Januari 2013

Stora möjligheter att stärka kvaliteten i äldreomsorgen genom bättre upphandlingar

Hur värderar kommuner kvalitet vid upphandling av särskilt boende?

almega Vårdföretagarna almega Friskolornas riksförbund SVENSKT NÄRINGSLIV

En rapport från Framtidens vård, skola, omsorg

För att kunna fortsätta utveckla välfärden krävs mer systematiska metoder för att arbeta med kvalitet. Vi behöver bli bättre på att mäta, jämföra, utvärdera och åtgärda. Därför driver Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund det gemensamma programmet Framtidens vård, skola, omsorg som ska syfta till att stärka och vidareutveckla kvalitetsarbetet och kvaliteten inom välfärden.

Inom programmet arbetar man med tre huvudspår:
- Kvalitetsutveckling
- Innovation
- Utvecklade samhällskontrakt

För mer information om programmet kontakta Stig Orustfjord, projektchef, på stig.orustfjord@almega.se eller 070-269 91 40.

Denna rapport är framtagen av Health Navigator.

HealthNavigator

Förord

Dagens särskilda boenden för äldre skiljer sig från gårdagens ålderdomshem: delvis tack vare utvecklad hemtjänst kan äldre bo hemma längre, vilket inneburit att äldre på särskilda boenden är betydligt äldre och sjukare än tidigare. De äldre är samtidigt i allmänhet nöjda med sin omsorg. Tydliga förbättringsområden finns dock; fall av vanvård förekommer fortfarande, och de äldre är mindre nöjda med t.ex. måltider och sociala aktiviteter. Arbetet med att utveckla kvalitet i äldreomsorgen försvåras av att det inte finns någon tydlig definition av *vad* kvalitet i äldreomsorgen innebär och *hur* den ska mätas.

Framöver kommer svensk äldreomsorg att ställas inför flera utmaningar: Ökade behov, ökade kostnader, stora rekryteringsbehov och högre krav från de äldre kommer att ställa stora krav på både effektivitet och kvalitet. För att de enskilda utförararna ska ges förutsättningar att bidra till att möta dessa utmaningar behöver de upphandlingar som görs av äldreomsorg styra mot kvalitet.

Mot denna bakgrund har vi låtit genomföra en studie av hur upphandlande kommuner styr mot kvalitet i upphandling av särskilda boenden. Studien har finanseriats av Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund, som en del i organisationernas tvååriga program för utvecklad kvalitet i välfärden. Health Navigator har genomfört studien och utarbetat denna rapport, och ansvarar för slutsatser och rekommendationer.

Studien visar att det finns mycket stora möjligheter för kommunerna att i ökad omfattning styra mot kvalitet i upphandlingar och därigenom skapa bättre förutsättningar för hög kvalitet i särskilda boenden. Det är vår förhoppning att denna rapport ska kunna tillföra ett faktaunderlag till diskussionen om upphandling och kvalitet, och att det ska kunna bidra till det viktiga arbetet med att utveckla kvaliteten i äldreomsorgen.

Vi vill tacka de personer från upphandlande kommuner och omsorgsföretag som bidragit i intervjuer och fokusgrupper.

Stockholm i december 2012

Anders Morin, Svenskt Näringsliv
Håkan Tenelius, Almega & Vårdföretagarna

Innehåll

1. Sammanfattning 6

2. Bakgrund: Svensk äldreomsorg är bra men kan bli bättre 9

Översikt över svensk äldreomsorg 9

Kvalitet i äldreomsorgen 12

Konkurrensutsättning och upphandling av särskilt boende 16

3. Undersökning: Kvalitet i upphandling av särskilda boenden för äldre 21

Syfte: Undersöka hur kommuner styr mot kvalitet i upphandling av särskilt boende, och identifiera förbättringsmöjligheter 21

Ansats: Systematisk genomgång av 70 upphandlingar av särskilda boenden 2011–2012 21

Resultat: Möjligt att öka fokus på kvalitet i upphandlingar 25

4. Diskussion: Det finns stora möjligheter att förbättra styrningen mot kvalitet i upphandlingar 39

Tydliggör upphandlingens syfte och ambitionsnivå 39

Förbättra styrningen mot kvalitet i upphandlingsförfarandet 40

Mät kvalitet och stärk incitament för ökad kvalitet under avtalsperioden 44

Referenser 50

1. Sammanfattning

Health Navigator har under hösten 2012 genomfört en studie av hur kommuner styr mot kvalitet i upphandling av särskilt boende för äldre. Syftet med studien har varit att identifiera möjligheter för kommuner att genom upphandling skapa bättre förutsättningar för ökad kvalitet för de boende. Studien har finanseriats av Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund.

På särskilda boenden bor idag våra sköraste äldre, och vistelsen på boendet utgör för många en kort period i slutet av livet. Enbart var sjunde person över 80 år bor permanent i ett särskilt boende, och av dem som bor i ett särskilt boende lider tre fjärdedelar av demens. I genomsnitt vistas de boende mindre än ett år på boendet innan de avlider.

I viss motsats till den bild av svensk äldreomsorg som under det senast året beskrivits i media visar kvalitetsundersökningar att äldre generellt är nöjda med sin omsorg. Nöjdheten hos äldre och deras närstående är särskilt stor vad gäller tryggheten i boendet, bemötande, vårdinsatser och boendemiljö, medan social samvaro och aktiviteter samt inflytande över vardagen får lägre betyg.

Ibland hörs uppfattningen att svensk äldreomsorg försämrats över tid. Eftersom strukturerade nationella mätningar av kvalitet finns först från de senaste åren är det svårt att uttala sig om hur kvaliteten varit tidigare. Det ökade fokus på kvalitet som setts under senare år, med utveckling, mätning och öppen redovisning av kvalitet, talar snarare för att kvaliteten kan ha ökat.

De flesta särskilda boenden drivs i kommunal regi. I en dryg tredjedel av Sveriges kommuner finns boenden som drivs i enskild regi, och totalt drivs ungefär var femte boendeplats av en enskild utförare. Socialstyrelsen drar i en analys av gjorda kvalitetsjämförelser slutsatsen att enskilda utförare håller en högre kvalitet vad gäller processmått (hur man arbetar), medan kommunala utförare är bättre vad gäller strukturmått (vilka resurser och strukturer som finns på plats). Att jämföra resultat – utfallet för de äldre – vore förstås mest relevant. Jämförelser av brukarnöjdhet visar motstridiga resultat, även om en tendens till en något större nöjdhet möjligen kan ses i boenden i enskild regi. Inga entydiga slutsatser kan dock dras i dagsläget, och jämförelser av kvalitetsutfall saknas tyvärr fortfarande i stor utsträckning.

Särskilda boenden för äldre (oavsett om de drivs i kommunal eller enskild regi) har i uppdrag att leverera den omsorg som beställs av kommunen. I syfte att identifiera förbättringsmöjligheter har vi genomfört en studie av hur kvalitet hanteras i upphandlingar av särskilda boenden. I studien har vi genomfört en systematisk genomgång av alla upphandlingar av särskilda boenden gjorda mellan januari 2011 och juni 2012, totalt 70 stycken. Studien omfattar inte upphandlingar enligt lagen om valfrihet (LOV) och inte hemtjänst. Vår genomgång visar att kommunerna har stora möjligheter att genom en tydligare styrning skapa förutsättningar för en

ytterligare förbättrad kvalitet i äldreomsorgen. Resultaten är i flera fall applicerbara på såväl kommunal som upphandlad verksamhet.

De områden där vi ser störst förbättringspotential innefattar:

Utvecklingsområde	Observationer och förbättringsmöjligheter
Säkerställ en basnivå, och förenkla och förtydliga upphandlingar	Dagens upphandlingsunderlag är mycket omfattande, ofta med flera hundra skall-krav på varierande nivå. Detta försvårar både för utförare och kommuner. Antalet skall-krav skulle kunna minskas, och krav skulle kunna standardiseras mellan kommuner. En gemensam standard skulle kunna användas som bas, och kommuner kan lägga till (eller dra ifrån) krav som de ser som särskilt viktiga. Detta skulle förenkla, och samtidigt garantera en viss basnivå. Det är samtidigt viktigt att kommuner har en realistisk bild av vilken ungefärlig ersättningsnivå en sådan basnivå kräver.
Ställ i högre grad krav på resultat istället för strukturer och processer	Färre än 10 procent av skall-kraven i upphandlingar av särskilda boenden berör idag resultat. Ett ökat fokus på (tidigare och framtida) resultat skulle kunna bidra till ökad kvalitet på flera sätt: utesluta olämpliga aktörer, skapa incitament för att hålla hög generell kvalitet, samt öka utrymme för innovation genom minskad detaljreglering. En förutsättning för ökad styrning mot resultat och utfall är att det finns tydliga och robusta mått på kvalitet. Krav på utfall bör också relateras till en tydlig utgångspunkt; hur har utfallet tidigare sett ut för olika kvalitetsparametrar vid detta boende?
Tydliggör upphandlingarnas syfte och ambitionsnivå	Vi har observerat att prisnivån för särskilda boenden varierar mellan kommuner. Vid jämförelse kommuner emellan ses ingen direkt koppling mellan kostnad och kvalitetsutfall så som det mäts i Öppna jämförelser. Vid jämförelse av olika enheter, där i många fall samma leverantör lägger anbud både vid hög och låg prisnivå, kan vi dock i den här undersökningen se en tydlig koppling mellan pris och vad leverantören erbjuder. Vad utförarna anser vara möjligt att leverera påverkas av om kommunen anger att de kommer att betala 1000 eller 1800 kronor per brukare och dygn. Olika möjligheter att leverera hög kvalitet vid olika prisnivåer bör beaktas.
Utveckla utvärderingsmodeller utifrån vald ambitionsnivå som stimulerar kvalitet	Efter att ha valt ambitionsnivå måste kommuner säkerställa att upphandlingsunderlaget reflekterar dessa ambitioner och styr mot önskat resultat. Vi har inte kunnat observera något samband mellan typen av upphandling (t.ex. prisupphandling eller kvalitetsupphandling) och pris. Istället kan en kommun nå en hög eller låg prisnivå (och därigenom indirekt ambitionsnivå för kvalitet) oavsett upphandlingstyp. I alla händelser är det viktigt att utformningen av upphandlingsunderlaget reflekterar kommunens ambitioner: Till exempel måste skall-kraven hålla en tillräckligt hög nivå vid prisupphandling där de kommer att avgöra nivån på den tjänst som erbjuds; det fasta priset måste vara tillräckligt högt vid kvalitetsupphandling där priset kommer att styra vilka tjänster som utförarna erbjuder; och kvalitet måste ges tillräckligt stor vikt vid pris-/kvalitetsupphandling där vikten kommer att att avgöra om kvalitet kan vinna över pris.
Skapa incitament i avtalen att öka kvaliteten under avtalsperioden	Ingen av upphandlingarna innehåller incitament för att höja kvaliteten under avtalsperioden, som vanligtvis är minst sex år inklusive förlängning. Möjligheter att öka incitamenten inkluderar: målstyrning med kopplade ekonomiska incitament (resultatbaserad ersättning); minimikrav på kvalitetsutfall för förlängning av kontrakt; fastlagda möjligheter att ge ersättning för kvalitetshöjande innovation inom existerande avtal.
Utöka betydelsen av att hålla en hög generell kvalitet, även på områden som inte specificerats i avtal	I upphandling av komplexa tjänster är det mycket svårt att i förväg specificera alla betydelsefulla dimensioner av kvalitet. Idag finns relativt svaga incitament för att hålla en hög kvalitet vad gäller aspekter som inte specificerats i avtalen. Kommuner kan öka dessa incitament på flera sätt: låt den enskilde brukarens nöjdhet spela större roll (t.ex. genom kundval eller LOV); låt kommunens helhetsbedömning av levererad kvalitet styra eventuell avtalsförlängning; använd helhetsbedömning av tidigare skapad kvalitet i framtida tilldelningsbeslut.

