

Privatisering av välfärdstjänster: hur garanteras kvalitet i vård och omsorg?

Ulrika Winblad, Anna Mankell & Fredrik Olsson

Abstract

In recent decades, the Swedish welfare system has come to involve more private actors. Swedish law, however, is still clear that health and social care should be characterized by good quality regardless of its mode of operation. A central concern has been how to politically ensure quality as welfare providers become more numerous and of different types. To what extent are politicians still able to monitor quality within private health- and social care? The article reviews several quality assurance mechanisms that are built into the privatization reforms: how contracts are specified and monitored and how patients use their choices to send signals about care quality. A review of the literature illustrates the difficulty for politicians to formulate good contracts and follow them up. Also, patients' choices are not a reliable source of information about care quality since they rarely make informed choices. Not being able to monitor quality in a proper way risks creating a legitimacy gap for the entire welfare system.

Introduktion

Den svenska välfärdsmodellen, som byggdes upp under efterkrigstiden, baseras på principer om solidaritet och jämlikhet. Att staten ansvarar för både finansieringen och driften av välfärden kom att ses som en garant för att alla medborgare skall få tillgång till högkvalitativa tjänster som är rättvist fördelade (Blomqvist & Rothstein 2000; Blomqvist 2007). I praktiken betydde detta att i stort sett alla välfärdstjänster, inklusive sjukvård och äldreomsorg, kom att bedrivas av offentliga utförare, såsom kommuner och landsting. Under de senaste decennierna har emellertid den svenska välfärdssektorn kommit att involvera allt fler privata aktörer. Inom exempelvis äldreomsorgen utförs idag en fjärdedel av det totala antalet hemtjänsttimmar av privata företag. Den stora majoriteten av dessa företag har tydliga vinstkrav. Trots att finansieringen fortfarande är offentlig har det ökade inslaget av konkurrens och vinstintresse av många kommit att ses som ett hot mot välfärdssystemets värdemässiga grunder (Harrison & Calltorp 2000; Dahlgren 2008; Riksrevisionen 2014). En

Ulrika Winblad, Anna Mankell och Fredrik Olsson är alla verksamma vid enheten för Hälso- och sjukvårdsforskning, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
E-post: ulrika.winblad@pubcare.uu.se

fråga har gällt effekterna av vinstmotiv när det gäller verksamhetens kvalitet, en diskussion som spåtts på genom flera vårdskandaler under senare år (Jönsson 2010). En central fråga i denna debatt är hur man från politiskt håll kan bibehålla kontrollen över den verksamhet som läggs ut på privata entreprenörer och hur man kan försäkra sig om att tjänsterna lever upp till den kvalitetsnivå som stipuleras i offentliga lagar och styrdokument. Från att tidigare styrt och organiserat verksamheten direkt ställs de politiskt ansvariga inför en ny situation där man främst kan påverka välfärdstjänsteutförarna inom den privata sektorn på en *armfängds* avstånd, exempelvis genom kontrakt. I föreliggande artikel undersöks vilka förutsättningar politiker har att säkerställa kvaliteten hos privata utförare. Vi kommer i artikeln att närmare undersöka detta genom att titta på olika kvalitetssäkringsmekanismer som kan sägas finnas inbyggda i de marknadsmodeller som har införts när välfärdsområdet i Sverige har privatiserats, exempelvis om det går att formulera tillräckligt tydliga kontrakt och i vilken utsträckning det från politiskt håll är möjligt att ta hänsyn till de signaler som patienter och medborgare skickar när de väljer eller väljer bort en viss utförare.

Inom vård och omsorg har privatiseringarna under 1990-talet och 2000-talets första hälft främst skett utifrån lagen om offentlig upphandling, LOU (SFS 2007:1091), där aktörer konkurrerar om den specifika tjänst som kommun eller landsting väljer att upphandla. En ytterligare förenkling för etableringen av privata aktörer inom vård- och omsorgssektorn kom 2008 genom införandet av lagen om valfrihetssystem, LOV (SFS 2008:962). LOV-reformen innebär bl.a. att alla vårdgivare inom primärvård och äldreomsorg som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig var som helst i landet, och att medborgarna får välja vilken utförare de vill anlita eller lista sig hos. Ett centralt motiv bakom Lagen om valfrihetssystem, var att mångfalden och kvaliteten i vården skulle främjas genom ökad etablering och konkurrens mellan privata vårdgivare, något som tydligt kan härledas till teorier om New Public Management.

I den svenska vård och omsorgsmodellen är begreppet *god kvalitet* centralt. Såväl Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763), som Socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453), stipulerar en god vård och omsorg för patienter och brukare, oavsett om de väljer att gå till en privat eller offentlig utförare av de tjänster man behöver. Kommuner och landsting har även samma ansvar att säkerställa att både privata och offentliga utförare bedriver en vård av god kvalitet – i detta hänseende har privatiseringsreformerna inte ändrat något (SFS 1982:962 3§, 18§; SFS 2001:453 2 kap. 1§). Det ökande antalet privata utförare på välfärdsmarknaden ändrar emellertid kommuner och landstings förutsättningar att påverka tjänsternas kvalitet.

I den traditionella svenska förvaltningsmodellen har staten kontroll över den övergripande resursfördelning och utövar tillsyn av verksamhetens innehåll, medan landsting och kommun styr själva produktionen och finansieringen

av tjänsterna. Den ökade förekomsten av privata utförare innebär emellertid att kommuner och landsting i mindre utsträckning än tidigare direkt reglerar och kontrollerar verksamheternas innehåll. Kvalitetsstyrningen sker istället bland annat genom kontrakt som upprättas mellan kommuner/landsting och de privata aktörerna. Utformandet av kontrakt samt uppföljning av verksamheten blir de främsta verktygen för politiken att kontrollera och styra de privata utförarnas kvalitet (Amirkhanyan et al. 2012). Forskare inom public administration och särskilt contracting-området, noterade tidigt att den offentliga förvaltningen var i behov av nya styrtekniker och färdigheter för att följa upp kvaliteten hos de privata utförarna (Kettl 1993; Behn & Kant 1999; Chalmers & Davis 2001).

Förutsättningarna att följa upp kvaliteten i ett system med kontraktbaserade, privata utförare ser alltså annorlunda ut jämfört med en traditionell, direkt, styrmodell. För det första finns en potentiell risk att de privata aktörerna sänker kvaliteten för att nå sina ekonomiska mål. Enligt principal-agent-teorin har de privata utförarna (agenterna) i ett kontraktsförhållande starka incitament att undanhålla det beställande landstinget/kommun (principalen) information om verksamheten eftersom de har mer kunskap om hur uppdraget kan utföras (Halachmi & Boorsma 1998). Utföraren kan leverera lägre kvalitet eller utföra färre tjänster än vad beställaren betalar för. Det beställande landstinget eller kommunen behöver därför hitta effektiva metoder att kontrollera och följa upp verksamheten, så att de kommer åt de utförare som eventuellt fuskas med kvaliteten. Beställaren ska samtidigt se till att de inte hämmar eller minskar de privata utförarnas kreativitet och kunskap kring hur uppdraget ska utföras, förmågor som är ett av huvudargumenten för att utkontraktera verksamheten istället för att bedriva den själv. För det andra försvåras kvalitetsuppföljningen i en marknadsbaserad modell där systemet består av fler utförare. Detta gör att beställarna får sämre insyn i den faktiska vård och omsorgsverksamheten än de hade tidigare då tjänsterna producerades inom ramen för den egna regin. Den offentliga kvalitetssäkringen var inte nödvändigtvis bättre innan de nya marknadslösningarna infördes. I själva verket finns mycket som talar för att det fanns stora brister även då (Socialstyrelsen 1999). Skillnaden är emellertid att det i och med de privata aktörernas intåg på marknaden krävs större insatser än tidigare för att säkerställa kvalitet på olika vårdgivares tjänster.

Den fråga man kan ställa sig är vilka förutsättningar kommun- och landstingspolitiker har att säkra kvaliteten på välfärdstjänster som utförs i privat regi, vilket de är juridiskt ålagda att göra (SFS 1982:962 3§, 18§; SFS 2001:453 2 kap. 1§). Kan man säkerställa att kvaliteten hos externa aktörer lever upp till de målsättningar som stipuleras i lagstiftningen? Föreliggande artikel fokuserar inte i första hand på det praktiska kvalitetssäkringsarbete som bedrivs av kommuner och landsting utan på de mer generella kvalitetssäkringsmekanismer som kan sägas finnas inbyggda i den lagstiftning som styr privatiseringen. Vad som

analyseras är alltså vilka *möjligheter till kontroll och ansvarsutkrävande när det gäller kvalitet* som finns i lagstiftningen och hur det är tänkt att denna skall fungera för att säkra kvaliteten för de tjänster som läggs ut på privata aktörer. Nedan presenteras fyra olika sätt som är teoretiskt möjliga för politikerna att använda sig av, för att garantera att kvaliteten i verksamheten, så kallade *kvalitetssäkringsmekanismer*.

