nyttiggjøre seg kompetansen som finnes hos tilbyderne. På den annen side er det bestillere som gjennomfører innkjøp for å unngå å gjøre feil, og dermed er redd for å bruke kvalitetskriterier og gjennomføre dialog gjennom konkurransen. Til sammen kan dette resultere i at tilbydernes administrative kvalitet blir uforholdsmessig viktig sammenlignet med betydningen til innholdet i tjenesten som leveres (Jakobsen 2012; NOU 2014: 4:276).

Bevisstheten om de ideelle aktørene synes stor på nasjonalt nivå hvor det er en anerkjennelse av at det er et gode med ideelle aktører innenfor helse- og sosialtjenester. For de offentlige innkjøperne i det enkelte innkjøp er likevel denne nytten ikke like åpenbar. Summen av offentlige innkjøp utgjøres av de enkelte innkjøp. Når statens sentrale oppfatning om ideelles merverdi ikke manifesterer seg i det enkelte innkjøp, betyr det at den heller ikke har betydning for offentlige innkjøp på overordnet nivå.

Ideelle aktører opplever at deres merverdi i liten grad etterspørres. Noe av grunnen til dette synes å være at de offentlige innkjøpere har problemer med å konkretisere hva merverdien består i. Dette har blant annet ført til at paraplyorganisasjonen Frivillighet Norge har utviklet et informasjonsskriv om ideelle aktører merverdi på helse- og sosialfeltet (Frivillighet Norge, 2011). Det er iøynefallende at selv om informasjonsskrivet trekker fram en rekke gode sider ved ideelle leverandører er det nødvendig med en betydelig jobb med å operasjonalisere punktene før de kan brukes i en eventuell utlysning. Det er mulig at innkjøpere kan ha større innsikt i ideelles eventuelle merverdi innenfor sitt fagfelt, men funnene i denne rapporten peker ikke i den retningen.

Lange kontrakter

Noen ideelle aktører har lange, tidsbegrensede kontrakter med det offentlige. Dette gjelder kontrakter som er eldre en EØS-avtalen fra 1994, slik som for eksempel er tilfelle for mange sykehjem, og det gjelder noen nyere avtaler som for eksempel avtalene mellom Helse Sør-Øst og ideelle TSB institusjoner. Vi vet lite om frihetsgradene til de førstnevnte institusjonene. Vi har primærdata fra én slik institusjon og funnene derifra er at kommunen har såpass detaljert inngripen i sykehjemmet at det ville vært vanskelig å etablere noe ideelt særtrekk for driften. Hvor representativt dette er, vet vi ikke, men sykehjemsdriften er en så sentral del av kommunens kjernevirksomhet at det vil være overraskende om andre ideelle sykehjem har større frihetsgrader innenfor dagens regime.

De ideelle TSB institusjonene er fornøyde med langsiktige avtaler som gir rom for å investere i bygg, personale og fagmiljø. Overgangen til denne type kontrakter representerer en framgang når det kommer til økt forutsigbarhet. Like fullt er et fortsatt en stor detaljrikdom i kontraktene, noe som betyr at helseforetaket har stor grad av kontroll over tjenesteinnholdet.

Veier fremover

Dersom man har tro på at ideelle kan bidra med noe til samfunnet som andre tjenesteleverandører ikke kan erstatte, er det to spørsmål som aktualiseres. For det første, hvilke virkemidler som kan benyttes for at ideelle sektor skal leve med et nytt regelverk for offentlige anskaffelser? Og for det andre, hvilke betingelser som skal til for at norsk helse- og omsorgssektor kan nyte godt av ideelles potensielle merverdi? Innenfor denne rapportens rammer er det ikke rom for noen fyllestgjørende utredning om slike virkemidler, ei heller å framskaffe en uttømmende oversikt over mulige alternativer. Vi velger likevel å presentere noen alternativer som utkrystalliserer seg fra analysen vi har presentert.

Alternativer til anbud

I Norge brukes det offentlige regelverket for offentlige anskaffelser i uvanlig stor grad for å regulere relasjonen til ikke-offentlige tjenesteleverandører. Det finnes flere alternative måter å regulere dette forholdet på som gir de ideelle større stabilitet og forutsigbarhet for sin virksomhet. Slike stabile rammer gir rom for planlegging og langsiktige investeringer.

Utvidet egenregi der ideelle inngår, er mulig innenfor dagens regelverk og vil være mulig innenfor det nye EU-direktivet. For å passere som utvidet egenregi må forskjellige vilkår være oppfylt, og særlig sentralt er da at «den offentlige oppdragsgiveren [må] ha en kontroll over leverandøren som tilsvarer kontrollen over egen virksomhet. For det andre må den vesentligste delen (mer enn 80 prosent) av leverandørens aktivitet være for oppdragsgiver» (Sejersted 2014). Disse vilkårene er omfattende, men det fremstår klart at en del ideelle virksomheter allerede i dag driver innenfor en slik ramme. Dessuten opplever mange ideelle at detaljgraden i kravene i anbudskonkurransene er så vidtrekkende at det neppe vil være noen stor overgang å inngå i et slikt regime. Det må imidlertid understrekes at denne løsningen neppe vil være gunstig for alle ideelle virksomheter og ikke direkte fremmer særpreg.