2. Bakgrund: Svensk äldreomsorg är bra men kan bli bättre

Svensk offentligfinansierad äldreomsorg består främst av hemtjänst och särskilda boenden, och utgör en kostnad för samhället på årligen nästan 100 miljarder kronor. Denna rapport fokuserar på upphandling av särskilda boenden. Endast en liten del av dessa drivs i enskild regi; fyra av fem boenden drivs i kommunal regi och i tre fjärdedelar av Sveriges kommuner finns enbart kommunalt drivna boenden.

Flera faktorer, bland annat utökad hjälp i hemmet som möjliggjort för äldre att bo hemma längre, har bidragit till att boende på särskilda boenden är äldre och sjukare än någonsin tidigare: Genomsnittsåldern för den som flyttar in på ett särskilt boende är 84 år, tre fjärdedelar av de boende är dementa och hälften avlider inom ett år efter att de flyttat in.

En majoritet av äldre är idag nöjda med sin äldreomsorg, även om förbättringsområden finns inom t.ex. social samvaro och aktiviteter.

Översikt över svensk äldreomsorg

Samhället spenderar uppemot 100 miljarder kronor varje år på äldreomsorgen

Sedan Ädelreformen 1992 har kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service till och vård av äldre. Denna äldreomsorg består av två huvudsakliga delar: hemtjänst och särskilt boende för äldre. Den totala kostnaden för den kommunalt finansierade äldreomsorgen var ca 92 miljarder kronor 2010[1] varav hemtjänst stod för 27 procent procent och särskilda boenden 59 procent (övriga kostnader utgjordes av dagverksamhet och korttidsboenden).

I Sverige bor knappt 90,000 personer över 65 år permanent i särskilt boende, vilket motsvarar ungefär fem procent av alla över 65 år. Fjorton procent av äldre över 80 år och knappt 50 procent av de över 95 år bor i särskilt boende.[2] Detta är lägre än motsvarande andel i Norge och Nederländerna, men högre än i Tyskland och ungefär på samma nivå som Frankrike.[3]

Antalet äldre personer har ökat i takt med medellivslängden. Samtidigt har en förbättrad hälsa och större möjligheter till stöd i hemmet minskat behovet av särskilda boenden. Antalet personer som vistas i särskilda boendeformer för äldre ökade fram till mitten av 1990-talet, men

har sedan dess minskat markant. Till exempel föll andelen av befolkningen över 80 år som bor i särskilda boenden med 25 procent mellan 1995 och 2004. I förhållande till antalet äldre i befolkningen används mindre kommunala resurser för äldreomsorgen idag än för 15 år sedan.[4]

I takt med att äldre bor hemma längre har den genomsnittliga åldern och vårdtyngden på särskilda boenden ökat. Genomsnittsåldern för de som flyttar till särskilt boende är idag 84 år, och 80 procent av de boende är över 80 år. Tre fjärdedelar av de boende är dementa. Vistelsen på särskilt boende är i regel relativt kort; efter ungefär ett år på särskilt boende har hälften av brukarna avlidit.[5]

Svensk äldreomsorg står inför flera stora utmaningar

Äldreomsorgen står inför flera stora utmaningar. Kostnadsökningen för äldreomsorgen som helhet var ca fyra procent per år under åren 2000 till år 2008.[6] De kommande tio åren väntas en fortsatt stor ökning, till stor del drivet av den demografiska utvecklingen.[6] De förväntade kostnadsökningarna har flera orsaker:

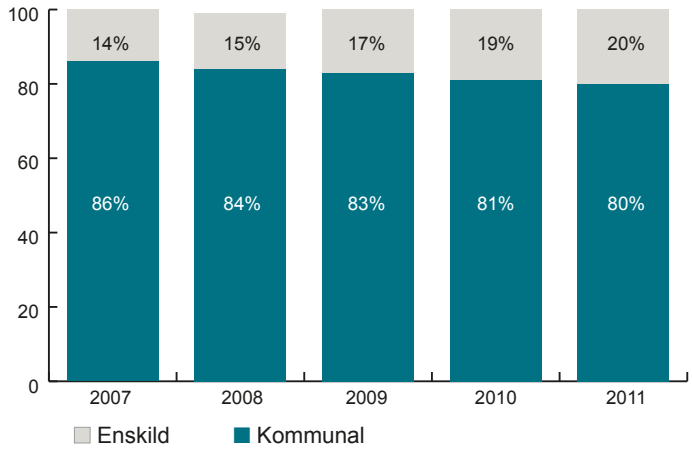
- **Fler äldre:** Antalet äldre över 80 år förväntas öka stabilt men måttligt fram till 2020 men sedan nästan fördubblas i antal fram till 2030.[7] Även om äldre i ökande grad kan bo kvar i hemmet väntas behovet av särskilt boende öka.
- **Ökade förväntningar på kvalitet och förändrade kvalitetsbehov:** Äldres krav och förväntningar på omsorgen ökar. Dagens och morgondagens generationer kommer inte att vara nöjda med den omsorg som deras far- och morföräldrar fick, och kvaliteten på omsorgen behöver sannolikt ökas. Dessutom kan vårdtyngden förväntas öka; i takt med att allt fler bor kvar hemma allt längre blir den genomsnittliga sjukdomsbördan på särskilda boenden tyngre, något som påverkar både resurs- och kompetensbehov. Innehåll, krav och kvalitetsbegrepp inom särskilda boenden är redan under stor förändring; ett särskilt boende idag är något helt annat än det var för 20 år sedan. Denna förändring kommer sannolikt att fortsätta i ännu högre takt under kommande år.[6]
- **Investeringsbehov**: Stora investeringar behövs sannolikt i äldreomsorgen framöver. Ökade årskullar kommer att nödvändiggöra en utbyggnad av särskilda boenden. Existerande boenden finns dessutom ofta i undermåliga lokaler som kommer att behöva renoveras eller bytas ut. En utbyggnad av kapaciteten blir särskilt nödvändig om man vill nå en ökad valfrihet, eftersom detta kräver en viss överkapacitet för att fungera i praktiken.

Tillsammans med ökade kostnader väntas svårigheter i finansiering och stora rekryteringsbehov.[8] En ändrad befolkningspyramid gör att ett i stort oförändrat antal i arbetsför ålder ska finansiera sjukvård och omsorg för allt fler äldre, vilket väntas skapa utmaningar för finansieringen av välfärdstjänsterna.[6] Det ökade behovet av äldreomsorg förväntas tillsammans med stora pensionsavgångar leda till stora rekryteringsbehov. En risk finns för brist på arbetskraft om inte attraktiviteten för yrken inom omsorgen kan ökas.[8]

Var femte plats i särskilda boenden drivs av enskilda utförare

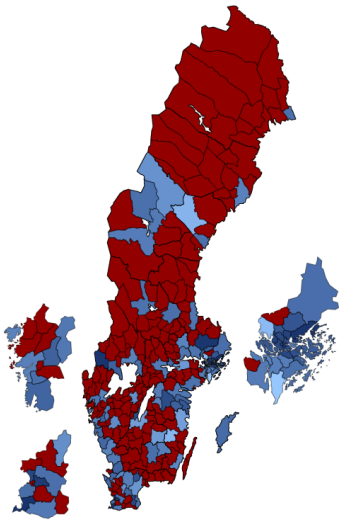
De senaste decennierna har ett skifte skett mot en ökad andel privata utförare i svensk äldreomsorg, men denna ökning omfattar framförallt hemtjänst. Särskilda boenden i enskild regi är en förhållandevis liten företeelse; de allra flesta brukare finns i boenden som drivs i kommunal regi, och boenden i enskild regi är i huvudsak koncentrerade till ett fåtal kommuner. I dag bor

drygt tjugo procent av alla brukare inom särskilda boenden i Sverige i boenden som drivs i i enskild regi, motsvarande ca 18,000 personer.[9] Andelen har ökat från fjorton procent år 2007.



Figur 1. Andel boende i särskilda boenden i enskild respektive kommunal regi.

Boenden i enskild regi finns i 98 av Sveriges 290 kommuner, men andelen platser i enskild regi varierar kraftigt i de kommuner där dessa finns (mellan 100 procent i Vaxholm och Årjäng och två procent i Eslöv och Nynäshamn).[9] Hälften av alla brukare som bor i boenden i enskild regi finns idag i sju kommuner: Stockholm, Uppsala, Linköping, Malmö, Göteborg, Solna och Helsingborg.



Figur 2. Kommuner med särskilt boende i enskild regi (blått; ju mörkare blå desto större andel särskilda boenden i enskild regi)

Särskilda boenden i enskild regi ska enligt lag konkurrensutsättas enligt Lag (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Vid upphandling enligt LOU lägger anbudsgivare anbud på att driva ett särskilt boende, och kommunen väljer det förmånligaste anbudet. Vid valfrihet enligt LOV godkänns leverantörer som uppfyller krav och

villkor, och den enskilde brukaren väljer sedan leverantör. Särskilda boenden enligt LOU finns i 98 kommuner, medan LOV för särskilda boenden ännu införts i endast 5 kommuner. LOV är betydligt vanligare vad gäller hemtjänst, där det är infört i 86 kommuner.[10]

Kvalitet i äldreomsorgen

Kvalitet är en central fråga i äldreomsorgen, och en fråga som i högsta grad är aktuell. Begreppet kvalitet kan innefatta många olika aspekter, och tydliga definitioner av kvalitet i äldreomsorgen saknas i stor utsträckning. Detta innebär att kvalitetsbegreppet används med olika betydelse i olika sammanhang och av olika aktörer.

Kvalitet berör både utfallet av vården och omsorgen och brukarens egen upplevelse

När kvalitet diskuteras berörs vanligtvis två huvudsakliga dimensioner:

- *Medicinsk kvalitet och omsorgskvalitet* – det objektiva utfallet av vården och omsorgen
- *Brukarupplevd kvalitet* - brukarens subjektiva upplevelse av vården och omsorgen

I diskussioner om t.ex. vanvård inom äldreomsorgen ligger fokus ofta på den första dimensionen. Socialtjänstlagen (2001:453) lägger större tyngdpunkt på den senare genom att bl.a. kräva att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, samt att äldre människor ska få möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Socialstyrelsen har utvecklat en vägledning till äldreomsorgens nationella värdegrund [11], samt allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS2012:3), som syftar till ge verksamheterna stöd vid tillämpningen av värdegrunden.