De fyra centrala kvalitetssäkringsmekanismer som vi koncentrerar oss på i analysen och som återfinns i lagarna LOU och LOV är: (1) *utformandet* av kontrakt med de privata utförarna; (2) *uppföljningen av kontrakt* (3) brukare och patienters egna, *initiala val* av utförare samt (4) deras *omval* av utförare.

Kontrakten i sig säkerställer att kvaliteten på de privata utförarnas tjänster håller en miniminivå. Kontraktets kvalitetssäkrande funktion består dels av att beställaren formulerar och konkretiserar krav på tjänsterna som utföraren ska utföra, dels av att beställaren följer upp att utföraren har genomfört tjänsten i enlighet med kontraktet. Brukare och patienter kan även kvalitetssäkra tjänsterna genom egna val och omval av utförare, vilket skickar signaler till systemet om vilka utförare som levererar hög respektive låg kvalitet.

Andra mekanismer som mer eller mindre fyller en kvalitetssäkrande funktion förekommer naturligtvis, däribland den mediala granskningen och tillsynsmyndigheters inspektion av verksamheten. Därutöver förekommer också professionernas interna granskning av kollegornas arbete, som också säkrar kvaliteten inom vård och omsorg samt kommunernas interna uppföljning av de privata utförarnas kvalitet. Ingen av dessa kvalitetssäkrande mekanismer kan dock tillskrivas de teoretiska modeller – eller den reglering (LOV och LOU) som dessa har genererat – och som vi avgränsat oss till att undersöka i denna artikel.

I föreliggande artikel ges först en beskrivning av hur upphandlingsformerna LOU respektive LOV tillämpas i praktiken, samt en kortfattad historik över införandet av privatisering och valfrihet i vård och omsorg och en presentation av de motiv som ligger till grund för reformerna. Därefter följer en redogörelse av de fyra viktigaste kvalitetssäkringsmekanismerna inom den lagstiftning som styr privatisering av utförande av vård och omsorgstjänster idag; kontraktsformulering, uppföljning av kontrakt, brukarens/patientens val och brukarens/patientens omval. Dessa mekanismer diskuteras både utifrån teoretiska förutsättningar och genom att analysera de empiriska belegg som finns tillgängliga i den svenska och den internationella diskursen kring deras användning. Avslutningsvis förs en diskussion om förutsättningar och problem med dessa mekanismer och i vilken grad de garanterar en högkvalitativ vård och omsorg hos de privata utförarna.

Studien ger ökad förståelse för vilka förutsättningar som finns för politiker att upprätthålla en god kvalitet när mer marknadsbaserade modeller införs inom välfärdssektorn. I artikeln görs en systematisk genomgång av teoretiska förutsättningar och hinder, samt empiriska belegg för hur väl de olika

kvalitetssäkringsmekanismer som finns inbyggda i de så kallade privatiseringsmodellerna fungerar. Studien ger således en övergripande bild av statens möjligheter att styra privata utförare att leverera en jämlik och högkvalitativ vård och omsorg i linje med målsättningarna för den svenska välfärdsmodellen.

Privata välfärdstjänster i Sverige

Det finns i huvudsak två sätt på vilket ett beställande landsting eller en kommun kan privatisera sin drift: upphandling genom LOU och vårdval genom LOV. Tidigare var den vanligaste metoden att man lade ut verksamhet på entreprenad genom lagen om offentlig upphandling (SFS 2007:1091), LOU, i syfte att utse den aktör eller de aktörer som kunde utföra tjänsten på det mest effektiva sättet. I propositionen som föregick den ursprungliga lagen om offentlig upphandling från 1992 var det framförallt målet om ökad effektivitet som framhölls. Regeringen hänvisade till den nya ekonomiska situationen och betonade att de kommunala verksamheterna under de kommande decennierna måste ställa om från expansion till hushållning. Ökad konkurrens genom anbuds-upphandling förväntades minska kostnaderna och öka produktiviteten inom den kommunala verksamheten. I propositionen argumenterades det också för att den hittills bristande konkurrensen mellan utförare i många fall lett till att tillgängliga resurser inte tagits tillvara på ett effektivt sätt (proposition 1992/93 43, s 2ff). I en upphandling enligt LOU formulerar beställaren vad som ska ingå i tjänsten, och utförare får tävla om att lämna det mest attraktiva anbudet. Vanligast är att den som lämnar det lägsta priset vinner upphandlingen, men det finns också exempel på kvalitetsupphandlingar där beställaren ger ett fast pris på vad tjänsten får kosta och där utförarna sedan tävlar om att leverera den bästa kvaliteten till det givna priset. Det mest förekommande är dock en kombination av pris och kvalitet. Inom sjukvården och äldreomsorgen är det idag vanligast med LOU-upphandlingar för olika typer av äldreboenden, även om det också förekommer att vissa landsting lägger ut vårdcentraler på entreprenad.

Parallellt med kritiken av formen för offentlig upphandling av vård- och omsorgstjänster, där många menade att LOU gynnade större företag, har också ett ökat intresse för så kallade valfrihetssystem tillkommit. Det politiska intresset ledde till att regeringen år 2007 beslutade att tillsätta en utredning – den s.k. ”Frittvalutredningen” – för att undersöka förutsättningarna för ökad valfrihet inom vård, omsorg och service. Resultatet presenterades i utredningen *LOV – lag om valfrihetssystem*, där man föreslog att en ny lag skulle införas (SOU 2008:15). Vid upphandling enligt LOU, verkar den eller de vårdgivare som vinner upphandlingen utan konkurrens från andra, fram till avtalstidens slut. Vid upphandling enligt LOV råder istället *fri etableringsrätt*, där alla anbudsgivare som svarar mot de krav som en kommun eller ett landsting ställt i sina *förfrågningsunderlag*

för tjänsten, tilldelas ett kontrakt för att utföra tjänsten. På så sätt möter lagen om valfrihetsystem det ökade behovet av en förnyad upphandlingslagstiftning, samtidigt som det introducerar ett utökat patient- och brukarinflytande över vård- och omsorgstjänsterna (Anell et al. 2012).

Ett viktigt syfte med LOV, från statens sida, var att öka inflytandet för den enskilde brukaren. I lagpropositionen beskriver regeringen att LOV ska ses som en del i strävandet mot att sätta brukaren i fokus, genom att makten förskjuts från politiker och tjänstemän till brukare, i dennes egna val av vård- och omsorgsgivare. Dessutom beskrivs den nya lagstiftningen leda till nytänkande och mångfald, samt bättre förutsättningar för kvinnors företagande och för små företag att leverera tjänster till den offentliga sektorn (prop. 2008/09:29). Intressant att notera är att de resonemang om kostnadseffektivitet som var centralt vid införandet av LOU i stora drag saknas i förarbetena till LOV. Det är istället frågan om krav på tjänsternas *kvalitet* och *mångfald* som lyfts fram i Frittvalutredningens betänkande och även i propositionen behandlas utförligt hur god kvalitet ska säkerställas för de insatser som omfattas av LOV (SOU 2008:15, prop. 2008/09:29). Tanken i lagen är att konkurrensen skapar incitament för företagen att erbjuda högkvalitativa tjänster för att locka till sig kunder. Genom att brukare och patienter väljer de bästa utförarna, dvs. ”röstas med fötterna”, slås de sämsta utförarna ut från välfärdsmarknaden.

Sedan LOV introducerades 2009 har framför allt den landstingsstyrda primärvården och den kommunala äldreomsorgen påverkats. Inom primärvården är tillämpningen av LOV obligatorisk sedan 2010 och drygt 40 % av verksamheten drivs idag av privata företag (SKL 2015). Reformen har också haft ett stort genomslag inom äldreomsorgen, trots att lagen inte är tvingande för kommunerna. Tillämpning av LOV är nu den vanligaste privatiseringsformen rörande hemtjänst för äldre. Idag bedrivs drygt en fjärdedel av hemtjänsten och drygt en femtedel av äldreboendeplatserna i privat regi (Socialstyrelsen 2015a) (Socialstyrelsen, 2015), och valfrihetssystem för hemtjänst finns idag i 157 av landets 290 kommuner (Winblad, Mankell & Olsson kommande). Förutsättningarna för att etablera nya hemtjänstföretag är emellertid mycket varierande i landet, varför det i merparten av kommunerna inte finns fler än ett fåtal externa utförare.

Landstingen och kommunerna har stor handlingsfrihet gällande vilka krav som ska ingå i förfrågningsunderlagen för tjänsterna, vilket är en viktig del för ett fungerande ansvarskutkrävande i LOV. Alla utförare som anses vara lämpade för att bedriva verksamhet ska enligt lagen om valfrihetssystem också tillåtas att göra det. Eventuella krav på utförare som inte anges i förfrågningsunderlaget är således inte möjliga att utkräva. Därför är innehållet i kravspecifikationerna av särskild vikt för att det beställande landstinget/kommunen ska kunna leva upp till sitt lagstadgade ansvar för tjänsternas kvalitet. Oavsett om patienter och brukare väljer bort de sämre utförarna, måste även beställaren på något sätt

kunna avgöra huruvida tjänsten är utförd på det sätt man har kommit överens om.