I Danmark har man allerede i dag en etablert praksis med at ideelle driver velferdstjenester for det offentlige innenfor et regime med utvidet egenregi.

Den ideelle sektoren i Danmark finner denne ordningen så hensiktsmessig at bransjeforeningen Selveje Danmark har utviklet en egen guide til inngåelser og fortolkning av driftsoverenskomster innenfor utvidet egenregi.

EØS-regelverket gir det offentlige mulighet til å støtte ideelle aktører som driver tjenester av allmenn økonomisk betydning gir. Ved en utvidelse av regelverket som ble vedtatt i 2011 og 2012 har det offentlige nå mulighet til å støtte et bredere spekter av sosiale tjenester som for eksempel barnevern, helsetjenester og sosiale tiltak rettet mot personer med spesielle behov (Fornyings- administrasjon- og kirke departementet 2012). De juridiske forholdene knyttet til denne type støtte vies ikke oppmerksomhet i denne rapporten, men vi peker i retninger hvor det kan være fruktbart å se etter fremtidige løsninger.

Det er en gjennomgående tilbakemelding at reglene for offentlige anskaffelser tolkes for strengt og at frykten for å gjøre feil til tider kommer i veien for gode anskaffelsesprosesser. Et eksempel er innenfor barnevern hvor hensynet til barnets beste og den offentlige myndighetsutøvelsen gjør at handlingsrommet til offentlige aktører er større enn hva som ofte har blitt praktisert. Enten ved at det er større handlingsrom innenfor anskaffelsesregelverket enn hva man har forholdt seg til, eller ved at regelverket ikke er relevant. Allerede for nesten 10 år siden påpekte Wiggen and Arnesen (2008) at EØS regelverket ga myndighetene stort handlingsrom innenfor EØS. Dette har så blitt bekreftet av EFTA Surveillance Authority (ESA) 21. juni 2010 angående det offentliges praksis med å utelukke kommersielle fra tjenester innen barnevern og er presisert i veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester (Direktoratet for forvaltning og IKT 2013:25-27).

Konsesjonsordninger er løsninger der ikke-offentlige aktører søker en godkjennelse til å drive en i betydelig grad offentlig finansiert tjeneste og så kan konkurrere om å tiltrekke seg brukere. I en rapport som utkommer i år beskriver Seggaard (utkommer) det gjeldende regimet slik:

I artikkel 1 stk. 4 i Direktiv av 30. april 2004 innen klassisk sektor – 2004/18/EF beskrives en tjenestekonsesjonskontrakt som «en kontrakt med samme karakteristika som offentlige tjenesteydelseskontrakter bortsett fra, at vederlaget for den tjenesteydelse, der skal præsteres, enten udelukkende består i retten til at udnytte tjenesteydelsen eller i denne ret sammen med betaling af en pris». Mer skjematisk kan tjenestekonsesjon sies å innebære «at vederlaget i hovedsak er basert på

- at tjenesteyteren utnytter en rettighet,
- kun mottar delvis betaling fra oppdragsgiver,
- øvrig del av vederlaget kommer fra brukere, og
- brukerne har fritt valg om de vil benytte tjenestetilbudet» (Avdeling for næringsregulering og skipsfart 2003).

Satt litt på spissen kan det altså sies at det sentrale kriteriet her er at den økonomiske risikoen reelt er lagt til tjenesteyteren og ikke den offentlige ordregiver (se FAD 2006, 2013), samtidig som en kontrakt basert på konsesjon «har et sterkere innslag av myndighetsutøvelse, enn for rene kommersielle avtaler» (Avdeling for næringsregulering og skipsfart 2003). Dette viser til at oppdragstaker forvalter en rettighet til å tilby brukerne en «myndighetspålagt» oppgave. Det er interessant og ikke minst relevant i denne sammenhengen å notere seg at fritt brukervalgsordninger innen helse- og omsorgstjenester i kommunene trekkes frem som eksempler på tjenestekonsesjonskontrakter som dermed ikke reguleres av EU-direktivet om offentlige anskaffelser.

Et nytt konsesjonsdirektiv skal imidlertid implementeres parallelt med det nye anskaffelsesdirektivet. Vi må derfor ta forbehold om endringer som følger av dette. Fremstillingen viser likevel hvordan man ved å åpne enkelte tjenester for konsesjonsordninger kan forene brukervalg for innbyggerne med en viss styringsmulighet for det offentlige.