De allmänna råden berör:

- *Värdigt liv*
    - *Insatser av god kvalitet*
    - *Privatliv och integritet*
    - *Självbestämmande, delaktighet och individanpassning*
    - *Gott bemötande*
- *Välbefinnande*
    - *Trygghet*
    - *Meningsfull tillvaro*

Socialstyrelsen har även utvecklat ramverket 'god vård och omsorg i socialtjänsten', där man pekar ut sex områden som bör vara vägledande när man följer upp vårdens och omsorgens strukturer, processer och resultat:

'God vård och omsorg inom socialtjänsten' innefattar:

- *Självbestämmande och integritet*
- *Helhetssyn och samordning*
- *Trygghet och säkerhet*
- *Kunskapsbaserad verksamhet*

- *Tillgänglighet*
- *Effektivitet*

Det är tydligt att det finns flera olika aspekter av kvalitet som behöver beaktas, och där samtliga bör hålla en god nivå. I diskussionerna om kvalitet är det också viktigt att förhålla sig till olika typer av 'kvalitetsnivåer'. Att säkerställa att ren vanvård undviks, och att höja kvaliteten på den sociala omsorgen från 'mindre bra' till 'mycket bra' är sannolikt två skilda saker som kräver olika typer av förbättringsarbete, även om båda är mycket viktiga.

Ett omfattande arbete har genomförts de senaste åren för att utveckla och tillgängliggöra mätningar av kvalitet i äldreomsorgen

Kvalitet kan mätas på olika sätt. Inget entydigt svar finns på vilket mått som är bäst; sannolikt bör man använda en kombination av mått som täcker in olika aspekter av kvalitet.

Idag genomförs flera nationella kvalitetsmätningar:

Hur mäter vi kvalitet inom äldreomsorgen i Sverige idag? ✓=delvis uppfylld

	Startår	Område inom 'God vård och omsorg inom socialtjänsten'						Gruppering	Frekvens
		Självbestämmande/ integritet	Helhetssyn samordning	Trygghet/ säkerhet	Kunskaps-baserad	Tillgänglig	Effektiv		
Öppna jämförelser	2007	✓		✓	✓	✓	✓	Kommun	År
Nationella brukar-undersökningen	2008	✓						Kommun	År
Äldreguiden	2008	✓		✓	✓			Enhet	År
Palliativregistret	2005	✓		✓	✓			Enhet/ Individ	Kontinuerlig
Svenska Demensregistret	2007*	✓		✓	✓			Enhet/ Individ	Kontinuerlig
Senior Alert	2008			✓	✓			Enhet/ Individ	Kontinuerlig
BPSD	2010	✓		✓	✓			Enhet/ Individ	Kontinuerlig

Figur 3. Nationella ansatser att mäta kvalitet.

- **Öppna Jämförelser**: Vård och omsorg inom äldreomsorgen jämförs utifrån 31 indikatorer som bland annat täcker bemötande och inflytande, trygghet, mat och aktiviteter, fall, undernäring och trycksår, stöd i livets slutskede och efter stroke samt läkemedelsanvändning. Öppna jämförelser är en sammanställning av den nationella brukarundersökningen, äldreguiden, utförares inrapportering i kvalitetsregister samt till

viss del kommunernas egna brukarundersökningar. Resultat redovisas på kommunnivå, med ambitionen att på sikt redovisa resultat på enhetsnivå.

- **Nationella brukarundersökningen:** Undersökningen genomförs årligen och sammanställer brukarnöjdhet. Enkäten är rikstäckande och går ut till ett urval av äldre i särskilt boende i större kommuner och till samtliga äldre i särskilt boende i mindre kommuner. Enkäten besvaras ofta av anhöriga eller god man; endast en dryg tredjedel av enkäterna är besvarade av den äldre själv. Resultatet ger således en bild av både de äldres och deras anhörigas uppfattning om äldreomsorgen. Resultat bör också tolkas med viss försiktighet eftersom bortfallet i undersökningen är stort; 2011 var svarsfrekvensen 54%. Resultat redovisas på kommunnivå. [12]

- **Äldreguiden:** Äldreguiden är en nationell undersökning där resultat presenteras på enhetsnivå. Resultaten bygger på uppgifter rapporterade av enhetschefer kring t.ex. läkemedelsanvändning, de anställdas utbildningsnivå samt de äldres delaktighet i utformande av genomförandeplan.

- **Kvalitetsregister:** Ett flertal kvalitetsregister har de senaste åren utvecklats inom äldreomsorg. Dessa täcker olika aspekter av kvalitet. Sedan 2011 finns prestationsbaserad ersättning till landsting och kommuner för inrapportering till kvalitetsregister. Registren bygger på data på individnivå som rapporteras in av respektive enhet. Bland de kvalitetsregister som har hög relevans för äldreomsorgen kan nämnas:
    1. *Svenska Palliativregistet*: Huvudsyfte att på patientnivå mäta till vilken grad vårdgivare lever upp till fördefinierade kriterier för god vård i livets slutskede, som t.ex. erhållande av brytpunktssamtal och förekomst av trycksår.
    2. *Svenska Demensregistret*: Syftar till att förbättra kvaliteten i demensvården och tillse att patienter med demenssjukdom får en god och likvärdig vård. Exempel på indikatorer är MMT (Mini Mental Test) och antal läkemedel.
    3. *Senior Alert*: Syftar till att synliggöra områden där det tidigare inte funnits faktaunderlag för att i förlängningen förebygga vårdskador. Exempel på indikatorer är MNA (Mini Nutritional Assesment) och DFRI (Downton Fall Risk Index).
    4. *BPSD (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)*: Syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, samt uppnå en likvärdig vård och omhändertagande för dessa patienter.

Även tillsyn och inspektion görs på nationell nivå. Ansvaret ligger idag på Socialstyrelsen, men kommer från 1 juni 2013 att föras över till den nya myndigheten Inspektionen för vård och omsorg. Syftet med den nya myndigheten är att tillse att den vård och omsorg som ges till befolkningen är säker, av god kvalitet samt i linje med gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården. Detta skall ske genom planering och genomförande av tillsyn med utgångspunkt i egen riskanalys samt med ett integrerat brukarperspektiv. Vidare skall myndigheten ta emot och handlägga anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria.[13]

Inspektioner och uppföljning av boenden görs även av kommunerna. Dessutom har de enskilda utförarna egna kvalitetsledningssystem, där uppföljning av kvalitet på särskilda boenden ingår. Exempel på ingående delar kan vara årlig inspektion inklusive system för att mäta, jämföra och följa upp kvalitet. Exempel finns på privata utförare som öppet redovisar s.k. kvalitetsbokslut.[12]

Även om det finns flera nationella och lokala uppföljningar av kvalitet i äldreomsorgen återstår stora utmaningar. Mått och ansatser behöver utvecklas för att på ett bättre sätt spegla verklig kvalitet och möjliggöra tydlig uppföljning och styrning. Arbete pågår med att definiera nationella riktlinjer för vad som bör följas upp. Till exempel driver Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund gemensamt ett projekt kring att utveckla ett nationellt kvalitetsramverk för kvalitet i välfärdstjänsterna, inklusive äldreomsorg.

De äldre är i allmänhet nöjda med sin omsorg

Undersökningar av hur brukarna uppfattar omsorgen talar för att svensk äldreomsorg är av god kvalitet, men att det finns förbättringsområden.

De äldre är generellt nöjda med sina äldreboenden, något som visas av samtliga tre genomförda nationella brukarundersökningar från Socialstyrelsen 2009-2011.[14] Resultaten varierar dock mellan olika indikatorer. Framför allt är de äldre nöjda med trygghet i boendet, bemötande, vårdinsatser och boendemiljö. Det område som återkommande fått sämre omdöme är social samvaro och aktiviteter. Andra områden med färre positiva omdömen är tillgång till information, inflytande över vardagen och mat.[14] Även Öppna jämförelser, som tas fram av SKL och Socialstyrelsen, målar upp en relativt positiv bild. Här betonas dock stora skillnader mellan kommuner, och vikten av att lära sig av varandra.

Information finns även kring vissa mer objektiva utfallsparametrar. Öppna jämförelser 2011 visar till exempel att 89 procent av äldre hade någon närvarande i dödsögonblicket, 66 procent hade en aktuell läkemedelsgenomgång (senaste 12 månaderna), 55 procent av brukarna riskbedömdes angående fall och undernäring, och endast 5 procent av brukarna smärtskattades under sista levnadsveckan. [15]

Ibland hörs uppfattningen att svensk äldreomsorg försämrats över tid. Eftersom strukturerade mätningar av kvalitet finns först från de senaste åren är det svårt att bilda sig en helhetsuppfattning om hur kvaliteten sett ut tidigare. Tydligt är att fokus på kvalitet har ökat, med mätning, öppen redovisning och diskussion av kvalitetsparametrar. De flesta skulle nog också vara överens om att fokus på individen, och dennes önskemål, är högre i dagens äldreomsorg jämfört med forna tiders långvård. I ett kortare perspektiv tyder vissa mätningar på en ökande nöjdhet hos äldre på särskilt boende; till exempel ses i SKI:s senaste mätning den högsta nöjdhetssiffran på fem år. [16] Försök till jämförelse av kvalitet över tid försvåras av skillnader i brukarpopulationen som har en helt annan sammansättning än för 20 år sedan; de boende är betydligt äldre och sjukare. Detta kan påverka vilken nöjdhet som ses.