Mekanismer för kvalitetssäkring

Privatiseringsreformerna innebär att kommuner och landsting numera är hänvisade till att styra utförarna på ett delvis annorlunda sätt än tidigare för att kunna garantera ett gott resultat. Nedan presenteras fyra olika sätt som är teoretiskt möjliga att använda sig av för att garantera kvaliteten i verksamheten, så kallade *kvalitetssäkringsmekanismer*. De två första mekanismerna utgår från att det offentliga styr den privata verksamhetens kvalitet. Detta görs dels genom att formulera tjänstens innehåll i ett kontrakt, dels genom uppföljning av samma kontrakt. Dessa två mekanismer är tätt sammanknutna, då möjligheten att följa upp ett kontrakt till stor del beror på hur det är formulerat. Den tredje och fjärde kvalitetssäkringsmekanismen utgår ifrån medborgarens möjlighet att påverka välfärdens kvalitet, genom att välja och välja bort utförare. Alla mekanismer diskuteras nedan både utifrån deras teoretiska förutsättningar och utifrån deras praktiska tillämpningar.

KVALITETSSÄKRING GENOM KONTRAKTENS KRAVSPECIFIKATIONER

I ett system där ansvar för tjänster åläggs privata utförare blir kontraktet mellan beställaren (kommun eller landsting) och utföraren (vård- eller omsorgsföretag) centralt. Genom att delegera produktionen av dessa tjänster, förväntas konkurrensen leda till kvalitativt sätt bättre och billigare lösningar än den tidigare kommunala eller landstingsdrivna verksamheten. Förhoppningen är också att privata konkurrensutsatta vårdaktörer ska stärka innovationskraften inom sektorn.

Trots att själva verksamheten förflyttas till och utförs av privata företag, har beställaren (dvs. kommun eller landsting) fortsatt det juridiska ansvaret att se till att en vård och omsorg av god kvalitet erbjuds medborgarna inom området (SFS 1982:962 3§, 18§ och SFS 2001:453 2 kap. 1§). Ett sådant system kräver dels att beställarens och utförarens roller är tydliga, dels att beställaren kan utkräva ansvar för respektive ansvarsområde. För att ansvarsutkrävande ska vara möjligt är det nödvändigt att beställare och utförare är överens om vad som ska utföras för den givna ersättningen. Häri ligger dock en ständig konflikt eftersom en utförare inte har full insikt i vad beställaren önskar och inte heller har samma incitament att leverera den önskade kvaliteten till det givna priset. Enligt principal-agentmodellen, som presenterades i inledningen, har agenten alltid ett kunskapsövertag och vet på vilka områden det är möjligt att sänka kvaliteten utan att det märks alternativt utföra färre antal tjänster för det givna priset. Det är i denna kontext som kontraktet blir avgörande, eftersom det är här uppdraget definieras (Brown et al. 2007).

Kontrakten mellan beställare och utförare är avsedda att ålägga vård- och omsorgsutförare att leverera en viss typ av tjänst. Tjänstens omfattning, utformning och innehåll anges sammantaget i ett avgränsat avsnitt av kontraktet som ofta omnämns *kravspecifikationen*. Här formuleras tjänstens kärna. Definitioner av vård och omsorgstjänster utgör emellertid en stor utmaning. Det är på förhand en svår uppgift att formulera ett kontrakt med en tillräckligt bra beskrivning av tjänstens innehåll och vilka resultat som avkrävs. Särskilt omsorgstjänster av mer *mjuk* och personnära karaktär har visat sig svåra att definiera (Blank & Eggink 2001). I kontrakt där utförare åläggs att behandla patienter och brukare med mycket olika behov, verka inom vårdkedjor med många aktörer, eller med en ständigt föränderlig behovsbild, krävs en tydlig ansvarsfördelning och samförstånd. Även professionens självständighet är avgörande – en läkare med legitimation för att utföra exempelvis KBT-behandlingar eller vissa kirurgiska ingrepp går att ålägga en annan handlingsfrihet, än yrkesgrupper som inte har en lika tydlig legitimitet.

Kontrakten ska även ha en *kvalitetssäkrande* funktion: de ska formulera det önskade utfallet av tjänsten. Det är just utfallet av tjänsten som beställaren (kommun eller landsting) enligt lag är ansvarig för. Att definiera och mäta kvalitet på utfallet av vård och omsorg är i vissa avseenden och aspekter relativt okomplicerat. Utfallet av exempelvis ett kirurgiskt ingrepp i en knäled går att inom relativt snar framtid bedöma utfallet av. Men inom mindre avgränsade och mer komplexa vård- och omsorgstjänster är utfallet svårare att bedöma. Hur bedöms exempelvis utfallet av tjänster utifrån krav som stipulerar ”hög grad av delaktighet” eller ”ett gott bemötande”? Särskilt där tjänsten utgörs av mänsklig interaktion är det svårt att förutsäga dess möjliga komplikationer och uppkomna situationer och därmed också att bedöma kvaliteten.

Givet att vård- och omsorgstjänster oftast är både svårdefinierade och svåra att bedöma kvaliteten på, kan man säga att det ligger i kontraktens natur att vara ofullständiga. Detta är en fråga som behandlats utförligt i contracting-litteraturen (Hart 2003; Van Slyke 2003; Brown et al. 2007). Konsekvensen av ofullständiga kontrakt blir att det kommer att finnas situationer och omständigheter där vårdgivaren inte är styrd av kontraktets innehåll, vilket kan ge upphov till oklarheter kring ansvarsutkrävande och vem som ansvarar för resultatet av tjänsten. Å andra sidan kan vagare kontrakt potentiellt skapa större möjligheter för utföraren att forma sin egen verksamhet, till följd av en större flexibilitet att möta de lokala förutsättningarna (Brown et al., 2007). Eftersom det är svårt att formulera ett heltäckande kontrakt krävs både förtroende och tillit mellan parterna i kontraktrelationen (Almqvist, 2001; Brown et al., 2007; Amirkhanyan et al., 2012)

Den empiriska forskningen kring kontraktformulering och kontraktstypförändring för svenska välfärdstjänster är begränsad. I två nyare studier behandlas emellertid kontraktstyrning för äldreomsorg respektive specialistsjukvård

(Winblad et al. 2014; Winblad, Mankell & Olsson 2015). I studierna analyseras tjänsternas förfrågningsunderlag, dvs. det grundkontrakt som det beställande landstinget/kommunen ingår med varje utförare (totalt analyserades 2700 krav i 20 hemtjänst-kontrakt, samt 3500 krav i 16 specialistvårdskontrakt). Förfrågningsunderlagens analyserades för i vilken utsträckning kraven var skrivna på ett sådant sätt att de var *möjliga för kommuner och landsting att följa upp*, samt om de var *mätbara*. Resultaten visar att det utifrån kravens formuleringar många gånger var svårt för kommuner och landsting att följa upp om kraven uppfyllts eller inte. Resultaten pekar på en låg uppföljningsbarhet inom de flesta av de analyserade tjänsterna, framför allt inom hemtjänsten där drygt 44 % av kraven analyserades som *ej uppföljningsbara*. Den absoluta majoriteten av kraven var dessutom av dikotom karaktär, dvs. gick att svara ja eller nej på och fungerade i princip som en checklista – något som i sig kan vara vanskligt att använda som underlag för att följa upp vård- och omsorgstjänster då det inte säger något om *hur* tjänsten utförts.

Ett andra resultat att lyfta fram är möjligheterna för den beställande parten att mäta den tjänst man kontrakterat ut. Mätbara krav kännetecknas av att det är möjligt att avgöra i vilken grad kravet har uppfyllts, exempelvis i hur stor utsträckning personalen kommit i tid till de brukare som har hemtjänst, eller hur många operationer per år som leder till oplanerade återinskrivningar. Sådana krav visade sig dock vara mycket ovanliga i både äldreomsorg och specialsjukvård – 7 % i hemtjänsten respektive 5 % i specialistvården. Sammantaget visar resultaten att kontrakten inom vård- och omsorgstjänster sällan kan följas upp i sin helhet. Studierna av kontrakt inom svensk vård och omsorg belägger ytterligare det som belysts i den internationella diskursen, nämligen att det är svårt för den beställande parten att skriva fullständiga kontrakt inom vård- och omsorgssektorn.

Möjligheterna att följa upp tjänstens kvalitet hänger också samman med vilken typ av tjänst som beställarna skriver kontrakt för, vissa tjänster är svårare att avgränsa och definiera. För att på ett fruktbart sätt kunna uttala sig om tjänsternas karaktär, har Avedis Donabedians (1966; 1988) tredelade *struktur-process-resultat*-modell för kvalitet inom vård och omsorg använts. Donabedian menar att man antingen kan belysa kvalitet genom att studera vilka *strukturer* som finns på plats vid utförande av tjänsten, exempelvis kompetens hos personal eller medicinsk utrustning. Kvalitet kan även belysas genom att studera vårdens *processer*, dvs. hur man bedriver tjänsten, verksamhets arbets sätt och flödet i verksamheten. Den tredje och sista aspekten är att studera *resultatet* av vårdverksamheten, exempelvis vilka effekter verksamhetens tjänster har på hälsan eller funktionsförmågan hos individerna, eller hur nöjda de är med den tjänst de har erhållit.