Annerledes (bedre) anbud

I tillegg til å utvide bredden i virkemidler det offentlige bruker i sin omgang med ideelle tjenesteleverandører, er det rom for å forbedre mange av anbudsprosessene som finner sted. Igjen må det understrekes at denne rapporten ikke har samlet systematisk, generell kunnskap om anskaffelsespraksisen innenfor helse- og sosialfeltet. Det er naturligvis stor variasjon mellom forskjellige innkjøpere, men noen forhold som informantene trekker fram vedrørende offentlige innkjøp framstår som lite egnet dersom man ønsker å oppnå ideelle særtrekk eller merverdi.

For det første er det utfordringer knyttet til personalutgifter og pensjonsvilkår. Det at ideelle leverandører ikke tar ut profitt burde, så lenge de er konkurransedyktig organisert, gi dem et økonomisk forsprang. Slik det er nå er de økonomiske rammene i mange tilfeller en ulempe da de ideelle har særegne personalkostnader. Mange ideelle har historiske pensjonskostnader knyttet til drift av tjenester for det offentlige fra langt tilbake i tid der det ikke var noe reelt alternativ til å tilby offentlig tjenestepensjon. Derfor må disse organisasjonene i dag betale pensjoner for ansatte de hadde for mange år siden. Disse pengene må hentes fra dagens virksomhet og går dermed ut over muligheten til å tilby konkurransedyktige priser. Videre har flere ideelle et verdigrunnlag som tilsier at de ikke ønsker at ansatte skal bli økonomisk skadelidende når de jobber hos ideelle sammenlignet med det offentlige. Derfor tilbyr de faste ansettelser og ytelsesbaserte pensjonsordninger. Ytelsespensjonene er dyrere enn innskuddspensjonene som dominerer blant kommersielle aktører. Særlig innenfor noen sektorer er også flere av de kommersielle virksomhetene basert på innkjøpt arbeidskraft. Ideelle opplever

derfor at de straffes for å tenke langsiktig med utvikling av egne ansatte, og for ikke å ville gi de ansatte dårligere betingelser.

For leverandører med historiske pensjonskostnader er det illusorisk å tenke at de kan konkurrere økonomisk med aktører som ikke har denne utgiften. Regjeringen har derfor nedsatt et eget utvalg som skal se på spørsmålet om historiske pensjonskostnader. Det fremstår påfallende når dette forholdet ikke hensyntas i konkurranser, særlig gitt detaljnivået som ofte finnes i anbudsdokumentene. Non-profit drift kan gi økonomisk handlingsrom til å skape ideelt særpreg, men i dag er dette mulighetsrommet lukket for mange ideelle leverandører.

Likeledes er konkurranser der kvalitet ikke vektlegges til hinder for å få fram en ideell merverdi. I forbindelse med datainnsamlingen til denne rapporten uttrykte de ideelle frustrasjon over siste runde med anskaffelser av barnevernstjenester. Her ble ikke kvalitet vektlagt så lenge man kvalifiserte seg til konkurransen ved å holde et definert minimumsnivå. For leverandører som holdt dette nivået var dermed pris eneste konkurranseelementet. Denne konkurransen var reservert for ideelle leverandører, men det er ikke å forvente at disse skal levere noen merverdi ut over minimumet som er etterspurt når det offentlige gir disse insentivene. Flere informanter for de ideelle peker på at konkurranser der leverandørene selv kan definere kvaliteten og slik konkurrere om å skape den beste kvalitet, vil kunne gi leverandørene bedre muligheter til å få fram sine særegenheter og merverdier.

Til slutt peker flere ideelle aktører på at det er ønskelig med mer dialog både i gjennomføringen av konkurransen og i oppfølgingen av kontrakten. På den måten vil det offentlige bedre få fram sine behov og bli bedre bevisst egenskapene til de ideelle, og de kommersielle. Det samme gjelder i den løpende kontraktsoppfølgingen hvor økt kontakt mellom leverandør og innkjøper vil gjøre leverandøren bedre i stand til å levere i henhold til innkjøpers ønsker, men også for å få forståelse for avvik fra detaljrike kontrakter i tilfeller der det kan være hensiktsmessig.

Avslutning

Det vil skje endringer i hvordan det offentlige forholder seg til ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester. Innenfor flere tjenesteområder har reserverte anbudskonkurranser for ideelle leverandører vært det primære virkemiddelet for å opprettholde en betydningsfull ideell sektor. Når muligheten til å gjennomføre slike anbud nå sannsynligvis faller bort, må myndighetene vurdere hvordan de framover skal forholde seg til de ideelle leverandørene. Det at man gjennom skiftende regjeringer har valgt å ha en anledning til å gjennomføre egne anbudskonkurranser for ideelle er et uttrykk for en aktiv holdning til velferdsmiks, altså at det offentlige bryr seg om hvilken økonomisk sektor tjenesteleverandørene hører til. Samtidig har det offentlige flere ganger påpekt at ideell sektor selv må på banen og dokumentere sin merverdi.