Många frågar sig om det går att se skillnader i kvalitet mellan enskilda och kommunala utförare av särskilt boende. Vissa ansatser till jämförelser har gjorts, med delvis motstridiga resultat. Möjligen ses en tendens till en svag fördel för boenden i enskild regi. En kartläggning av Socialstyrelsen (baserad på tillgänglig information och tidigare studier) har inte visat några tydliga systematiska skillnader i kvalitet.[17] Inga skillnader ses i risken för allvarliga misstag (vanvård) mellan kommunala och enskilda utförare. Inga stora kvalitetsskillnader ses heller mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda aktörer. Enskilda (icke-kommunala) aktörer får bättre betyg vad gäller processer (t.ex. att göra riskbedömningar för att förebygga trycksår hos äldre eller möjligheten för äldre att få välja mellan två maträtter), medan kommunala utförare bedöms vara något bättre vad gäller strukturer (t.ex. personaltäthet, utbildning och boendestandard). En undersökning av äldres uppfattning i 17 kommuner visar inte heller några signifikanta skillnader i nöjdhet mellan enskild och kommunal drift, medan en

liknande undersökning i Stockholms stad visar att äldre är mer nöjda med särskilda boenden i enskild regi.[17] En aktuell vetenskaplig studie indikerar att mortaliteten bland äldre sjunker i kommuner som upphandlar särskilda boenden (samtidigt som kostnaden per brukare blir lägre), men visar också en tendens mot en något lägre brukarnöjdhet i dessa kommuner.[5]

Flera faktorer påverkar kvaliteten i äldreomsorgen

Som tidigare nämnts har man inte kunnat se några tydliga samband mellan kommunernas kostnad för särskilt boende och kvalitet. Flera andra faktorer påverkar den upplevda kvaliteten. I SKL:s studie av framgångsfaktorer inom äldreomsorg lyfts åtta faktorer fram som särskiljer kommuner med höga resultat i Öppna jämförelser från de med låga resultat:[18]

1. Individanpassad omsorg
2. Utvecklingsorienterad personalstrategi
3. God ekonomisk styrning

Tydlig rollfördelning

4. Systematiskt kvalitetsarbete
5. Brukarorienterad organisationskultur
6. Strukturerat samarbete med landstinget
7. Aktivt samarbete i kommunala nätverk

Det finns även underliggande faktorer som kan påverka hur individen upplever omsorgens kvalitet. Samband finns t.ex. mellan självupplevt hälsotillstånd och nöjdhet; äldre som upplever sitt hälsotillstånd som dåligt är mindre nöjda med sitt äldreboende. Större missnöje ses även bland äldre som har besvär med oro, ängslan och ångest, samt i högre åldrar och mer utsatta socioekonomiska grupper.[14] Det finns även ett känt samband att brukare i mindre samhällen och glesbyggd skattar kvalitet inom äldreomsorgen högre än brukare inom storstadsregioner.[14] Den äldres upplevelse av kvalitet är ett resultat både av individuella förväntningar och den faktiska vård- och omsorgsupplevelsen, något som delvis kan förklara att sambanden är svaga mellan objektivt mätt medicinsk och omsorgsmässig kvalitet och brukarupplevd kvalitet.[18] Det är därför viktigt att beakta både objektiva mått och brukarupplevelse vid bedömning av kvalitet.

Konkurrensutsättning och upphandling av särskilt boende

Konkurrensutsättning har vanligtvis flera positiva effekter men innebär även vissa risker som behöver hanteras

De senaste decennierna har en ökad konkurrensutsättning av offentlig verksamhet skett i Sverige. Internationella studier visar att konkurrensutsättning ofta ger effektivitetsvinster. Besparingarna är ofta stora och kommer framför allt från ökad specialisering, skalfördelar och konkurrens mellan leverantörer.[19] Inom sjukvården finns svenska studier som undersöker effekter av konkurrensutsättning på kvalitet. Dessa visar inga tydliga kvalitetsförluster, men inte heller några säkra kvalitetsvinster. Inom äldreomsorgen har ett fåtal studier gjorts kring effekter av konkurrensutsättning. Mats Bergman m.fl. drar i en studie från 2012 slutsatsen att konkurrensutsättning av äldreomsorg gett en minskad mortalitet och minskad kostnad per brukare, men också en tendens till något minskad brukarnöjdhet.[5]

Inom ett annat område av svensk välfärd (skolan) har positiva effekter av konkurrensutsättning kunnat visas.[20] Studien visade att fler friskolor i en kommun förbättrar elevernas resultat, och att förbättringen gäller både friskolorna och de kvarvarande kommunala skolorna i kommunen.

Ett antal positiva effekter av konkurrensutsättning kan tänkas:

- *Kvalitetsbrister uppmärksammas:* Upphandling kan tvinga fram en större transparens kring verksamhetens förhållanden vilket kan synliggöra brister i den kommunala verksamheten. Leverantörer lyfter exempel där enskilda utförare inte getts tillstånd att driva verksamhet i de lokaler kommunen tidigare använt då dessa bedömts som icke ändamålsenliga, eller med kommunens tidigare personal då denna bedömts ej ha rätt kvalifikationer.
- *Innovationstrycket förstärks.* Flera aktörer kan öka innovationstakten. En större variation i arbetssätt kan ge nya intryck, och konkurrens kan skapa incitament för att hitta nya lösningar både för att sänka kostnader och skapa nöjda brukare. Innovation kan röra både produkter, metoder, arbetssätt och tjänster. Ett exempel på innovation inom äldreomsorgen är Ung Omsorg. Företagets fokus är på att få in ungdomar i arbetslivet, och ge de äldre en högre kvalitet på de sociala aktiviteterna. Man anställer ungdomar som besöker särskilda boenden och umgås med de äldre på helger och skollov, och fungerar som en extra resurs utöver den ordinarie personalen. Ung Omsorg sysselsätter idag över 550 ungdomar, och finns genom ett samarbete med Carema Care på ett 50-tal särskilda boenden runt om i Sverige.
- *Valfrihet och brukarmakt ökar:* Fler aktörer än kommunen kan ge brukaren en möjlighet att välja utförare, och därigenom en reell makt över sin egen omsorg. Denna valfrihet och makt blir större i valfrihetssystem (LOV), men finns ofta till viss del även i kommuner där särskilda boenden upphandlas enligt LOU.
- *Effektiviteten förbättras*: Effektivitetsökningar ses generellt när offentlig verksamhet konkurrensutsätts, och kostnadssänkningar är sannolikt ofta ett huvudsyfte. Det är viktigt att komma ihåg att de resurser som frigörs genom en ökad effektivitet kan översättas till besparingar eller i ökad kvalitet.

Samtidigt finns risker:

- *Risk för sänkt kvalitet:* En risk finns att enskilda utförare ges starkare incitament att sänka kostnader än att upprätthålla hög kvalitet när kontrakt väl slutits. Ett sätt att undvika detta är att säkerställa att incitament finns på plats som gör att en kvalitetssänkning resulterar i ökad kostnader (t.ex. viten) eller minskade intäkter (till exempel genom minskad framtida försäljning eller utebliven kvalitetsersättning).
- *Risk att förväntat innovationstryck inte förverkligas:* Den ökade innovationskraften kan hämmas om upphandlingarna i för hög grad detaljreglerar strukturer och arbetssätt, och därmed minskar utförarnas möjligheter att testa olika vägar för att nå det önskade utfallet.
- *Risk för höga transaktionskostnader:* Transaktionskostnader representerar till exempel den tid och arbete som köpare respektive säljare behöver lägga ned för att få till stånd en affär. Storleken på dessa kan variera beroende på förutsättningarna. En risk finns att

komplicerade upphandlingsprocedurer, som kräver stora resurser från både upphandlande kommun och leverantörer, leder till höga transaktionskostnader.

Att styra mot kvalitet i upphandlingar kan vara utmanande

Kommunen kan i sin upphandling styra leverantörerna mot att erbjuda lägre pris och/eller högre kvalitet. Målsättningen med upphandlingen kan till exempel vara att nå lägre kostnader med bibehållen kvalitet, eller att höja kvaliteten med bibehållen kostnad.

Att använda offentlig upphandling som metod för att styra mot ökad kvalitet kan vara utmanande. Generellt är icke-kontraktsbundna aspekter (som t.ex. leverantörens goda namn och historiska prestationer) av mycket stor vikt vid köp av komplexa tjänster (och äldreomsorg i särskilt boenden är i hög grad komplext). Köparen baserar i stor utsträckning sitt val på en kännedom om att leverantören brukar leverera tillfredsställande och har ett intresse av att fortsätta att göra så, snarare än att varje aspekt av leveransen har kunnat beskrivas i detalj i ett kontrakt. Vid upphandling enligt LOU är möjligheterna att ta hänsyn till sådana faktorer mycket begränsade eftersom lagstiftningen kräver objektivitet och transparens [21], och inte tillåter hänsyn till tidigare prestationer som inte är verifierbara[5]. Styrning sker istället i mycket hög grad genom kontrakt. Detta riskerar att medföra att leverantörer fokuserar på de kvalitetsaspekter som specificeras i kontraktet, på bekostnad av kvalitetsaspekter som ej uttryckligen behandlas i kontraktet. [22-24] Denna risk är generellt större när produkten eller tjänsten är komplex, eftersom viktiga kvalitetsdimensioner då är svåra att avtala om. [5]

Incitament att hålla hög kvalitet kan byggas in i kontraktet, så kallade kontraktsbundna incitament. Dessa kan bestå av till exempel ekonomiska ersättningar eller sanktioner kopplade till kvalitetsutfall, eller bestämmelser kring kontraktsförlängning. För att nå önskad effekt krävs att beställaren har möjlighet att besluta om påföljder och kan göra det sannolikt att den rättvist kommer att belöna hög kvalitet och bestraffa låg kvalitet.[25-26] Kontraktsbundna incitament kan styra mot kvalitet, men riskerar samtidigt att detaljstyra leverantörer med oönskade effekter, och kan minska möjligheterna till innovation.

Flera initiativ pågår för att utveckla kvalitet vid upphandling av äldreomsorg

Flera nationella ansträngningar för ökad kvalitet inom äldreomsorg pågår. SIS[1] har fått i uppdrag av Socialdepartementet att utveckla en svensk standard för kvalitet inom vård och omsorg, som ska kunna användas vid upphandling samt möjliggöra kvalitetsjämförelser. Arbete pågår även med att utveckla en etisk plattform för vård- och omsorgsgivare. Socialminister Göran Hägglund har gett i uppdrag till den nationella vårdvalssamordnaren Roger Molin att bjuda in Sveriges Kommuner och Landsting, de privata vårdgivarnas branschorganisationer samt fackliga organisationer till dialog kring utformandet av en etisk plattform. Plattformen ska innehålla riktlinjer som alla vård- och omsorgsgivare (offentliga och enskilda) som finansieras med offentliga medel bör följa.[27]

Flera initiativ pågår även för att förbättra upphandlingar. Till exempel arbetar Socialstyrelsen med att ta fram en vägledning för att upphandla och följa upp kvalitet i vården och omsorgen av äldre, och väntas presentera ett förslag i januari 2013. Även Kammarkollegiet utvecklar en

[1] Swedish Standards Institute

vägledning för upphandling inom vård och omsorg, i syfte att underlätta upphandlings-processen.

3. Undersökning: Kvalitet i upphandling av särskilda boenden för äldre

Syfte: Undersöka hur kommuner styr mot kvalitet i upphandling av särskilt boende, och identifiera förbättringsmöjligheter

Mot bakgrund av de utmaningar som ses vad gäller styrning mot kvalitet har Health Navigator genomfört en studie av hur kommuner styr mot kvalitet i upphandling av särskilt boende.

Studien är finansierad av Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund, och har genomförts med ambitionen att tillhandhålla ett faktaunderlag för vidare diskussion. Syftet med undersökningen har varit att förstå hur kommuner idag styr mot kvalitet i upphandling av särskilt boende, och ett särskilt fokus har lagts på att identifiera förbättringsmöjligheter och formulera konkreta rekommendationer. Fokus har inte varit att bidra till diskussionen kring huruvida äldreomsorg i kommunal eller enskild regi håller högre kvalitet, utan istället att hitta möjligheter att förbättra styrningen mot kvalitet i de fall kommuner bestämt sig för att upphandla särskilt boende. Dock har det bedömts vara av intresse att lyfta eventuella skillnader mellan kommunala och enskilda anbud i de fall sådana identifierats.