Donabedians modell har använts vid analyser av kraven i nämnda studier av hemtjänst och specialistvård. Resultatet pekar på att andelen strukturkrav är

avsevärt högre inom specialistvårdsområdet (närmare 30 %) än inom hemtjänsten (12 %). Inom sjukvården kräver beställaren att utförarna har vissa strukturer på plats för att få utföra tjänsten, exempelvis gemensamt journalsystem eller specifik kompetens hos vårdprofessionen. Inom äldreomsorgen tycks detta inte vara lika viktigt (Winblad et al. 2014; Winblad, Mankell och Olsson 2015).

Trots en relativt hög andel strukturkrav inom specialistsjukvården framgår av studierna att beställarna (kommuner och landsting) i både hemtjänst och specialistsjukvård framför allt ställer krav på tjänsternas processer. Genom att säkerställa att personalen utför tjänsten på ett angivet sätt och arbetar i enlighet med beställarens riktlinjer blir processkraven ett medel för att garantera kvaliteten. Att andelen processkrav är högre i hemtjänstkontrakten än i specialistvårdskontrakten kan bero på att läkare och sjuksköterskor har högre professionell autonomi, vilket gör att landstingen har mindre behov av att i detalj styra hur de ska arbeta. Det finns emellertid ett övergripande problem med att i för hög grad styra tjänsterna med processkrav. Genom att beställaren styr utförarnas tillvägagångssätt, begränsas möjligheterna för utförarna att själva forma sin egen verksamhet. Detta kan leda till en homogenisering av tjänsterna, där utförarna inte kan profilera sig eller hitta nya lösningar för hur tjänsten ska bedrivas (Holmström 1989). Denna homogenisering talar emot ett av de ursprungliga syftena med privatisering och ut kontraktering: dvs. att privatiseringen skulle stimulera utförarnas innovation och nytänkande. Följden blir istället att kontrakten med externa utförare begränsar möjligheterna till innovation och kvalitetsförbättring inom vård- och omsorgsområdet.

Slutligen visar resultaten att det är ytterst ovanligt att styra med krav på resultat, såsom patientnöjdhet eller minskad dödlighet. Bland kraven i hemtjänstkontrakten utgjorde resultatkrav mindre än 1 %, och drygt 4 % inom specialistvården. Detta är problematiskt eftersom resultatkrav är de tydligaste kvalitetskraven, och en brist på dessa ytterligare försämrar beställarens möjlighet att kontrollera utfallet av vården. En förklaring till den låga andelen resultatkrav kan vara att det för 'mjuka' tjänster ofta är svårt att formulera tydliga krav. Hur ska man exempelvis formulera fungerade resultatkrav kopplade till krav på "en värdig vård" eller ett "gott bemötande"? Att enbart styra mot specifika resultatmål är dock förenat med vissa risker, eftersom man då riskerar att utförare formar och bedriver tjänsten utifrån vad som mäts och följs upp (Power 1999).

Sammanfattningsvis visar studierna på problem med att styra vård- och omsorgstjänster genom kontrakt. När man formulerar kontrakt för komplexa och svårdefinierade tjänster, blir riskerna med ofullständiga kontrakt mer påtagliga. För just mjukare och mer personnära tjänster som vård och omsorg, är risken överhängande att ansvarig beställare inte kan kontrollera tjänstens kvalitet och huruvida man får det man har betalat för. En kontraktsrelation kräver också tydliga uppföljningsmekanismer, vilket behandlas i nästa avsnitt.

KVALITETSSÄKRING GENOM UPPFÖLJNING AV KONTRAKTEN

Skattefinansierad vård och omsorg kräver någon form av ansvarsutkrävande från beställarna gentemot utförarna, som får del av de gemensamma medlen. När välfärdstjänster utkontrakteras på en marknad tappar emellertid kommuner och landsting till viss del kontrollen över hur tjänsterna utformas. Mot bakgrund av denna risk är därför uppföljning av kontrakt en nödvändighet för att kontraktstyrning ska fungera. Som visats ovan är vissa aspekter av vård- och omsorgstjänster svåra att formulera på ett skarpt sätt i kontrakten. Ansvarsutkrävandet kan försvåras ytterligare av kontraktens tendens att bli alltmer omfattande, något som ska kompensera för beställarens minskade inflytande över tjänstens utförande. Beställarens utmaning blir därför att skapa uppföljningsrutiner som också relaterar till och speglar kontraktet på ett bra sätt (Romzek & Johnston 2005).

Litteraturen är omfattande kring hur NPM har lett till en ökad uppföljning, granskning och detaljstyrning av välfärdstjänsterna. Man har påvisat att uppföljningen i sig kraftigt påverkar arbetet inom vård och omsorgen (Power 1999; Levay & Waks 2006; Lindgren 2014), där bland annat ett ökat administrativt arbete för personalen har framhållits som ett problem. Uppföljningen riskerar också att skapa prioriteringar och incitamentsstrukturer som negativt påverkar vårdens kvalitet, då de indikatorer som följs upp får en central roll i verksamheten och därmed tränger undan de delar av verksamheten som inte följs upp. Denna problematik känns också igen från avsnittet om resultatkrav ovan. Kritiken mot den omfattande granskningen grundar sig dels på att det är tveksamt om det överhuvudtaget är möjligt att definiera kvalitet genom indikatorer och kravformuleringar, dels på att granskningen i någon mån tar för givet att vård- och omsorgsprofessionerna inte är pålitliga och därmed behöver kontrolleras. I en styrlogik där kontrakt mellan olika parter ingår är uppföljning emellertid en logisk följd – man behöver se till att de gemensamma medlen går till det som de är avsedda för, och att den kvalitet man har avsett också uppnås. Kontraktsuppföljningen fungerar därför dels som en allmän kontrollfunktion av att enskilda vårdgivare håller den utlovade vård- och omsorgskvaliteten, dels som ett led i ett framåtblickande utvecklingsarbete för kommuner och landsting, där brister kan leda till ett förbättringsarbete. Det nya marknadsbaserade systemet har således ett inneboende dilemma – vi vet att allt för nitisk granskning och uppföljning har potentiellt negativa effekter för tjänsternas utförande (i synnerhet för professionen), men samtidigt behövs uppföljningen för att säkerställa att vi får de tjänster och den kvalitet vi betalar för.

Olika svenska studier visar att i praktiken tycks uppföljningsarbetet i landsting och kommuner främst präglas av en mer allmän typ av uppföljning där vissa specifika kvalitetsindikatorer följs upp hos samtliga utförare. I en fallstudie av fyra kommuner i landet visas exempelvis att kommunerna istället för att följa upp de kvalitetskrav som fanns angivna i kontrakten ägnade sig åt vad

som närmast kan beskrivas som en allmän uppföljning av hela verksamheten där huvudsyftet var att säkerställa att inga allvarliga brister förekom (Blomqvist & Winblad 2013). Detta tolkades av författarna som att kontrakten sågs som ett viktigt sätt att styra utförarna när de formulerades, men att kontrakten sedan kom att tappa i betydelse. Arbetet med uppföljning tycks ha ökat, men själva uppföljningen av just kontrakten förblir ändå svag (ibid). Samma resultat visar en studie där intervjuer gjordes med tjänstemän och politiker i tre landsting i landet. Respondenterna uppgav att man fokuserade mer på den allmänna uppföljningen av specialistsjukvården än på att följa upp specifika kontrakt. Många politiker och tjänstemän var näst intill främmande inför att utgå ifrån kontrakten i arbetet med uppföljning (Winblad, Mankell & Olsson 2015). Endast en respondent i intervjustudien nämner kontraktets krav vid frågan om vilken roll kontrakten spelar vid uppföljningsarbetet:

Vi plockar ut de delarna som vi anser relevanta. Alla kraven kommer inte att följas upp. Om vi säger såhär, vi ska ju försöka hämta data ur våra system och då får vi försöka begränsa oss.

Flera respondenter i intervjustudien menar emellertid att trots avsaknaden av kontinuerlig kontraktsuppföljning fyller kontraktet en funktion, de fungerar som referensdokument när något går fel. Detta resonemang bygger dock på ett reaktivt styrningssätt, det vill säga att man agerar först när brister redan påträffats. För att en sådan strategi ska kunna verka kvalitetshöjande krävs att vårdgivare som brister i att uppfylla kraven sanktioneras på ett sätt som leder till förändring och förbättring. Här visar dock resultaten att sanktioner inte används i någon större utsträckning när kontraktens mål inte uppnås, varken inom specialistsjukvården eller inom äldreomsorgen (Winblad, Mankell & Olsson, 2015; Winblad, Mankell & Olsson, kommande).