Utgangspunktet for denne rapporten var et ønske om å kartlegge en eventuell merverdi hos ideelle aktører og hvilke betingelser som legger til rette for dette. Dette er omfattende spørsmål der man må gå til hele forskningslitteraturen for å få svar. Undersøkelsene som er gjort for denne rapporten er i alle tilfeller ikke av et tilstrekkelig omfang til å gi entydige konklusjoner. Vi mener gjennomgangen i denne rapporten tydelig viser at det per i dag ikke er mulig å si med sikkerhet i hvilken grad de ideelle produserer merverdi fordi det ikke finnes forskning som sammenligner sektorene på en systematisk måte. Det vi kan påvise er at våre informanter peker på forhold som gjør det vanskelig for de ideelle å realisere den merverdien de er opptatt av å skape.

At ideell sektor har potensial for merverdi synes imidlertid klart. Denne merverdien handler dels om å gjøre de samme tingene som de kommersielle og offentlige, altså å yte tjenester overfor brukerne innenfor gitte tids- og kostnadsrammer. Merverdien handler da om å tilføre en ekstra kvalitet. Eventuelt kan de ideelle fokusere på andre kvaliteter, noe som kan føre til at de kommer dårligere ut på målinger av effektivitet. Det å gjøre egne, autonome vurderinger vedrørende sentrale deler av driften, slik som kvalitet, er noe av poenget ved ikke å være fortjenesteorientert. Dels handler

merverdien om å gjøre ting på andre måter eller å gjøre andre ting enn velferdsleverandørene fra de andre sektorer. Dette kan dreie seg om innovasjon og å skape rom for gjøre ting på andre måter enn når fokuset er på fortjeneste eller administrative styringssignaler. Eksempler på slike alternative innganger til velferdsproduksjon er aktivt medborgerskap, deltakelse og medvirkning, målbare interesser til svake grupper, hjelpe grupper som de offentlig finansierte tjenestene ikke når fram til (der ideelle har et fortrinn når det gjelder å etablere en tillitsrelasjon fordi de ikke samtidig har en kontrollfunksjon), bygge sosiale nettverk, fremme tillit mellom ulike grupper og å etablere organisasjoner og institusjoner der folk kan komme sammen for å finne løsninger på felles problemer. Disse formene for merverdi, som er særpregete for de ideelle, er ikke tema for systematisk forskning i Norge, og vi kan dermed ikke si noe om i hvilken grad det realiseres.

Det er slående hvor lite vi egentlig vet om dette. Ideelle på helse- og omsorgsfeltet har over 150 års historie i Norge og berører 100 000 vis av mennesker hvert år. I mange år har offentlige dokumenter omtalt sektorens særegenhet, men likevel er det forbausende lite empirisk basert kunnskap om hva denne særegenheten består i og ikke minst av hvilke betingelser som lar den blomstre. Det ser ut til at i Skandinavia har man vært mest opptatt av å diskutere for og mot privatisering og hvordan de kommersielles inntog kan påvirke velferdsfeltet. Når det kommer til helse- og omsorgstjenester i Norge er altså de ideelle en nesten like stor aktør. De ideelle har hatt en rolle i lengre tid, og er ofte integrert med det offentlige slik at deres rolle er mindre kontroversiell. Dermed bidrar ikke diskusjonen til å avklare deres rolle eller potensiale.

Det er imidlertid sikkert at om omfanget av de ideelles velferdstjenester gikk ned ville de ha dårligere forutsetning for å realisere særpregede former for merverdi. En ideell sektor bestående av enkeltinstitusjoner som overlever fra den ene anbudsrunderen til den neste gir lite rom for å realisere den ideelle sektorens særegne kvaliteter. I Norge og Sverige er andelen av velferdstjenestene som utføres av ideelle mindre enn i EU-landene, med unntak av tidligere østblokkland. I Norge er de ideelles andel av velferdssysselsettingen 7 prosent i Sverige 3, i Danmark 14 og i sentrale EU land som Frankrike, Storbritannia, Østerrike og Tyskland mellom 20 og 25 prosent (Sivesind 2013). Dersom det nye EU-direktivet gir dårlige muligheter for offentlige finansierer av velferdstjenester til å regulere sammensetningen av kommersielle og ideelle aktører på bestemte områder, vil de ideelles omfang og særpreg kunne bli ytterligere svekket. Erfaringen fra Sverige er at en offentlig innkjøper uten et bevisst forhold til velferdsmiks vil gi grobunn for stor kommersiell vekst, gjerne på bekostning av de ideelle. Den kommersielle veksten finner ofte sted i noen store selskap slik at det utvikles kommersielle oligopol. Dette begrenser mulighetene for mangfold og bredde i

tilbudet til befolkningen, og kan på sikt gi stor markedsrett til de kommersielle selskapene.