Ansats: Systematisk genomgång av 70 upphandlingar av särskilda boenden 2011–2012

Övergripande angreppssätt

Den valda ansatsen kombinerar kvantitativa och kvalitativa inslag. Intervjuer har gett en kvalitativ förståelse för hur upphandlingar går till och vilka aspekter som fungerar bra och mindre bra. Analys av upphandlingsunderlag har gett kvantitativ information, i form av data kring t.ex. hur vanligt förekommande olika typer av krav är, men också kvalitativ förståelse i form av illustrativa exempel.

Undersökningen har genomförts i flera steg. Arbetet har inletts med inläsning av existerande litteratur på området samt hypotesgenererande intervjuer med leverantörer och kommuner, där en första förståelse skapats för vilka problem man ser med styrningen mot kvalitet i upphandlingar. Den efterföljande analysen av upphandlingsmaterial har framför allt riktats mot problemställningar identifierade i litteraturgenomgång och intervjuer, även om andra intressanta observationer också noterats och undersökts. Djupanalys har gjorts av särskilt

intressanta identifierade aspekter. Resultat och hypoteser från denna analys har sedan testats och förfinats i djupintervjuer samt en fokusgrupp med representanter från leverantörer.

Metod

Genomgång av upphandlingsunderlag och utvärderingsprotokoll

Urval av upphandlingar

Samtliga 70 identifierade upphandlingsunderlag för särskilt boende som upphandlats mellan 1 januari 2011 och 30 juni 2012 har inkluderats. Upphandlingar har identifierats via upphandlingsportalen VISMA med sökord 'social omsorg med inkvartering' samt 'äldreomsorg' vilket genererat 323 träffar. Upphandlingar som ej bedömts gälla särskilt boende har uteslutits manuellt [2]. I sex upphandlingar har ett flertal boenden upphandlats i samma förfarande. Då dessa upphandlingar kan innehålla olika krav, leverantörer kan lägga anbud på ett eller flera av boendena, och olika leverantörer kan vinna de olika boendena, har vi räknat dessa som flera upphandlingar.

Analys av upphandlingar

En strukturerad genomgång har gjorts av upphandlingsunderlag och kommunens utvärderingsprotokoll. Genom utvärderingsprotokollen har information kunnat fås om de anbud som lagts. Upphandlingsunderlag har studerats från samtliga 70 upphandlingar. Utvärderingsprotokoll har studerats från 67 upphandlingar; två upphandlingar har avbrutits och i en upphandling har det inte varit möjligt att tillgå utvärderingsprotokoll.

För varje upphandlingsunderlag och utvärderingsprotokoll har utvalda parametrar noterats, antingen genom kategorisering av anbuden i olika grupper eller genom fritextbeskrivning. Skillnader i utfall vad gäller anbudens pris och kvalitet mellan olika typer av upphandlingar och mellan anbud har studerats. För varje anbud i samtliga upphandlingar som klarat kvalificeringen (totalt 479 stycken) har samtliga pris- och kvalitetsbedömningar sammanställts för att kunna utvärdera hur kvalitet har viktats i upphandlingen.

En detaljerad granskning av skall-krav har genomförts för fyra upphandlingsunderlag (1 pris-, 1 kvalitets- och 2 pris-/kvalitetsupphandlingar). Granskningen har gjorts av två granskare oberoende av varandra, som sedan jämfört och kalibrerat sina bedömningar. Skall-krav har kategoriserats enligt följande dimensioner:

- Ambitionsnivå: vilka krav kan sägas vara basala eller visionära?
- Tidsaspekt: är krav retrospektiva eller prospektiva?
- Typ av krav: rör krav strukturer, processer eller resultat?
- Uppföljningsbarhet: går krav att följa upp, med ja/nej eller på en graderbar skala?

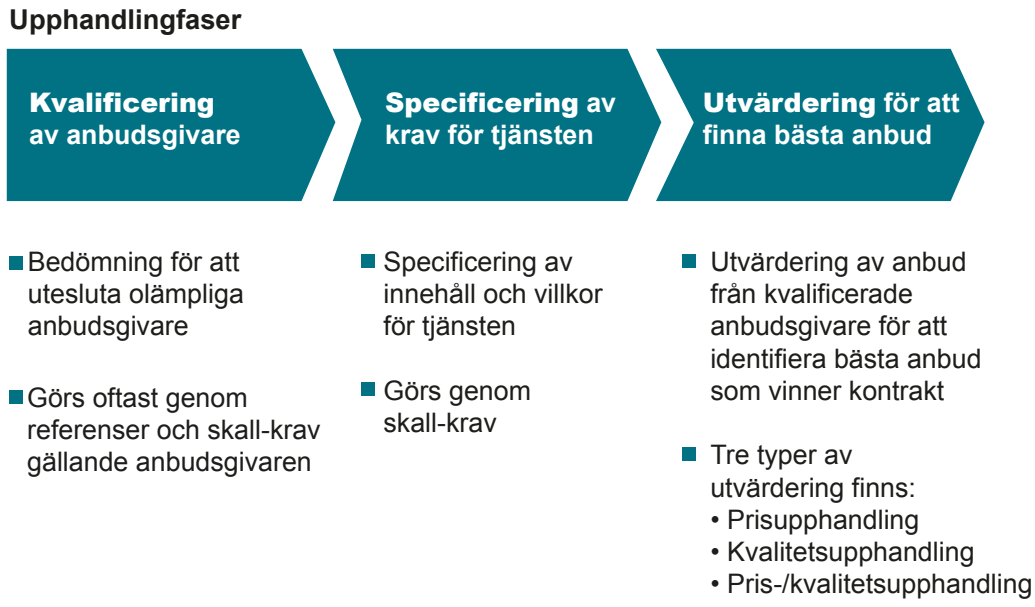
[2] Följande typer av upphandlingar har exkluderats: enskilda platser, korttidsboende, boende enligt LSS, hemtjänst, matleverans, dagvård, personlig assistans, socialpsykiatri, härbärge och stödboende, HVB-hem, fritidsgårdsverksamhet, handledartjänster, hyresavtal, verksamhet för vård av ensamkommande flyktingbarn, mötesplats, asylboenden samt övernattningsplatser.

Upphandlingsförfarandet består av olika delar:

- *Kvalificering.* Kvalificering görs för att utesluta olämpliga anbudsgivare. Detta görs vanligen genom att kräva referenser samt genom att ställa vissa krav på anbudsgivaren i form av skall-krav.

- *Specificering av tjänsten som upphandlas*. Innehållet, och grundvillkoren, för tjänsten som upphandlas slås fast genom skall-krav

- *Utvärdering*. Anbuden från de anbudsgivare som klarat kvalificeringen utvärderas, och det anbud som bedöms vara bäst vinner upphandlingen. Utvärdering görs enligt tre typer av modeller: prisupphandling (där kvalitetskrav slås fast genom skall-krav, och lägsta pris vinner), kvalitetsupphandling (där ett fast pris erbjuds, och bästa bedömda kvalitet vinner) och pris-/kvalitetsupphandling (där pris och bedömd kvalitet viktas för att identifiera det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet).



Figur 4. Upphandlingar innehåller kvalificering, specificering och utvärdering

Intervjuer och fokusgrupp

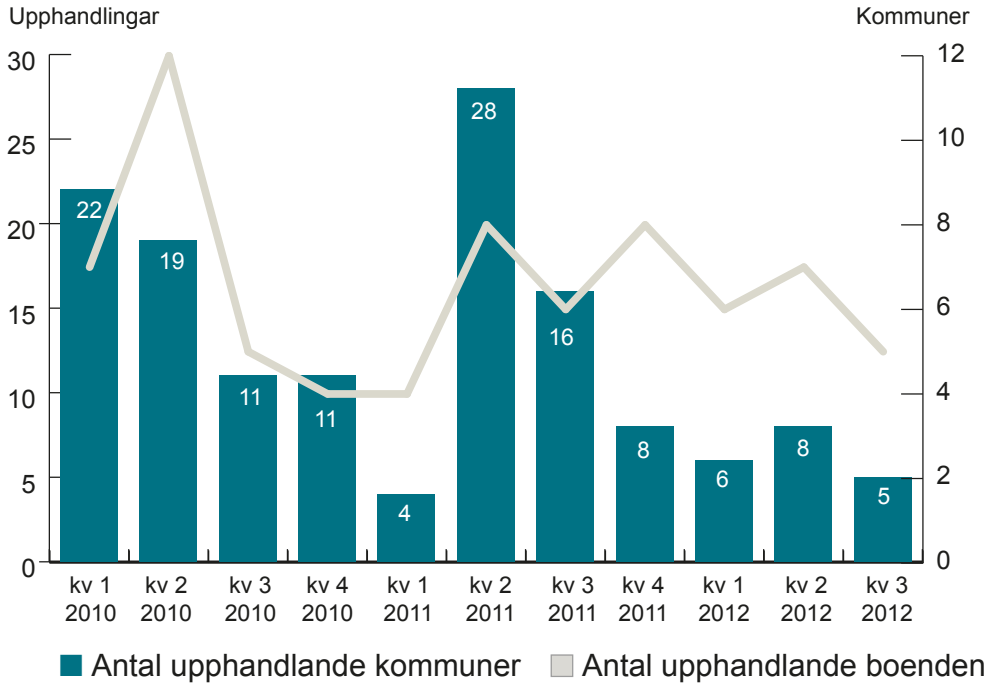
Intervjuer har genomförts med företagsrepresentanter, upphandlande tjänstemän samt upphandlingsansvariga på kommuner, samt representanter för utländska organisationer som utvärderar äldreomsorg. Intervjuer har gjorts både i syfte att identifiera hypoteser på förbättringsmöjligheter och för att testa och förfina insikter och rekommendationer, och med flera intervjupersoner har upprepade diskussioner genomförts.

Genomförda intervjuer
Enskilda leverantörer av särskilt boende • Attendo • Ambea • Aleris • Förenade Care • Edsby Gästhem • Strukturrutan
Upphandlande kommuner • Stockholm • Sundbyberg • Uppsala
Utländska organisationer inom äldreomsorgsområdet • Care Quality Commission (CQC), Storbritannien • Institut for Kvalitet og Ackreditering i Sundhetsväsenet (IKAS), Danmark • Kommunförbundet, Finland

Resultat: Möjligt att öka fokus på kvalitet i upphandlingar

Relativt få kommuner upphandlar särskilda boenden

Under 2011 och första halvan av 2012 genomförde 28 kommuner upphandlingar av särskilda boenden, eller knappt tio procent av Sveriges kommuner. Totalt omfattade upphandlingarna ca 3400 platser (i genomsnitt ca 50 platser per boende). Storleken på boendena varierade kraftigt, från sju till över 300 platser. Kontraktslängden var i genomsnitt 3,5 år, och samtliga kontrakt innehöll en möjlighet till förlängning av avtalet (totalt maximalt sex år). Denna möjlighet till förlängning var i drygt hälften av fallen ensidig, vilket i teorin innebär att leverantören inte kan tacka nej till en förlängning av kontraktet. Sett över en längre tid varierar antalet boenden som upphandlas kraftigt över tid (Figur 5). Detta förklaras dock till stor del av ett fåtal större klusterupphandlingar där Stockholm respektive Linköping genomfört ett stort antal upphandlingar parallellt.