Att själva kontraktet tycks spela en sådan liten roll i det praktiska uppföljningsarbete man utför, och att vissa delar av kontraktet inte kan följas upp på grund av för vagt formulerade krav, blir i längden problematiskt. Kontraktet som styrningsverktyg riskerar att bli verkningslöst och politikerna vet inte om det som beställts verkligen har utförts.

KVALITETSSÄKRING GENOM VAL AV UTFÖRARE

I och med införandet av valfrihetssystem enligt LOV tillkom en ny form av kvalitetssäkrande mekanism inom den svenska vård och omsorgen: brukare och patienter kan numera rösta med fötterna och välja bort vårdgivare som man inte är nöjd med. Kvalitetssäkring i form av val av utförare innebär således att brukare och patienter genom sina val avgör vad som är bra respektive dålig kvalitet i verksamheten. Konceptuellt diskuteras denna kvalitetssäkringsmekanism ofta utifrån Hirschmans (1970) teori om *exit* och *voice*, och omnämns ofta som den s.k. *choice*-diskursen. Enligt Hirschman kan patienter och brukares missnöje

med en organisation eller en tjänst ta sig uttryck på två sätt; antingen använder brukaren sin röst och framställer klagomål direkt till organisationen (voice), eller så visar brukaren sitt missnöje genom att söka sig vidare och lämna organisationen (exit). Möjligheten att bli vald – eller risken att bli bortvald – skapar incitament för utförare att höja kvaliteten i verksamheten. De utförare som inte väljs erhåller inga resurser och slås därmed ut från marknaden, varvid endast utförare med god kvalitet återstår. I denna modell är således kvalitetsäkringsansvaret överfört till medborgarna.

Denna typ av kvalitetssäkring kräver dock att ett antal förutsättningar är uppfyllda för att fungera; att det finns en fungerande konkurrens mellan olika utförare i området; att det finns information om de olika valalternativen tillgänglig för patienter och brukare; att patienter och brukare har faktisk möjlighet att ta till sig sådan information; och att patienten själv känner till sina preferenser och kan artikulera dem i mötet med vårdgivaren (Le Grand 2009; Moberg, Winblad & Blomqvist kommande). I följande avsnitt kommer var och ett av dessa kriterier studeras noggrannare utifrån den aktuella forskningen på området.

För att individens val i teorin ska fungera kvalitetssäkrande krävs att det finns en *fungerande konkurrens* mellan vårdgivare. Enligt Julian Le Grand, som är en tongivande forskare inom valfrihetsforskningen, krävs flera konkurrerande vårdgivare för att den väljande individen ska kunna påverka kvaliteten utifrån dennes preferenser. Därtill krävs även att nya aktörer lätt ska kunna etablera sig på marknaden och att aktörer som inte håller måttet lätt tvingas lämna marknaden. Le Grand går så långt som att säga att så länge det finns en fungerande mekanism på plats för att garantera en kännbar kostnad för lågkvalitativa vårdgivare som missköter sig, behövs inte någon ytterligare kvalitetssäkringsverksamhet (Le Grand & Bartlett 1993; Le Grand 2009). En perfekt marknad är dock bara ett ideal. I ett land som Sverige, där skillnaderna mellan stad och landsbygd är påtaglig, finns svaga incitament för privata utförare att etablera sig överallt. Konkurrensverket har visat att befolkningstäthet är den viktigaste faktorn för var privata vårdgivare etablerar sig inom primärvården (Konkurrensverket 2014). De nyetablerade privata utförarna inom äldreomsorg återfinns främst i storstadsområden (Winblad & Isaksson 2013). Hur många utförare av en tjänst det krävs inom en region för att man ska kunna tala om en 'fungerande konkurrens' är givetvis en bedömningsfråga; det är rimligt att anta att det krävs fler än två, gärna mer än en handfull. I områden med ett lågt antal utförare är valmöjligheterna begränsade vilket sätter valet som kvalitetssäkringsmekanism ur spel. Ett andra problem med få aktörer är risken för oligopol på marknaden. Få och större företag är mindre känsliga för att bli bortvalda och brukare och patienters val blir därför mindre viktiga när det gäller att påverka kvaliteten. En ytterligare viktig förutsättning för att konkurrensmekanismen ska fungera korrekt och rättvist är att individen gör ett rationellt

val av utförare. För att ha möjlighet till detta är *information om valalternativen* en grundförutsättning. Detta är något som kräver ett stort förberedande arbete inför införandet av ett valfrihetssystem. För att skapa användbar information krävs att verksamheten blir transparent genom att den mäts, bedöms och jämförs. Enligt Le Grand (2009) ger närvaron av informationen även incitament för verksamheten att höja kvaliteten. Omfattande jämförande register, så som det svenska systemet med Öppna jämförelser, har skapats i flera länder för att möjliggöra informerade val (Victoor et al. 2012).

De som konsumerar vård, och kanske framför allt omsorg, är sällan en röststark grupp. För att informerade val ska komma till stånd, krävs exempelvis att kommuner och landsting avsätter resurser för att skapa den informationsmässiga infrastruktur som krävs och se till att information är lättillgänglig även för personer med exempelvis kognitiv nedsättning eller ett annat modersmål. Förutom infrastrukturen kring information är självklart innehållet väsentligt. I en ny studie av Moberg och kollegor (2015) undersöks den webbaserade information som äldre får inför val av hemtjänstutförare. Moberg visar på allvarliga brister med avseende på den information som förmedlas till brukare inom äldreomsorgen. Informationen om utförarna är förvisso ofta utformad på ett begripligt sätt, men brukarna saknar möjlighet att jämföra hemtjänstutförarna på ett systematiskt sätt. Värre är att endast två av de 22 undersökta kvalitetsparametrarna (att brukaren *erbjuds kontaktperson*, samt *vilket språk* hemtjänstutföraren talar) presenteras på ett godtagbart sätt på kommunernas hemsidor. Sannolikt kan dessa resultat delvis förklaras med svårigheten att konkretisera och konceptualisera dessa mjuka omsorgstjänster. Svårigheterna att göra informerade val är desamma för primärvårdens patienter. Det saknas i stort sett information om kliniska resultatmått på landstingens hemsidor, och den tillgängliga informationen rör uteslutande serviceaspekter såsom tillgänglighet och öppettider vilket ger en begränsad bild av kvaliteten (Winblad, Hopfgarten & Andersson 2011). Den bristfälligt förmedlade information skapar svårigheter för brukare och patienter att välja vårdgivare med avseende på kvalitet.

Det räcker emellertid inte med att tillgängliggöra kvalitetsinformation om de olika utförarna av tjänsten. Huruvida patienter eller brukare *faktiskt baserar sina val på informationen* är en helt annan fråga. Vilken roll information spelar för ett val kan avgöras av allt från att man som brukare eller patient är passiv i sitt val och inte vill tillgodogöra sig den information, till att man inte har tillräckliga grundkunskaper, språkkunskaper eller kognitiva förmågor för att förstå informationen som förmedlas. Flera internationella studier visar att information om kvalitet på tjänsten inte nödvändigtvis utgör den främsta grunden för brukare och patienters val. Exempelvis förlitar sig istället många på rykten eller rekommendationer från exempelvis allmänläkare eller familj och vänner (Lako & Rosenau, 2009; Tummers, Jilke, & Van de Walle, 2013; Victoor et al., 2012). Farhågan att resurssvaga patienter och brukare utnyttjar valfriheten

i lägre utsträckning och därmed inte får ta del av valfrihetens positiva effekter har stöd i den internationella forskningen. Exempelvis visar flera studier att äldre personer i avsevärt lägre utsträckning är benägna att göra aktiva val av vårdgivare (Berkelmans et al. 2010). Meinow och kollegor (2011) fann i en studie av äldres förståelse av och tillgång till information om äldreomsorgsgivare, att en majoritet av respondenterna hade svårigheter att använda sig av informationen. Det finns också ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och i vilken grad som patienter gör aktiva val av vårdgivare, dvs. högt utbildade gör detta i större utsträckning (Fotaki et al. 2008; Vrangbaek et al. 2007; Berkelmans et al. 2010). Dessa socioekonomiska skillnaders påverkan på det informerade valet riskerar att äventyra kvalitetssäkringsmekanismen, men utgör också ett hinder för målet om jämlik vård (Fredriksson, Blomqvist & Winblad 2013; Zigante 2011).

För att göra ett val krävs inte bara information, möjlighet och vilja att ta till sig informationen. Det är även centralt att patienten eller brukaren har tillräckligt stor *självkännedom*, dvs. att denne vet vad de egna önskemålen är och vad han eller hon behöver få ut av vården, eller åtminstone av valet av utförare. Inom just specialiserad sjukvård och social omsorg är det särskilt problematiskt, eftersom väljarna i dessa sammanhang ofta är svaga och sjuka på olika sätt (Meinow, Parker & Thorslund 2011; Greve 2003; Baxter & Glendinning 2013). Glendinning (2008) menar emellertid att valmöjligheter inom just social omsorg är särskilt viktiga, eftersom det präglar hela brukarens liv under en lång period. Flera studier vittnar trots detta om en minskad vilja att göra aktiva val bland dessa svagare grupper, som på grund av en omfattande vårdkonsumtion ofta har fler och upprepade val att göra (Moffatt et al. 2012; Meinow, Parker & Thorslund 2011).