For legitimiteten til velferdsstaten er det viktig at en så stor del av befolkningen som mulig opplever at velferdstilbudet dekker deres behov. Dersom store grupper opplever at velferdsstaten ikke har nødvendig kvalitet eller rett innretningen, kan det resultere i at viljen til å støtte opp om og finansiere systemet reduseres (Barth, Moene & Wallerstein 2009). Noen hevder sågar at tilliten til hele demokratiet og det politiske systemet er avhengig av kvaliteten på tjenestene det offentlige klarer å sikre innbyggerne (Rothstein 2009). Gjennom rapporten kommer det fram hvordan ideelle kan være viktige for å dekke spesielle interesser, verdier, metoder og tjenestetilbud som de andre sektorene ikke er opptatt av. Et visst innslag av ideelle kan ha betydning på tjenesteområder der det anses som viktig med et mangfold i tilbudet, og for utviklingen av nye, tilpassede tilbud.

Videre kan ideelle være et verktøy for å bedre også de ikke-ideelle leverandørene. Måling og kontraktsfesting fører til fokus på målbare størrelser. Gitt at de opererer innenfor en gunstig kontekst har de ideelle en særegen inngang til utfordringer knyttet til informasjonasymmetri og tillit, noe som gir mindre interesse av å iverksette tiltak som gir større utbetalinger. Det kan derfor være viktig å ha ideelle velferdsleverandører på vanskelig målbare områder med tanke på sammenligning med de andre sektorene. Eksempler på dette er i spørsmål knyttet til i hvilken grad det gjøres bruk av diagnoser som gir kostbare behandlinger og dertil store overføringer fra det offentlige.

Det synes også klart at forskjellige ideelle aktører har potensial for forskjellige former for merverdi. Mens de store organisasjonene har flere forskjellige tjenester de har mulighet til å se dem i sammenheng og på den måten utvikle nye tjenester i møte mellom forskjellige tjenester og frivillige, er mindre aktører mer opptatt av lokal forankring og engasjement når de beskriver sine fortrinn. Dersom staten ønsker at ideelle også i framtiden skal spille en viktig rolle, er det et valg man må ta om man ønsker å skape rammebetingelser som fremmer ideelle velferdsaktører som tenker ekspansivt og utvikler institusjoner med en styrke som gjør det mulig å realisere sektorens særpreg og fortsatt være velferdspionerer. Lærdommen fra Sverige er at om forholdene bare legges til rette for vekst på kommersielle prinsipper, sakker de ideelle akterut (Sivesind 2013). Spørsmålet om hvordan man bruker EU-regulativer for tjenstekonsesjoner og offentlige anskaffelser og nasjonale lover og reguleringer er derfor av avgjørende betydning for sammensetningen av tilbyderne av velferdstjenester, og dermed for realiseringen av de potensielle kvalitetene de har på ulike tjenesteområder.

Litteratur

- Agenda Kaupang. (2014). *Velferd i nytt terreng*. Oslo: KS
- Anheier, H. K. (2005). *Nonprofit organizations. Theory, management, policy*. Oxon: Routledge Milton Parks.
- Anheier, H. K. (2009). What kind of nonprofit sector, what kind of society? Comparative policy reflections. *American Behavioral Scientist*, 52(7), 1082-1094.
- Anheier, H. K. & Salamon, L. M. (2006). The Nonprofit Sector in Comparative Perspective. I W. W. Powell & R. Steinberg (red.), *The Nonprofit sector: a research handbook*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Ascoli, U. & Ranci, C. (2002). The Context of New Social Policy in Europe. I U. Ascoli & C. Ranci (red.), *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2014). *ÅRSRAPPORT 2013*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Barth, E., Moene, K. O. & Wallerstein, M. (2009). *Likhet under press: utfordringer for den skandinaviske fordelingsmodellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beddari, H. H. (2013). *Rustiltak på anbud-Idealer og realiteter: En studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige*. Master, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Ben-Ner, A. (1986). Nonprofit organizations: Why do they exist in market economies. I S. Rose-Ackerman (red.), *The economics of nonprofit institutions: Studies in structure and policy* (s. 94-113). New York: Oxford University Press.
- Ben-Ner, A. & Van Hoomissen, T. (1991). Nonprofit organizations in the mixed economy. *Annals of public and cooperative economics*, 62(4), 519-550.
- Binder, A. (2007). For love and money: Organizations' creative responses to multiple environmental logics. *Theory and society*, 36(6), 547-571.
- Bogen, H. (2011). *Privat drift av omsorgstjenester*. Oslo: Fafo
- Bogen, H. & Grønningsæter, A. B. (2014). *Kommuners kjøp av private tjenester - eksempler fra barnevern og andre velferdsområder*. Oslo: Fafo
- Boris, E. T. & Steuerle, C. E. (red.). (2006). *Nonprofits & government: Collaboration & conflict*. Washington DC: Urban Institute Press.
- Chaves, M. (1998). The Religious Ethic and The Spirit of Nonprofit Entrepreneurship. I E. S. Clemens & W. W. Powell (red.), *Private action and the public good*. New Haven, Conn.: Yale University Press.