Figur 5. Antal upphandlingar av särskilda boenden per kvartal 2010-2012

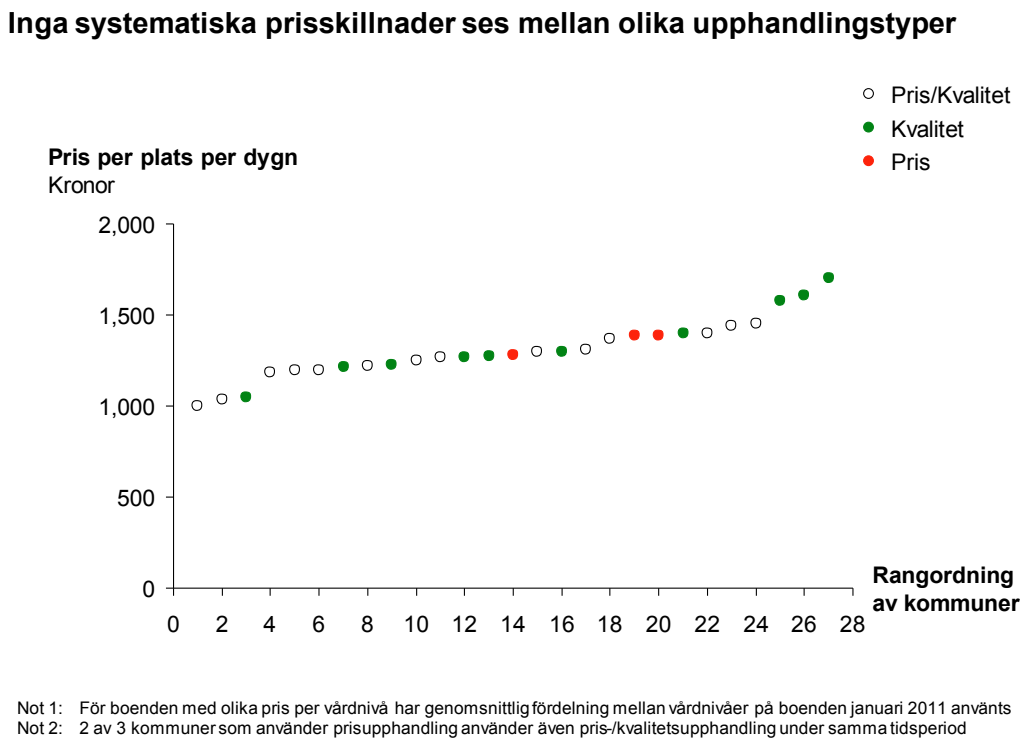
Pris- och ambitionsnivå varierar mellan upphandlingar

Pris per brukare och dygn varierar kraftigt mellan kommuner: det vinnande anbudets pris varierade mellan 865 kr och 1934 kr per brukare och dygn (medelvärde 1321 kr).

Skillnader i pris mellan enskilda boenden kan sannolikt till viss del förklaras av skillnader i vårdtyngd mellan olika boendena. I några kvalitetsupphandlingar påverkar vårdtyngden även ersättningen. I en storstadskommun var exempelvis den fastställda ersättningen drygt 1100 kr för den lägsta vårdnivån (av tre), och över 1900 kronor för den högsta vårdnivån. Skillnaden i pris mellan olika kommuner är dock för stor för att trovärdigt kunna förklaras enbart av

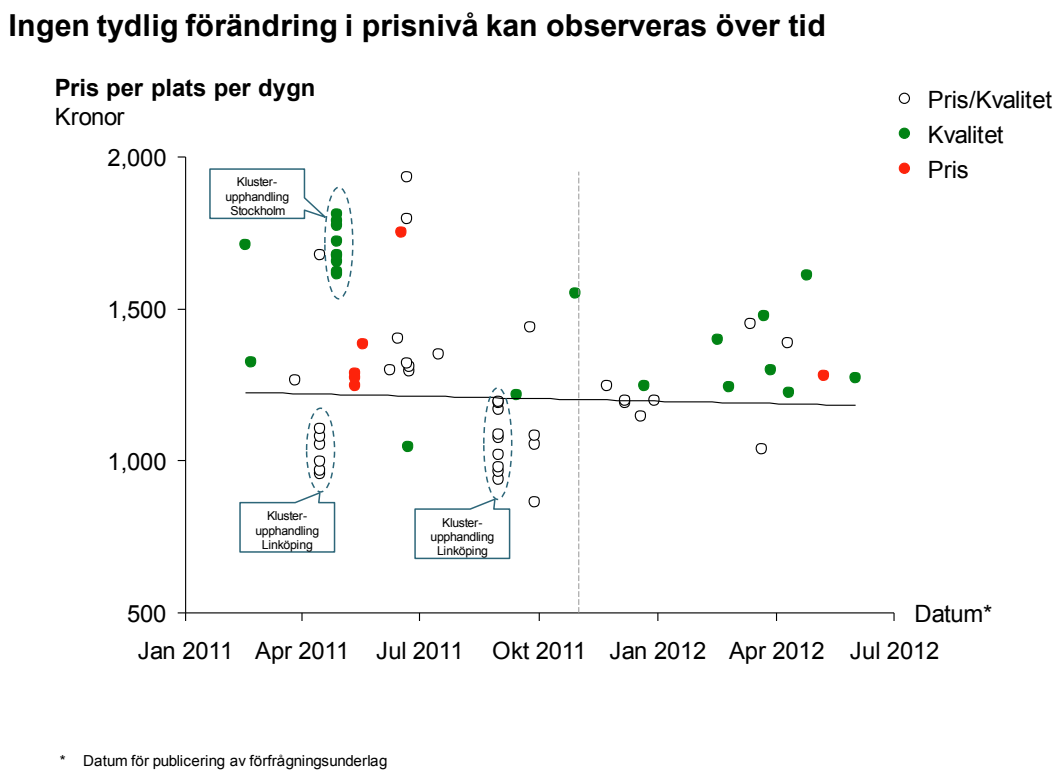
vårdtyngd, särskilt som vårdtyngden i ett boende kan variera över tid och att utförarna vanligtvis inte får någon garanti för vilken vårdtyngd som brukarna i boendet kommer att ha eller extra ersättning vid ökad vårdtyngd. Mer sannolikt talar den varierande prisnivån mellan kommunerna för att dessa har olika ambitionsnivå och varierande resurser att avsätta för särskilda boenden.

Prisskillnaden mellan de olika upphandlingstyperna (pris-, kvalitet- och pris-/kvalitet) är liten. En jämförelse av genomsnittspris mellan olika kommuner och olika upphandlingstyper visar att lägsta pris ses i pris-/kvalitetsupphandlingar (1258 kr) följt av rena prisupphandlingar (1351 kr) och rena kvalitetsupphandlingar (1362 kr).[3] Skillnaderna är små, men det är tydligt att prisupphandlingar inte systematiskt ger lägre priser, vilket man kanske kunde ha väntat sig. Inom en och samma kommun ses en liknande nivå för olika boenden; variationen mellan olika upphandlingar i samma kommun är liten.



Figur 6. Inga systematiska prisskillnader ses mellan olika upphandlingstyper

[3] Med ett rakt genomsnittspris per upphandlingstyp, d.v.s. där kommuner med flera upphandlingar under tidsperioden väger tyngre i beräkningen än kommuner med enbart en upphandling, blir skillnaderna mellan upphandlingstyperna något större. Lägst pris kan dock fortfarande ses i pris-/kvalitetsupphandlingar (1209 kr), följt av prisupphandlingar (1370 kr) och kvalitetsupphandlingar (1498 kr). Den ökade skillnaden förklaras av att en kommun som har en hög ersättning till utförarna och enbart kvalitetsupphandlingar har genomfört 17 st upphandlingar, och att en kommun med låga priser genomfört ett stort antal pris-/kvalitetsupphandlingar (9 st).



Figur 7. Ingen tydlig förändring i prisnivå över tid

Ingen tydlig prisökning ses under perioden januari 2011 till juni 2012, något som skulle kunna förväntas om kommunerna höjt kvalitetskraven och/eller kvalitetsambitionen i upphandlingarna (Figur 7). Endast en prisupphandling har gjorts efter det mediala fokuset på kvalitet i äldreomsorgen hösten 2011. Möjligen kan en trend urskiljas mot att relativt sett fler kvalitetsupphandlingar gjorts under 2012 jämfört med 2011.

Givet de relativt stora prisskillnaderna mellan olika kommuner är det intressant att förstå vad som skiljer de dyraste och de billigaste särskilda boendena åt. Kan skillnader i ambitions- eller kvalitetsnivå utläsas i antingen förfrågningsunderlag eller anbud? Ett exempel illustrerar skillnader:

Olika utformning av särskilt boende vid olika prisnivåer

Kvalitetsupphandlingar genomfördes under 2011 i en storstadskommun och en mellanstor kommun; kommunerna slog fast hur mycket de var beredda att betala per brukare och dygn, och lät sedan anbudsgivarna tävla om att erbjuda den högsta kvaliteten till detta pris (denna utvärderades enligt kommunens mall). I den mellanstora kommunen låg dygnsersättningen på 1216 kronor per brukare, medan man i den större kommunen anpassade ersättningen efter tre olika vårdnivåer, med ett viktat genomsnittspris (med förväntad vårdnivå) på 1614 kronor per brukare. Detta motsvarar ett 33% högre pris i den större kommunen jämfört med i den mellanstora.

I den större kommunen användes en utvärderingsmodell med 12 parametrar där störst vikt lades vid området "Omsorg och vård med värdighet, kontinuitet, trygghet och självbestämmande"(40%). Övriga områden innefattade "Engagerat ledarskap och individinriktade förhållningssätt"(25%), "Stöd, stimulans och rätt till ett aktivt och meningsfullt liv" (25%), samt "Övriga åtaganden" (10%). Inom respektive område bedömdes 2-4 parametrar enligt skalan"Utmärkt mervärde", " Visst mervärde" eller "Inget mervärde".

I den mellanstora kommunen användes en modell med fem utvärderingsparametrar som alla viktades lika mycket: "Ledning/ledningsorganisation", "Verksamhet och genomförande", "Personal, bemanning och kompetens", "Kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling", samt "Övertagande av personal och igångsättningsrutiner". Varje kriterium betygssattes på en skala 1-5, där 1= dåligt, 2=under förväntan/normalt, 3= normalt/förväntat, 4=över förväntan / normalt och 5= mycket bra/klart över förväntan.