Sammanfattningsvis kan sägas att en kvalitetssäkringsmekanism som baseras på brukarens eller patientens val utgår från premissen om en fungerande marknad och individens förmåga till rationella val. Som har framgått i detta avsnitt finns omfattande forskning som illustrerar inneboende konflikter i samtliga de förutsättningar som antas vara nödvändiga för att systemet ska leverera kvalitativ och jämlik vård genom brukares val av utförare. Sannolikt finns även många exempel där förutsättningarna finns på plats, men kritiken som framförts pekar på flera inneboende systemfel som komplicerar valfrihetssystemens roll som kvalitetssäkringsmekanism.

KVALITETSSÄKRING GENOM BYTE AV UTFÖRARE

Ett valfrihetssystem ger inte bara möjligheter för brukare och patienter att välja utförare, det tillåter även *byte* av utförare, dvs. *omval*. Kvalitetssäkring genom val och omval bygger alltså på samma mekanism, dvs. att konkurrens om patienter eller brukare leder till bättre kvalitet. Man kan därför säga att val och omval är två varianter av samma exit-mekanism. Däremot finns stora

skillnader mellan de olika valsituationerna, som också kan sägas påverka hur väl de påverkar vårdens kvalitet.

Omvalet utgör på så vis en fjärde kvalitetssäkringsmekanism, som till viss del skiljer sig från det första valet, eftersom det skapar ytterligare en möjlighet för individen att utkräva ansvar och för utförare att anpassa sig efter individens önskemål. Risken att förlora missnöjda brukare och patienter antas leda till att utförare strävar efter att hålla en hög kvalitet. Denna lyhörddhet gentemot brukarnas önskemål och krav benämns inom forskningen för *responsiveness* (De Silva 2000).

I alla valsituationer gör brukaren eller patienten ett första val av utförare – antingen aktivt eller passivt. Det finns dock en risk att brukare och patienter gör sitt första val utan någon specifik kunskap eller orsak. Kanske är de inte särskilt intresserade av själva valet eller så vet de inte hur de ska agera för att ta del av information för att kunna jämföra utförare. Däremot är de som *byter bort* en utförare som de tidigare har valt, sannolikt mer motiverade att göra ett mer informerat val. Detta antagande bygger på att dessa personer har skaffat sig erfarenhet av tjänsten som de eventuellt inte hade innan sitt första val – detta gäller särskilt inom äldreomsorgen. Därmed vet de i högre grad vad de önskar sig av en utförare. Ett omval kan därför i flera avseenden anses vara mer välgrundat och därför anses ge bättre information om verksamhetens kvalitet.

Med utgångspunkt i valfrihetssystemens teoretiska grund, det vill säga Hirschmans teorier om *exit*, finns emellertid flera faktorer som komplicerar omvalets betydelse som kvalitetssäkringsmekanism. En brist i Hirschmans teoribildning är antagandet att företag (i sammanhanget vårdgivare) får tydliga signaler om att förändra sitt beteende när kunder försvinner. Det är utifrån författarens resonemang oklart hur denna feedback-mekanism ser ut eller fungerar. Hur tar ett företag till exempel reda på vad patienter och brukare är missnöjda med, när de redan lämnat organisationen? Egger de Campo (2007) påpekar också att företagets beteende inte alltid är nyttomaximerande då man har andra faktorer att ta hänsyn till, exempelvis personalpolitik och interna rutiner. För ett större företag får brukare och patienters omval inte heller lika stora effekter som för ett mindre företag, vilket gör *exit*-mekanismen mindre verksam. En annan kritisk invändning är att Hirschman enbart diskuterar begreppet "exit" i meningen "avstå" eller "välja bort". Ofta handlar val om att välja i positiv bemärkelse. Ett utträde ur en organisation behöver inte hänga samman med att verksamheten inte uppfyller konsumentens krav, utan kan också bero på en förhoppning om ännu högre kvalitet någon annanstans. Ett omval kan också grunda sig i faktorer som inte har med vårdens kvalitet att göra utan snarare med praktiska omständigheter: en patient som flyttar och därmed byter till en vårdcentral som ligger närmare det nya hemmet eller arbetsplatsen, har säkerligen inte baserat sitt val på kvalitetsaspekter utan snarare på närhet.

Sammanfattningsvis är det därför svårt att utgå från att val och omval kan sägas utgöra en kvalitetssäkrande mekanism.

Att stanna kvar hos den vård- eller omsorgsgivare som valts ses i teorin också som ett tecken på kvalitet och nöjdhet, något som behöver problematiseras ytterligare. Det finns mycket forskning som visar att det finns många andra skäl till varför man inte byter utförare (se t.ex. Vabø 2006; Egger de Campo 2007). Utträde inom tjänstesektorn är ofta förbundet med stora transaktionskostnader som försvårar för medborgaren att nyttja denna påverkanskanal. Både av lojalitet och av praktiska skäl byter man inte hur som helst bort en person eller organisation till vilken man har upparbetat en relation (Glendinning 2008; Fotaki 2013). Dessutom kan det vara obehagligt att konfrontera en läkare eller en hemtjänstutförare med ett eventuellt byte. Att byta enhet kan också vara tidskrävande, exempelvis att informera en ny läkare om hela den medicinska historiken. Den allvarligaste invändningen mot exit är dock att det råder en stor informationsasymmetri som gör det svårt för medborgaren att veta om och på vilket sätt det nya alternativet är bättre än det gamla. Rent teoretiskt finns alltså viktiga poänger med omval som en kvalitetssäkrande mekanism, som dessutom kompletterar det första valet på flera områden. I praktiken är omvalet dock inte okomplicerat, då det finns många situationer som kan hindra brukare och patienter från att byta utförare när de är missnöjda.

Om man istället ser till den empiriska forskningen kring omvalet, finns det flera studier som visar på att omval är mycket ovanligt inom svensk vård- och omsorg (Winblad, Andersson & Isaksson 2009; KPMG 2009; Socialstyrelsen 2015b). En ny svensk enkätstudie, riktad till samtliga kommuner med valfrihetssystem, har undersökt hur många brukare som gjorde ett aktivt första val, respektive omval inom den svenska äldreomsorgen, under 2013. Resultaten visar på att medan majoriteten gör ett aktivt första val, är det mycket ovanligt att brukare senare *byter* utförare. Av de tillfrågade kommunerna uppskattade 40 % av kommunerna att ingen brukare har bytt utförare under året. Restande kommuner uppskattar att andelen brukare som byter utförare ligger på 1–5 %. I kommentarerna i enkäten anger dessutom flera kommuner att den absoluta majoriteten av deras brukare väljer kommunen som utförare, samt att det inom många kommuner bara finns en eller ett par externa utförare (Winblad, Mankell & Olsson, kommande). Enkätstudiens resultat visar därmed att de förutsättningar som stipulerats ovan för ett fungerande exit-system inte uppfylls på många håll i landet. Viktigt att understryka är dock att det centrala i ett exit-system inte är själva bytet av utförare, utan att omvalet faktiskt också grundar sig i ett missnöje. Motiven bakom ett omval är ofta svåra att få information kring. Mot bakgrund av forskningen rörande svaga patienters och brukares svårigheter att välja och välja om, i kombination med det mycket låga antalet omval som gjorts inom ramen för de upprättade valfrihetssystemen, kan man dock dra slutsatsen att omvalet inte är en stark kvalitetssäkrande mekanism.

Sammanfattningsvis kan omval å ena sidan sägas vara en mer effektiv kvalitetsäkringsmekanism än det första, initiala valet, på grund av att sannolikheten att individerna gör ett mer informerat val är högre. Å andra sidan krävs fortfarande att ett antal konkurrensmässiga förutsättningar finns på plats. Flera studier visar emellertid att mycket få patienter och brukare faktiskt använder möjligheten att byta utförare. Som ett sätt att kvalitetssäkra vården är omvalet därför en mycket svag mekanism, vilket ytterligare belyser kommuner och landstings ansvar för att säkerställa kvaliteten i omsorgen på andra sätt.

Sammanfattande diskussion

Effekterna av den pågående privatiseringen och införandet av det fria vårdvalet inom vård och omsorg är en angelägen fråga för både patienter, vårdpersonal och samhället som helhet. En central fråga är om det är möjligt att kombinera ett välfärdsystem med hög grad av valfrihet och privata alternativ och samtidigt bibehålla en högkvalitativ vård och omsorg. Syftet med denna artikel var att undersöka om de övergripande kvalitetssäkringsmekanismer som finns inbyggda i privatiserings- och valfrihetsmodellerna skapar förutsättningar för att följa upp kvaliteten hos privata utförare i sjukvård och äldreomsorg. Att undersöka Sverige i detta sammanhang är särskilt intressant eftersom Sverige på kort tid har gått till ett system med fri etablering av privata aktörer och stor valfrihet för medborgarna samtidigt som man värnar om en universell, jämlik och högkvalitativ välfärd. Genom att studera Sverige ges unika insikter i hur väl en välfärdsstat hanterar detta spänningsförhållande. Vad vi känner till finns få, eller inga undersökningar, som på ett systematiskt sätt studerat kvalitetssäkringsmekanismerna i de nya privatiseringsreformerna. Därmed kan vår egen studie ge ett viktigt bidrag även till den mer övergripande forskningen om contracting, kvasimarknader, och kvalitetsuppföljning.