- Comondore, V. R., Devereaux, P., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 339, b2732.
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2013). *Veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester. Difi Veileder 2013:2*. Oslo.
- Eikås, M. & Selle, P. (2002). A contract culture even in Scandinavia. I U. Ascoli & C. Ranci (red.), *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Enjolras, B. (2009). A governance-structure approach to voluntary organizations. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 38(5), 761-783.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Evers, A. (1995). Part of the welfare mix: The third sector as an intermediate area. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 6(2), 159-182.
- Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. & Wistow, G. (red.). (1997). *Developing quality in personal social services. Concepts, Cases and Comments*. European Centre Vienna: Ashgate.
- Fama, E. F. & Jensen, M. C. (1983). Agency problems and residual claims. *Journal of law and Economics*, 327-349.
- Fornyings- administrasjon- og kirke departementet. (2012). *Nytt regelverk for tjenester av allmenn økonomisk betydning*.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free press
- Gautun, H., Bogen, H. & Grødem, A. S. (2013). *Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenesten*. Oslo: FAFO
- Goodin, R. E. (2003). Democratic accountability: The distinctiveness of the third sector. *European Journal of Sociology*, 44(03), 359-396.
- Grindheim, J. E. (2007). *Diakonale sykehus i helsesektoren*. Oslo: Handelshøyskolen BI. Institutt for offentlige styringsformer
- Gulbrandsen, T. & Ødegård, G. (2011). *Frivillige organisasjoner i en ny tid: utfordringer og endringsprosesser* (bind 2011:1). Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Hansmann, H. B. (1980). The role of nonprofit enterprise. *Yale law journal*, 835-901.
- Harrington, C., Olney, B., Carrillo, H. & Kang, T. (2012). Nurse Staffing and Deficiencies in the Largest For-Profit Nursing Home Chains and Chains Owned by Private Equity Companies. *Health services research*, 47(1pt1), 106-128.
- Hartman, L. (2011). *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Haugh, H. & Kitson, M. (2007). The Third Way and the third sector: New Labour's economic policy and the social economy. *Cambridge journal of economics*, 31(6), 973-994.
- Helsedirektoratet. (2012). *Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/tsb.pdf>
- Herning, L. (2012). *Konkurrenseutsatte sykehjem i Norge*. Oslo: For velferdsstaten

- Hirth, R. A. (1999). Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics*, 18(2), 219-240.
- Inventura. (2015). *Vurdering av "Markedsanalyse av barnevernstjenester"*. Oslo: Inventura
- Jakobsen, R. (2012). *Public sector service contracting. Transaction cost economics and institutional theory considerations*. PhD, Norges handelshøyskole, Bergen.
- Kendall, J., Knapp, M. & Forder, J. (2006). Social care and the third sector in the Western developed world. I W. W. Powell & R. Steinberg (red.), *The Nonprofit sector: a research handbook*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Kuhnle, S. & Selle, P. (1990). Autonomi eller underordning: Frivillige organisasjoner og det offentlige. I S. Kuhnle & P. Selle (red.), *Frivillig organisert velferd - alternativ til offentlig*. Bergen: Alma Mater Forlag A/S.
- Lorentzen, H. (2007). *Moraldannende kretsløp*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Mathisen, A. S. (2010). *Suppe, såpe og frelse som en del av det miljøterapeutiske arbeidet. En studie av Frelsesarmeens barnevernsinstitusjoner*. Oslo: NOVA
- NHO Service. (2012). *Status for valgfrihet i eldreomsorgen i Skandinavia*. Oslo: NHO Service
- NOU 2014: 4. *Enklere regler – bedre anskaffelser*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.
- Oslo kommune. (2013). *Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo kommune 2013*. Oslo: Helseetaten
- Petersen, O. H., Hjelm, U., Vrangbæk, K. & la Cour, L. (2011). *Effekter ved udlicitering af offentlige opgaver*. Copenhagen: AKF, Anvendt KommunalForskning
- Phillips, S. D. & Smith, S. R. (2011). Between Governance and Regulation. Evolving Government - Third Sector Relationships. I S. D. Phillips & S. R. Smith (red.), *Governance and regulation in the third sector: international perspectives*. New York: Routledge.
- Prewitt, K. (2004). *The Foundation and the Liberal Society*. Paper presentert på Legitimacy and Functions of Foundations in Europe and the United States, Paris.
- Putnam, R. D. & Leonardi, R. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton university press.
- Rambøll. (2011). *Brukerundersøkelse blant barn i statlige og private barnevernstiltak*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familieetaten
- Rostgaard, T. (2014). *Konkurrenceudsættelse i ældreplejen - Politik, policyinstrumenter og konsekvenser for kvalitet, økonomi og medarbejderforhold*. Aalborg: Center for Comparative Welfare Studies (CCWS), Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet
- Rothstein, B. (1994). *Vad bör staten göra*. Stockholm SNS Förlag.
- Rothstein, B. (2009). Creating Political Legitimacy: Electoral Democracy Versus Quality of Government. *American Behavioral Scientist*, 53(3), 311-330. doi:10.1177/0002764209338795
- Salamon, L. M. (1987a). Of market failure, voluntary failure, and third-party government: Toward a theory of government-nonprofit relations in the modern welfare state. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 16(1-2), 29-49.