Vid en jämförelse av vinnande anbud (från samma *leverantör) i de två olika upphandlingarna ses skillnader:*

- ***Aktiviteter**: Fler aktiviteter (utöver omsorgsaktiviteter) erbjuds i den 'dyrare' storstadskommunen. Totalt utlovas 16 st aktiviteter per vecka jämfört med 11 st i den 'billigare' kommunen, en skillnad på 45% (typen av aktiviteter är förstås viktiga, men antalet ger en indikation på nivå).*
- ***Måltider**: I den 'dyrare' storstadskommunen erbjuds val av tillbehör till huvudrätten, t.ex. pasta, ris eller potatis samt två huvudrätter att välja mellan. Utöver detta ska även brukarna erbjudas att fritt välja andra tillbehör till huvudrätten så som gurka eller lingonsylt, samt till efterrätten glass eller grädde.Vidare skall mellanmål serveras utefter den enskildes behov. I den 'billigare' kommunen erbjuds tre måltider per dag utan valmöjligheter för brukaren, samt tre mellanmål.*
- ***Personaltäthet**: En högre personaltäthet erbjuds i den 'dyrare' kommunen. Här erbjuds 0,8 årsarbetande vård- och omsorgspersonal* per brukare, jämfört med 0,6 i den 'billigare' kommunen, motsvarande en 31% högre personaltäthet. Personaltätheten är högre för såväl undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster som arbetsterapeuter.*

Vissa skillnader ses även i skall-kraven i de två upphandlingarna. Till exempel ställs i den 'dyrare' kommunen krav på veckovis manikyr och hårläggning, vilket inte nämns i den 'billigare' kommunen.
Skillnaderna pekar mot de två kommunerna har beställt två helt olika tjänster, och att den prisnivå kommunerna fastställer påverkar vilka omsorg som utföraren kan utlova de äldre som bor i särskilda boenden

** Inkluderar undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, men ej enhetschefer och städpersonal*

Kvalitetsmått används varken för kvalificering eller kravspecificering

Kvalificering: uteslutande av olämpliga anbudsgivare

Ett sätt att utesluta olämpliga anbudsgivare (kvalificering) kan vara att ställa krav på ett visst tidigare utfall. Detta skulle kunna göras både genom skall-krav och referenser.

Krav på ett visst tidigare kvalitetsresultat ses endast i undantagsfall i skall-kraven. Enbart en kommun ställde krav på ett visst tidigare kvalitetsresultat; övriga kommuner ställde *inga* krav på tidigare uppnådda resultat vad gäller till exempel brukarnöjdhet, resultat vid kommunens utvärderingar eller resultat från kvalitetsregister. Inga skillnader ses före och efter mediefokuset hösten 2011. Vidare visar en detaljgranskning av fyra upphandlingsunderlag att endast ca 3% av skall-kraven var verifierbara vid anbudstillfället för de upphandlande kommunerna.

Krav på tidigare prestationer används i en mellanstor kommun

I en mellanstor kommun ställer man vid upphandling krav på ett visst resultat i kommunens egna brukarundersökningar eller uppföljningar, för leverantörer som tidigare varit verksamma i kommunen: ”Om anbudsgivaren under de senaste två åren inte har uppnått Äldrenämndens effektmål och haft haft fler än tre områden att förbättra och inte visat förmåga att förbättra dessa, bedöms inte anbudsgivaren vara lämplig att fortsätta bedriva former av äldreomsorg i staden.” Ansvarig upphandlare beskriver att detta krav kommit till eftersom kommunen vill ha ”möjligheten att beakta våra egna erfarenheter i kvalificeringsfasen” samt ”utesluta de som tidigare inte har kommit till rätta med problem efter påpekan från äldrenämndens stab”. Någon exakt definition av Äldrenämndens effektmål och minimikrav för godkännande tydliggörs inte i underlaget. Detta kan försvåra för anbudsgivare, och en större tydlighet i underlaget vore önskvärd.

Referenser används i de flesta upphandlingar (ca 90 procent), men endast i drygt hälften av upphandlingarna krävs ”goda vitsord”, och enbart 3 procent använder sig av betygsättning i referenser. I övriga fall används referenser enbart för att säkerställa att anbudsgivaren har erfarenhet av relevanta uppdrag, inte för att säkerställa att man tidigare levererat god kvalitet. Som exempel kan nämnas att en kommun låter referenten gradera utföraren (skala 1-5; minimikrav för kvalificering 3) medan det i en annan kommun räcker att referenten intygar att anbudsgivaren utfört tidigare angivna uppdrag.

De flesta inlämnade anbud klarar kvalificeringen; i genomsnitt ses åtta anbud per upphandling, varav sju klarar kvalificeringen. Diskvalificering ses av både tekniska och verksamhetsnära skäl. Exempel på tekniska orsaker kan vara otillräcklig kreditvärdighet, och exempel på verksamhetsnära orsaker kan vara otillräcklig bemanning eller otillräcklig beskrivning av hur grundkraven för hur god kvalitet ska uppnås inom t.ex. området *Kost och måltider*. Det är vanligare med diskvalificering av mindre aktörer; över 80% av diskvalificerade anbud kom från mindre aktörer. När stora aktörer diskvalificerats beror det ofta på brister i formaliakrav som till exempel bristande anpassning till lokala skall-krav, till exempel anpassning av krisplanen till den lokala definitionen. Små aktörer har oftare diskvalificerats på grund av bristande beskrivning av ledningssystem eller brist på tidigare erfarenhet.

En viss minskning av antalet anbud ses under vintern 2011 och våren 2012 (från 10 till 8 anbud per upphandling före respektive efter 1 november 2011). Inga skillnader ses i andelen som klarar kvalificeringen (ca 90 procent både före och efter 1 november 2011)

Hur gick det för kommunala anbud?

I drygt hälften (34 av 65) av upphandlingarna lade en kommunal aktör ett anbud. I ett av dessa fall diskvalificerades det kommunala anbudet (på grund av bristande helgbemanning); i övriga fall klarade kommunens bud kvalificering.

Kravspecificering: villkor för tjänsten

Typ av skall-krav

De villkor som definierar tjänsten definieras genom skall-krav. Möjligheterna att styra mot kvalitet påverkas av skall-kravens utformning. Till exempel medför uppföljningsbara krav större möjligheter att hålla leverantörer till det de lovat i anbudet. Resultatkrav innebär en högre grad av målstyrning än struktur- och processkrav, och lämnar därför större utrymme för innovation hos utförarna.

I de detaljgranskade upphandlingarna bedöms mellan 50 och 60 procent av skall-kraven vara uppföljningsbara, men endast ca 5-10 procent vara graderbara (det vill säga kan följas upp på en mer detaljerad nivå än ja eller nej). I de undersökta upphandlingarna bedöms således mellan 40-50% av skall-kraven överhuvudtaget inte vara möjliga att följa upp. Ett exempel på ett skall-krav som inte kan sägas vara uppföljningsbart är: *”Personer med behov av samhällets stöd- och hjälp-insatser skall ges god service i förhållande till sina behov och bemötas med lyhördhet och respekt”*

Två tredjedelar av skall-kraven gäller processer och en tredjedel strukturer. Färre än var tjugonde krav rör någon form av resultat. Som *nämnts* tidigare används krav på ett visst tidigare kvalitetsresultat enbart i enstaka undantagsfall. Framåtriktade krav på resultat på gruppnivå har överhuvudtaget inte kunnat observeras i de detaljgranskade upphandlingarna. Krav ställs vanligtvis på individnivå (t.ex. av typen *”Brukaren ska ges möjlighet att komma ut på balkongen dagligen”*), och krav på ett visst resultat på gruppnivå vad gäller t.ex. brukarnöjdhet eller medicinska kvalitetsparametrar förekommer endast i undantagsfall. Vi har inte observerat några skillnader före och efter mediefokuset under hösten 2011.

Strukturmått *speglar förutsättningarna för en god äldreomsorg och handlar om kompetens, bemanning, utrustning och resurser, t. ex: ”Distriktssköterska/sjuksköterska ska ha förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.”*

Processmått *speglar vad som görs i äldreomsorgen, när, var och hur och kan handla om exempelvis arbetssätt, rutiner och genomförande, t.ex: ”Utföraren skall följa beställarens riktlinjer och rutiner och utifrån dessa upprätta lokala rutiner för verksamheten.”*

Resultatmått *speglar vård- och omsorgsresultat och hälsoeffekter, t. ex ”Personen ifråga ska kunna bo kvar i sin lägenhet till livets slut om det inte finns särskilda skäl för flyttning”*

Omfattning av skall-krav

Antalet skall-krav är mycket omfattande i samtliga granskade upphandlingsunderlag. I de detaljgranskade upphandlingarna sågs i genomsnitt 215 krav per upphandling (minst 139 och högst 269 skall-krav). Inga tydliga skillnader i antal krav kunde observeras mellan olika typer av upphandlingar: underlag med få eller många skall-krav finns både inom pris-, kvalitets- och pris-/kvalitetsupphandlingar.

Krav som kan anses vara basala (och därmed bör finnas i någon form i alla upphandlingar) utgör ett betydande antal av skall-kraven (ca 80-150 krav per upphandling, eller 40-70%). Ett exempel på ett basalt skall-krav kan vara *"Personer som vårdas i livets slutskede skall få kvalificerad vård och ett värdigt omhändertagande".* Även krav som snarast liknar en vision, och därmed kan antas vara mycket svåra eller omöjliga att uppfylla fullt ut, ses i de flesta upphandlingsunderlag. Ett exempel på ett visionsliknande skall-krav kan vara*: "Personalbemanningen ska kunna vara flexibel utifrån den enskildes önskemål."*

Skall-krav som överlappar med lagstiftning är också vanligt förkommande; dels ställs krav på att leverantörer ska följa gällande lagstiftning, och dels ställs krav som på ett identiskt eller snarlikt sätt redan återfinns i lagen, exempelvis att utföraren ska sträva efter att ge de gamla ett värdigt liv (vilket redan är lagreglerat i Socialtjänstlagen).

Övriga observationer kring skall-krav

- Krav på registrering i kvalitetsregister har ökat från 14% av upphandlingarna under januari till oktober 2011 till 47% av upphandlingarna november 2011 till juni 2012.
- Absoluta krav på personaltäthet förekommer sällan; 5% av upphandlingsunderlagen innehåller krav på viss personaltäthet. En viss ökning har dock skett efter den mediala uppmärksamheten kring kvalitet i äldreomsorg hösten 2011; efter 1 nov 2011 innehåller 16% av underlagen krav på en viss personaltäthet (det är betydligt vanligare att personaltäthet ingår som en poänggivande del i utvärderingen). I en kommun använder man sig av ett alternativ till skall-krav på personaltäthet. Istället för krav på en viss bemanning använder man sig av en rekommendation kring personaltäthet, men poängterar att avvikelser kan godtas om det i anbudet redovisas lösningar som innebär att de krav som ställs i förfrågningsunderlaget ändå uppfylls.
- Krav på meddelarskydd förekommer i ca 90% av upphandlingarna. Formuleringen skiljer sig något åt mellan förfrågningsunderlagen men innebörden är densamma: t.ex. "Meddelarfrihet för personalen ska gälla för entreprenören, likställt med för en kommun enligt tryckfrihetsförordningen (1949:105) och yttrandefrihetsgrundlagen (1991:1496). Entreprenören får inte, genom avtal eller på annat sätt förbjuda personalen att utöva meddelarfrihet. Entreprenören får inte heller eftersöka källan till uppgifter som lämnats"
- Risköverföring från upphandlande kommun till leverantör är vanligt. Volymgarantier saknas ofta; hel eller delvis garanti ses i ~30% av upphandlingar genom t.ex. inslag av fast pris. Ersättning är sällan kopplad till vårdtyngd; endast i ca 15% av upphandlingarna nämns explicit ökad ersättning vid ökad vårdtyngd, och leverantören förbinder sig vanligen att leverera fullgod omsorg till samma pris även vid en ökad vårdtyngd.