Även om fler och fler privata vårdgivare tillkommit under senare år är lagstiftningen tydlig på att kommuner och landsting fortfarande är ansvariga för att upprätthålla en god vård och omsorg för sina medborgare, oavsett om driften är privat eller offentlig. Uppföljningsansvaret har inte delegerats utan åligger fortfarande den lokala nivån, dvs. kommuner och landsting. I artikeln visar vi att förutsättningarna för den traditionella styrningsrelationen i praktiken har förändras och att kontrollen över de privata verksamheterna främst utförs ”på en armlängds avstånd”. När det gäller den upphandlade vården, där utförare kontrakteras, sker kvalitetsgranskningen främst genom att kommun eller landsting formulerar kvalitetskrav och följer upp kontrakt.

Artikeln visar vidare att internationell forskning om den offentligt organiserade kvalitetsstyrningen vittnar om stora svårigheter inom just vård- och omsorgssektorn. Utmaningarna när det gäller själva kontrakteringen ligger främst i: (1) tjänsternas komplexa och personnära karaktär som gör det svårt

att på förhand fastställa deras exakta innehåll; (2) svårigheterna för beställarna att precisera vilka resultat utföraren förväntas uppnå; samt (3) att hitta uppföljningsbara kvalitetsindikatorer. Att på förhand definiera "mjuka" tjänsters exakta innehåll och formulera krav som går att mäta resultatet av, menar många är principiellt omöjligt. Detta har även våra egna studier av både äldreomsorg och sjukvård belagt, där vi ser att kontrakten inte bara är mycket vagt formulerade utan också ofta misslyckas med att formulera vilket utfall som önskas av vården. Dessa problem leder i sin tur till svårigheter med att kontrollera att kontraktet i realiteten efterlevs och att den kvalitet beställaren begär också levereras. De vaga kontrakten försvårar ansvarsutkrävandet och kräver en tydlig och kontinuerlig kontroll, något som våra studier visat inte finns på plats – särskilt inom äldreomsorgen där kontrakten är vagast formulerade. Det kan alltså ifrågasättas hur väl kommuner och landsting har kontroll över sina ansvarsområden.

På senare år har valfrihetssystem lanserats brett i många kommuner och landsting. I och med detta har ytterligare en kvalitetsäkringsmekanism introducerats, nämligen den som aktiveras genom medborgarnas val och omval av utförare. Tanken är att de nyligen införda valfrihetssystemen ska fungera som ett slags patient- eller brukarcentrerat komplement till kontraktstyrningens kvalitetssäkring. Genom sina val och omval väljer patienter och brukare bort de utförare som man är missnöjda med. På detta sätt skickas signaler till systemet hur resursfördelningen bör se ut och ett slags "självsanering" sker där sämre utförare faller bort och de med bättre kvalitet blir kvar på marknaden. För att valfrihet ska leda till de önskade kvalitetshöjande effekterna krävs emellertid att medborgarna gör rationella, välinformerade val. Flera studier, både svenska och internationella, visar dock att brukare och patienter tenderar att följa en annan typ av rationalitet när de väljer, än den där målet är just kvalitet. Att valen sällan är välinformerade verkar ha både strukturella och individuella skäl. De strukturella faktorerna utgörs exempelvis av bristen på konkurrens mellan utförare. På många håll i landet har det helt enkelt inte etablerat sig tillräckligt många utförare. De individuella faktorerna utgörs främst av individens egna hinder för att göra ett informerat val, exempelvis sjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga. Att byta utförare är något som i teorin skulle kunna signalera missnöje på ett tydligt vis till utföraren. Även bristen på omval kan sannolikt förklaras med bristande konkurrens, men också med brukarens eller patientens lojalitet till vårdgivaren som blir särskilt viktig i patientens utsatta position. Valfrihetssystemet inom äldreomsorgen verkar i realiteten innebära att brukare och patienter gör ett *första* val, och sedan nöjer sig med den utförare man har valt. Det kan naturligtvis vara så att brukarna är nöjda med sitt första val och därför inte nyttjar sin rätt att välja om. Men, det kan också röra sig om en alltför hög tröskel för en äldre eller sjuk person att fatta beslut om att byta vårdgivare.

Samtliga mekanismer lider således av brister både i teoretiskt och praktiskt avseende. Genomgången i artikeln visar att brister förekommer på alla nivåer av kvalitetssäkringssystemet inom vård- och omsorg. Med detta sagt avger självklart dessa system vissa signaler som inte helt ska förkastas. Kontrakten ger företagen en riktning att driva verksamheten i och beställarnas uppföljningsarbete fångar upp flera av företagen som missköter sig. Det kvarstår emellertid en principiell problematik när vi ser att det, rent teoretiskt, förekommer inneborende motsägelser i varje kvalitetssäkringsmekanism. Om dessa system inte fungerar i teorin är frågan hur vi kan lita på att de fungerar i praktiken?

Kanske är det inte så farligt om uppföljningen av kontrakt eller patientens val inte fungerar då kommunerna kan kompensera detta med egna, lokala uppföljningar som inte baseras på själva kontrakten. Från en pågående studie vet vi dock att de flesta kommuner utför egna uppföljningar men att dessa ofta har brister och är tämligen osystematiska. Vad vi sett föreligger inga direkta skillnader beroende på politisk färg, däremot tycks storlek på kommunen spela roll, då storstäderna ofta har mer avancerade uppföljningsmodeller (Winblad, Mankell & Olsson, kommande). Här finns ett tydligt behov av mer forskning kring kopplingen mellan de generella kvalitetssäkringsmekanismer som vi diskuterat och hur de kan komplettera kommunernas och landstingens egna lokala uppföljningsmodeller.

En annan invändning som man kan ha mot resultaten presenterade i denna artikel är att de politiska motiv som ligger bakom privatiseringsreformerna i respektive kommun och landsting kanske har större betydelse för hur kvaliteten säkras och följs upp, än de generella mekanismer vi undersökt här. Om de verkliga motiven bakom privatiseringen handlar om kostnadsbesparingar eller en avpolitiserings av välfärdstjänsterna kan detta i sig förklara det låga intresset för kontraktsuppföljning, snarare än att det beror på att mekanismerna brister. Vi kan inte utifrån studiens design uttala oss om huruvida så är fallet, vi vet helt enkelt inget om kommunernas verkliga motiv. Däremot vill vi argumentera för att det finns en tydlig nationell lagstiftning på området – främst i form av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen – som stipulerar att verksamheten ska följas upp av kommuner och landsting för att försäkra sig om att medborgarna får en högkvalitativ vård och omsorg. Av denna anledning blir de generella mekanismerna fortfarande betydelsefulla.

Sammanfattningsvis indikerar resultaten i denna artikel att de nuvarande sätten att kvalitetssäkra svensk välfärd har tydliga brister, när verksamheterna utförs av privata aktörer. Vi har visat att verksamheter styrs utifrån vaga kontrakt och inte heller följs upp på ett tillfredsställande vis. Detta leder till att det inte går att avgöra huruvida privata utförare fullföljer sitt uppdrag. Även när man låter medborgarnas val stå som en garant för att verksamheten håller en tillräckligt hög kvalitet blir kvalitetssäkringen osäker. Sammantaget riskerar detta att ett demokratiskt underskott uppstår, i så mån att svenska medborgare

inte kan garanteras att den vård och omsorg man betalar för håller den kvalitet som har utlovats.