- Salamon, L. M. (1987b). Partners in public Service: The Scope and Theory of Government-Nonprofit Relations. I W. W. Powell (red.), *The Nonprofit sector: a research handbook*. New Haven: Yale University Press.
- Salamon, L. M. (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Salamon, L. M. (2012). *The state of nonprofit America*. Washington DC: Brookings Institution Press.
- Salamon, L. M., Sokolowski, S. W. & Associates. (2004). *Global civil society: dimensions of the nonprofit sector. Volume two*. Bloomfield, CT: Kumarian Press.
- Sandvin, J. T., Bjørge, F., Hutchinson, G. S. & Johansen, P. O. (2011). Public-private partnership: A critical discussion. *Journal of Comparative Social Work*, 2.
- Segaard, S. B. (utkommer). *Skole og eldreomsorg i Skandinavia. Nasjonale føringer for ikke-offentlige aktører*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Seip, A.-L. (1984). *Sosialhjelpstaten blir til : norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sejersted, F. (2014). *Rettslig vurdering av om unntaket for kjøp av helse- og omsorgstjenester fra ideelle organisasjoner kan videreføres*. Oslo: Nærings- og fiskeridepartementet
- Selle, P. (utkommer). Frivillighetens marginalisering, *festskrift til Lars Svedberg*
- Selle, P. & Kuhnle, S. (1990). Meting Needs in a Welfare State: Relations between Government and Voluntary Organizations in Norway. I A. Ware & R. E. Goodin (red.), *Needs and Welfare* London: Sage.
- Sivesind, K. H. (2008). *Halvveis til Soria Moria. Ikke-kommersielle velferdstjenester, politikkenes blinde flekk*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Sivesind, K. H. (2013). Ideella välfärdstjänster: en lösning på den skandinaviska modellens framtida utmaningar? . I L. Trägårdh, P. Selle, L. S. Henriksen & H. Hallin (red.), *Civilsamhället klämt mellan stat och kapital. Välfärd, mångfold, framtid*. Stockholm: SNS Förlag.
- Sivesind, K. H. (2014). *The changing role of private and nonprofit welfare provision in Norway, Sweden, and Denmark and consequences for the Scandinavian model*. Paper presentert på Welfare Mix, Hybridity and Government-Nonprofit Relationships in Post-Modern Welfare States” København.
- Sivesind, K. H. & Selle, P. (2010). Civil society in the Nordic countries: Between displacement and vitality. I A. R & S. H (red.), *Nordic Associations in a European Perspective* (s. 89-120). Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Smith, S. R. & Grønberg, K. A. (2006). Scope and Theory of Government-Nonprofit Relations. I W. W. Powell & R. Steinberg (red.), *The Nonprofit sector: a research handbook*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Smith, S. R. & Lipsky, M. (2009). *Nonprofits for hire: The welfare state in the age of contracting*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Solbjør, M., Johansen, B. & Kleiven, H. H. (2012). *Samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor på pleie- og omsorgsfeltet – en kartlegging*. Steinkjer: Trøndelag Forsking og Utvikling
- St. meld. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.

- Steinberger, R. (2006). Economic Theories of Nonprofit organizations. I W. W. Powell & R. Steinberg (red.), *The Nonprofit sector: a research handbook*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Stolt, R., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 560-567.
- Thuen, H. & Tveit, K. (2013). Privatskolane – vere eller ikkje vere? Fire hundre år i motgang og medgang. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(04).
- Vabø, M., Christensen, K., Jacobsen, F. F. & Trætteberg, H. D. (2013). Marketization in Norwegian eldercare. Preconditions, trends and resistance. I G. Meagher & M. Szebehely (red.), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm: Noma care.
- Varde & Hartmark. (2014). *Markedsanalyse av barnevernstjenester*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Weisbrod, B. A. (1977). *The voluntary nonprofit sector: An economic analysis*: Lexington Books.
- Weisbrod, B. A. (1988). *The Nonprofit Economy* Mass: Harvard University Press.
- Weisbrod, B. A. (1998). Modeling the Nonprofit Organization as a Multicproduct Firm: A Framework for Schoice. I B. A. Weisbrod (red.), *To Profit or Not to Profit: The Commercial Transformation of The Nonprofit Sector*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Wiggen, J. & Arnesen, F. (2008). *Barnevern og EØS*. Oslo: Stortingets utredningsenhet
- Wollebæk, D. & Selle, P. (2007). Origins of Social Capital: Socialization and Institutionalization Approaches Compared. *Journal of Civil Society*, 3(1), 1-24. doi:10.1080/17448680701390638
- Young, D. R. (1983). *If not for profit, for what?: A behavioral theory of the nonprofit sector based on entrepreneurship*. Lexington, Mass: Lexington Books.