Referenser

- Almqvist, R., 2001. "Management by Contract": A Study of Programmatic and Technological Aspects", *Public Administration*, 79(3), pp. 689–706.
- Amirkhanyan, a. a., Kim, H.J. & Lambright, K.T., 2012. "Closer Than "Arms Length": Understanding the Factors Associated With Collaborative Contracting", *The American Review of Public Administration*, 42(3), pp. 341–366.
- Anell, A., Nylinder, P. & Glenngård, A.H., 2012. *Vårdval i primärvården – jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: SKL.
- Baxter, K. & Glendinning, C., 2013. "The role of emotions in the process of making choices about welfare services: the experiences of disabled people in England", *Social Policy and Society*, 12, pp. 439–450. Available at: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1474746413000055.
- Behn, R.D. & Kant, P. A., 1999. "Strategies for avoiding the pitfalls of performance contracting", *Public Productivity & Management Review*, 22(4), pp. 470–489.
- Berkelmans, P.G.J. et al., 2010. "Characteristics of general practice care: what do senior citizens value? A qualitative study", *BMC geriatrics*, 10(1), p. 80. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77958602925&partnerID=tZOtx3y1>.
- Blank, J.L. & Eggink, E., 2001. "A quality-adjusted cost function in a regulated industry: the case of Dutch nursing homes", *Health care management science*, 4(3), pp. 201–11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11519846>.
- Blomqvist, P., 2007. *Vem styr vården? : organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Blomqvist, P. & Rothstein, B., 2008. *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.
- Blomqvist, P. & Winblad, U., 2013. "Monitoring quality in Elder Care: The Swedish Case." Paper presented at the IRSPM XVII, Pressured Professionals, Public Professionalism in Turbulent times. In Prague.
- Brown, T.L., Potoski, M. & Van Slyke, D.M., 2007. "Trust and contract completeness in the public sector", *Local Government Studies*, 33(4), pp. 607–623.
- Chalmers, J. & Davis, G., 2001. "Rediscovering implementation: Public sector contracting and human services", *Australian Journal of Public Administration*, 60(2)(June), pp. 74–85. Available at: <Go to ISI>://000169581800009.
- Dahlgren, G., 2008. "Neoliberal Reforms in Swedish Primary Health Care: For Whom and for What Purpose?" *International Journal of Health Services*, 38(4), 697–715. <http://doi.org/10.2190/HS.38.4.g>
- Donabedian, A., 1966. "Evaluating the quality of medical care", *The Milbank quarterly*, 83(4), pp. 691–729. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690293&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Donabedian, A., 1988. "The Quality of Care How Can It Be Assessed?", *Jama*, 260.12: 1743–1748.
- Egger de Campo, M., 2007. "Exit and voice: An investigation of care service users in Austria, Belgium, Italy, and Northern Ireland", *European Journal of Ageing*, 4, pp. 59–69.

- Fotaki, M. et al., 2008. "What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications", *Journal of health services research & policy*, 13(3), pp. 178–184.
- Fotaki, M., 2013. "Why Even the Logic of Re-Defined Choice May Still Contradict the Logic of Care in Public Health Systems?", *Int J Health Policy Manag*, 1(3), pp. 243–244. Available at: http://www.ijhpm.com/article_2779_584.html.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P. & Winblad, U., 2013. "The trade-off between choice and equity: Swedish policymakers' arguments when introducing patient choice.", *Journal of European Social Policy*, 23(2), pp. 192–209. Available at: <http://esp.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0958928712463158> [Accessed August 14, 2013].
- Glendinning, C., 2008. "Increasing choice and control for older and disabled people: A critical review of new developments in England", *Social Policy and Administration*, 42, pp. 451–469.
- Le Grand, J., 2009. "Choice and competition in publicly funded health care", *Health economics, policy, and law*, 4(Pt 4), pp. 479–88.
- Le Grand, J. & Bartlett, W., 1993. "Quasi-markets and social policy", *Society, Royal Economic Journal, The Economic*, 101(408), pp. 1256–1267.
- Greve, B., 2003. "When is Choice Possible in Social Security", *European Journal of Social Security*, 5(4).
- Harrison, M. I., & Calltorp, J., 2000. "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care", *Health Policy*, 50(3), 219–40.
- Hart, O., 2003. "Incomplete contracts and public ownership: remarks, and an applicaiton to public private partnerships", *The Economic Journal*, 113 (March), pp. 69–76.
- Hirschman, A., 1970. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press. Available at: <http://www.citeulike.org/group/2546/article/801087> [Accessed November 27, 2015].
- Holmström, B., 1989. "Agency Costs and Innovation", *Journal of Economic Behavior and Organization*, 12 (1989), pp. 305–327.
- Jönson, H., 2014. "Framing scandalous nursing home care: what is the problem?", *Ageing and Society* (December 2014). Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84914166101&partnerID=40&md5=3296b34793e58c4bdd01940007db32d9>.
- Kettl, D.F., 1993. *Sharing power: Public governance and private markets*. Brookings Institution Press. Available at: <https://www.google.com/books?hl=sv&lr=&id=SC5doqr16r1C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Sharing+Power:+Public+Governance+and+Private+Markets&ots=StHLPiM1iM&sig=on87srd19OeZZpyoXjolWoeClls> [Accessed November 27, 2015].
- Konkurrensverket, 2014. *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*. Stockholm: Konkurrensverket.
- KPMG, 2009. *Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården*. Stockholm: Konkurrensverket.
- Lako, C.J. & Rosenau, P., 2009. "Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: Results from a survey into hospital choice" *Health Care Analysis*, 17(1), pp. 20–35.
- Levy, C. & Waks, C., 2006. *Stråvan efter transparens: granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag. Available at: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:111187> [Accessed November 27, 2015].

- Lindgren, L., 2014. *Nya Utvärderingsmonstret – Om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.
- Meinow, B., Parker, M.G. & Thorslund, M., 2011. "Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice", *Social Science and Medicine*, 73(9), pp. 1285–1289.
- Moberg, L., Blomqvist, P. & Winblad, U., kommande. "The importance of Quality Information in a System with User Choice", *European Journal of Social Policy*.
- Moffatt, S. et al., 2012. "Choice, consumerism and devolution: growing old in the welfare state(s) of Scotland, Wales and England", *Ageing and Society*, 32, pp. 725–746.
- Plant, R., 2003. "A Public Service Ethic and Political Accountability", *Parliamentary Affairs*, 56(4), pp.560–579.
- Power, M., 1999. *The audit society: Rituals of verification*. Oxford: OUP Oxford.
- Proposition 1992/93 43, 1992. *Regeringens proposition – Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*. Stockholm: Civildepartementet.
- Proposition 2008/09:29, 2008. *Regeringens proposition – Lag om valfrihetssystem*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2008/09:74, 2008. *Regeringens proposition – Vårdval i primärvården*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Riksrevisionen, 2014. *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan*. Rapport. Stockholm.
- Romzek, B.S. & Johnston, J.M., 2005. "State Social Services Contracting : Exploring the Determinants of Effective Contract Accountability", *Administration & Society*. 40(2) pp. 115–146.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2007:1091. *Lag om offentlig upphandling*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2008:962. *Lag om valfrihet (LOV)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- De Silva, A., 2000. "A Framework For Measuring Responsiveness". In *World Health Organisation GPE Discussion Paper Series: No. 32*. p. 42.
- SKL, 2015. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014*. Available at: https://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik_ekonomi/verksamhet_och_ekonomi_i_landsting_och_regioner/verksamhet-och-ekonomi-2011.
- Van Slyke, D.M., 2003. "The Mythology of Privatization in Contracting for Social Services", *Public Administration Review*, 63(3), pp. 296–315. Available at: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/1540-6210.00291>.
- Socialstyrelsen, 2015a. *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2014. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999. *Ledning för kvalitet i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2015b. *Stimulansbidrag LOV Slutrapport 2011–2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2008:15, 2008. *LOV att välja – Lag om valfrihetssystem. Betänkande av Frittvalutredningen*. Stockholm.

- Tummers, L.G., Gilke, S.R. & Van de Walle, S., 2013. "Citizens in Charge? Reviewing the Background and Value of Introducing Choice and Competition in Public Services", *Public Administration Reformation: Market Demand from Public Organizations*, pp. 9–27.
- Vabø, M., 2006. "Caring for People or Caring for Proxy Consumers?", *European Societies*, 8(3), pp. 403–422. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616690600821990>.
- Victoor, A. et al., 2012. "Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review", *BMC Health Services Research*, 12(1), p. 272.
- Victoor, A., Friele, R.D., et al., 2012. "Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews", *BMC health services research*, 12(1), p. 441.
- Vrangbaek, K. et al., 2007. "Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden", *Health economics, policy, and law*, 2(Pt 2), pp. 125–52. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18634659> [Accessed August 14, 2013].
- Winblad, U., Isaksson, D., Josefsson, K. & Olsson, F., 2014. *Kvalitetskrav i valfrihetssystem – en analys av förfrågningsunderlag för hemtjänst*. Stockholm: SKL.
- Winblad, U., Andersson, C. & Isaksson, D., 2009. *Kundval i äldreomsorgen – Erfarenheter av information och uppföljning*. Stockholm: SKL.
- Winblad, U., & Andersson, C., 2011. *Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Winblad, U. & Isaksson, D., 2013. "Geografisk närhet som en förklaring till privatisering", i H. Jordahl, (red.), *Välfärdstjänster i privat regi. Framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag, pp. 121–144.
- Winblad, U., Mankell, A. & Olsson, F., 2015. *Vårdval inom specialistsjukvården – vilka krav ställer landstingen på vårdgivarna?* Stockholm: SKL.
- Winblad, U., Mankell, A. & Olsson, F., kommande. *Uppföljning av äldreomsorg på individ- och verksamhetsnivå – vad gör kommunerna?* Stockholm: SKL.
- Zigante, V., 2011. "Assessing Welfare Effects of the European Choice Agenda: The case of health care in the United Kingdom", *LSE Europe in Question Discussion Paper Series*, (35).