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor

Rapport 2015:2

<p><i>Forfatter/Author</i> Håkon Dalby Trætteberg og Karl Henrik Sivesind</p>
<p><i>Tittel/Title</i> Ideelt særtrekk og merverdi innenfor Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi innenfor helse- og omsorgsfeltet</p>
<p><i>Sammendrag</i> Ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester er en viktig del av det offentlig finansierte helse- og omsorgsfeltet i Norge. Denne rapporten ser på hvilken merverdi som er spesiell for de ideelle og som dermed ikke kan oppnås gjennom bruk av offentlige eller kommersielle tjenesteleverandører. Rapporten er utarbeidet etter at det ble klart at et nytt EU direktiv om offentlige anskaffelser etter alt å dømme vil frata offentlige innkjøpere muligheten til å reservere anbudskonkurranser for ideelle leverandører innenfor helse- og omsorgstjenestene. Konklusjonene i rapporten er basert på tidligere forskning og kvalitativ primærdata. Den internasjonale forskningen som presenteres viser at ideelle ofte har kvaliteter knyttet til mangfold og valgfrihet, tillit, sosial innovasjon og frivillighet, men at disse særtrekkene er avhengige av finansiering, styring og regulering. Det finnes ikke tilstrekkelig forskning til å kunne fastslå i hvilken grad ideelle leverandører i Norge gir den aktuelle merverdien. Representanter for ideell sektor selv mener imidlertid at offentlige anbudskonkurranser og kontroll er med på å undergrave de ideelles mulighet til å utvikle særtrekk og merverdi.</p>
<p><i>Emneord</i> Ideelle organisasjoner, nonprofit organisasjoner, helsetjenester, omsorgstjenester, særtrekk, merverdi</p>
<p><i>Summary</i> Non-profit organizations are an important part of the publicly financed health and care services in Norway. This report investigates what sort of advantages and distinctiveness held by the nonprofits that cannot be realized through for-profit or public service providers. The report is written in anticipation of a new EU-directive on public procurement that curtails the opportunity to reserve public tenders for non-profit organization in the health and care service area. Both earlier research and new data inform the conclusions of the report. The international research shows that non-profits often have advantages related to service plurality and choice, trust, social innovation and volunteerism. These features are dependent on financing, steering, and regulation. There is not sufficient research to make clear to what extent nonprofits in Norway provide such advantages and distinctiveness, but representatives from the sector find that the design of public tenders and the purchasers' control of the services inhibit the opportunities to develop distinctiveness and hence particular advantages.</p>
<p><i>Index terms</i> Non-profit organization, health services, care services, welfare, distinctiveness,</p>

Ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester er en viktig del av det offentlig finansierte helse- og omsorgsfeltet i Norge. Denne rapporten ser på hvilken merverdi som er spesiell for de ideelle og som dermed ikke kan oppnås gjennom bruk av offentlige eller kommersielle tjenesteleverandører. Rapporten er utarbeidet etter at det ble klart at et nytt EU direktiv om offentlige anskaffelser etter alt å dømme vil frata offentlige innkjøpere muligheten til å reservere anbudskonkurranser for ideelle leverandører innenfor helse- og omsorgstjenestene. Konklusjonene i rapporten er basert på tidligere forskning og kvalitativ primærdata. Den internasjonale forskningen som presenteres viser at ideelle ofte har kvaliteter knyttet til mangfold og valgfrihet, tillit, sosial innovasjon og frivillighet, men at disse særtrekkene er avhengige av finansiering, styring og regulering. Det finnes ikke tilstrekkelig forskning til å kunne fastslå i hvilken grad ideelle leverandører i Norge gir den aktuelle merverdien. Representanter for ideell sektor selv mener imidlertid at offentlige anbudskonkurranser og kontroll er med på å undergrave de ideelles mulighet til å utvikle særtrekk og merverdi.

ISBN: 978-82-7763-470-8
ISSN: 1891-2176

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
c/o ISF
Munthes gate 31
Pb. 3233 Elisenberg
0208 Oslo
TIF 23 08 61 00

www.sivilsamfunn.no