Kvalitet ges för liten roll i utvärdering av anbud

Utvärdering görs av pris och/eller kvalitet för att avgöra vilket som är det mest fördelaktiga budet. Som tidigare nämnts finns tre huvudsakliga modeller för utvärdering av anbud:

- *Prisupphandling*: Lägsta pris väljs ut efter uppfyllelse av skall-krav. Denna typ av utvärdering används i 12% av upphandlingarna.
- *Kvalitetsupphandling*: Högsta kvalitet väljs ut efter uppfyllelse av skall-krav (inklusive accepterande av fast pris). Denna typ av utvärdering används i 33% av upphandlingarna.
- *Pris-/kvalitetsupphandling*: Pris och kvalitet viktas för att välja ut det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet. Denna typ av utvärdering används i 55% av upphandlingarna.

Pris: spridning mellan anbud

I pris- och pris-/kvalitetsupphandlingar lägger leverantörerna ett bud som innehåller det pris de kräver för att ta uppdraget. Vid kvalitetsupphandling har kommunen istället fastslagit vilket pris man är beredda att betala.

Vi har tidigare sett att en stor spridning i pris ses mellan kommunerna. *Inom* upphandlingar är spridningen mindre; i genomsnitt ses 18 procents skillnad mellan högsta och lägsta bud inom en upphandling (minsta skillnad mellan högst och lägsta pris inom en upphandling 0 procent; största skillnad 37 procent).

Kvalitet: bedömning och spridning

En mängd olika ansatser används för att bedöma kvalitet. Ansatserna kan ses som ett spektrum, där man i ena änden ber utföraren lämna kvalitativa beskrivningar i fritext av några få, breda områden. I andra änden av spektrumet återfinns höggradigt kvantitativa kvalitetsbedömningar av ett större antal väldefinierade parametrar. I genomsnitt poängsätts 13 kvalitetsparametrar per upphandling. Ofta inbjuder upphandlingsunderlagen till beskrivningar av kvalitet som fokuserar på strukturer och processer snarare än resultat, där utföraren utlovar saker för framtiden snarare än demonstrerar tidigare resultat, och som i relativt låg grad är möjliga att följa upp.

Olika ansatser ses för utvärdering av kvalitet

I en mellanstor kommun används ett större antal specifika parametrar med uppföljningsbara resultatmått. Till exempel: Särskild tid avsatt för aktiviteter minst 7,5 timmar per vecka vilket ger ett avdrag på 4 kronor per dygn; Utflykt minst 1 gång per månad 3 timmar per tillfälle vilket ger ett avdrag på 5 kronor samt Anhörigträffar minst 4 gånger per år vilket ger ett avdrag på 3 kr. Denna bedömning, med många specifika parametrar, ger litet utrymme för helhetsbedömningar och minskar företagens möjlighet till innovation eftersom kommunen i stor utsträckning fördefinierat tjänsten.
I en större kommun används istället en kvalitativ beskrivning och bedömning av tre parametrar: (1) Arbetsmetoder, (2) Ledning, bemanning och kompetens samt (3) Kvalitetsutveckling och uppföljning. Denna bedömningsmodell riskerar att bli mer subjektiv, men lämnar ett större utrymme för helhetsbedömningar, och ger leverantören större möjlighet till att komma med innovativa lösningar.

Innovation premieras sällan explicit i utvärderingen. Var femte kommun kräver dock ”överträffande av förväntningar” för att uppnå full poäng i kvalitetsbedömningen, vilket kan tolkas som en premie för innovation och nytänkande. I en mellanstor kommun nämns uttryckligen att ett sätt att överträffa det förväntade och därmed få full kvalitetspoäng kan vara att beskriva ”en särskilt innovativ lösning”.

Spridningen mellan anbud i resultat av kommunens kvalitetsbedömning är liten. I genomsnitt ses en skillnad på 29 procentpunkter (av maximalt 100) mellan de två anbud som fått bästa respektive sämsta kvalitetspoäng i en upphandling. Exempel finns dock både på stor spridning (t.ex. en storstadskommun med 49 procentpunkters spridning) och mycket liten spridning (t.ex. en annan storstadskommun där kvalitetsspridningen var så låg och prisspridningen var så hög att kvalitetsutvärdering inte genomfördes över huvud taget då ett av anbudsprisen var så mycket lägre än övriga att kvalitetsutvärderingen inte skulle kunna påverka utfallet).

Exempel finns också på upphandlingar där de flesta anbud fått i stort sett full kvalitetspoäng, t.ex i en mellanstor kommun där samtliga fem anbudsgivare fick full poäng inom alla 31 områden förutom i bemanning. Motsatta exempel finns också, i t.ex. en mindre kommun där inget anbud fått bättre än 96 av 275 möjliga kvalitetspoäng.

Viktning av pris och kvalitet

När pris respektive kvalitet utvärderats är upphandlingen avgjord i pris- respektive kvalitetsupphandlingar. För pris-/kvalitetsupphandling görs en viktning av pris och kvalitet för att identifiera det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet. Denna viktning görs på olika sätt i olika upphandlingar.[4] Gemensamt är att kvalitetsbedömningen och priset översätts till samma enhet, d.v.s. kvalitetsbedömning översätts till kronor, eller pris översätts till kvalitetspoäng.

Kommuner anger ibland vilken vikt de ger åt kvalitet redan i upphandlingsunderlaget (t.ex. anger en mellanstor kommun att de viktar kvalitet till 60 procent i utvärderingen). Med få undantag är det dock mycket svårt att i förväg avgöra vilken vikt kvalitet kommer att få i jämförelse med pris; detta eftersom vikten i praktiken kommer att avgöras av vilken spridning som ses mellan anbuden i kvalitetspoäng och i pris. Ju större spridning som ses mellan bästa och sämsta kvalitetspoäng (och ju större värde i kronor denna skillnad ges) desto större vikt har kvalitet i praktiken. Motsatt, vid noll spridning, det vill säga att alla anbud får samma kvalitetspoäng (t.ex. alla för högsta, eller alla får lägsta kvalitetspoäng), kommer kvaliteten inte ha någon påverkan på vilket anbud som vinner upphandlingen och enbart pris blir avgörande. Flera exempel finns på upphandlingar där alla anbud ges mycket liknande kvalitetspoäng och därmed i praktiken enbart avgörs på pris, något som skulle kunna kallas för ’indirekta prisupphandlingar’ (se exempelruta).

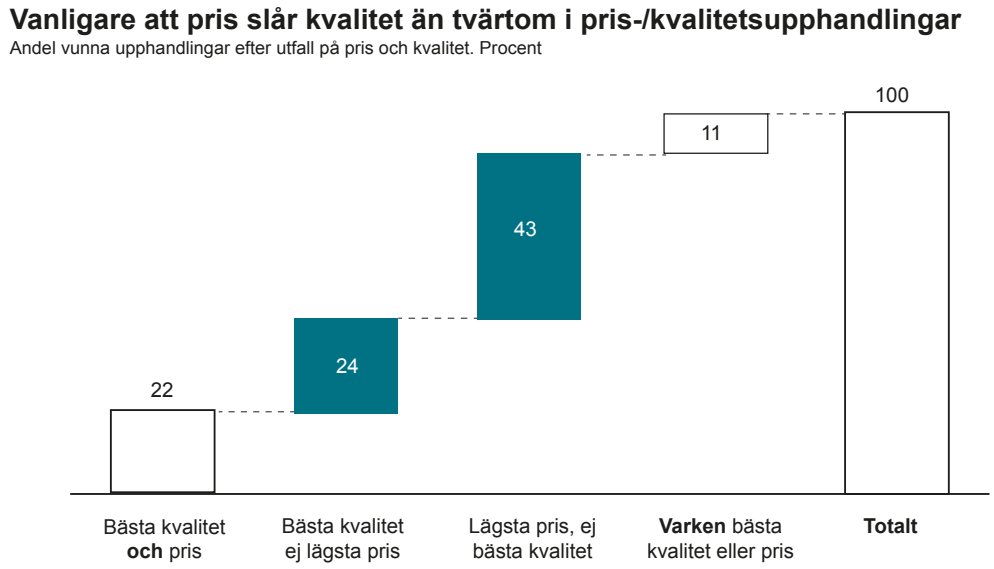
[4] Fördjupning i ämnet kvalitetsviktning återfinns i bl.a. rapporterna ”Metoder vid utvärdering av pris och kvalitet i offentlig upphandling” (Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2004:1) och ”En logisk fälla - Relativ poängsättning av pris vid anbudsutvärdering i offentlig upphandling” (Konkurrensverkets Uppdragsforskningsrapport 2009: 12). Konkurrensverket slår i sina rapporter fast att en metod som översätter kvalitet till kronor för jämförelse är att rekommendera och att metoder som bygger på en relativ poängsättning baserat på samtliga anbud är problematisk.

Exempel på 'indirekt prisupphandling'

En pris-/kvalitetsupphandling genomfördes 2011 i en stor kommun, där 9 anbudsgivare deltog, varav samtliga klarade kvalificeringen. Kommunen utvärderade 15 parametrar, till exempel aktiviteter, information, nattbemanning, tillagning av mat, utbildning och rekrytering, kompetensutveckling, samt promenader. Anbuden fick kvalitetspoäng på en skala från 0 till 110 kronor. Poängen drogs sedan ifrån anbudspriset, för att få ett jämförelsepris. Anbudet med det lägsta jämförelsepriset vann upphandlingen.
I praktiken fick alla anbud mellan 95 och 105 kvalitetspoäng: 6 anbud fick 95 poäng, 2 fick 98 poäng och ett anbud fick 105 poäng. Ett av de 6 anbud som fått lägst kvalitetspoäng (95) vann till slut upphandlingen, eftersom det hade lägst anbudspris och skillnaden i kvalitespoäng var för liten för att någon annan skulle få lägre jämförelsepris.
I detta exempel viktades kvalitet så lågt att enbart pris avgjorde, trots kommunens ambition att låta kvalitet spela en roll.*

** skillnaden mellan högsta och lägsta kvalitetspoäng var 10 kr och skillnaden mellan högsta och lägst pris var ca 300 kronor, dvs kvalitet viktades i praktiken till 3%.*

En liten spridning i kvalitetspoäng ger en låg vikt för kvalitet i praktiken: medianvikten för kvalitet i pris/kvalitetsupphandlingar var 11 procent (lägst 3 procent; högst 84 procent)[5]. Det är därför inte förvånande att pris oftare slår kvalitet än tvärtom i pris-/kvalitetsupphandlingar. I endast en fjärdedel av fallen vann ett anbud som hade bästa kvalitet om det inte även hade lägsta pris. Det omvända var betydligt vanligare; i över 40 procent av fallen vann ett anbud som hade lägsta pris trots att det inte hade bäst kvalitet. (Figur 8)



Figur 8. Anbud med lågt pris slår oftare anbud med hög kvalitet än tvärtom i pris-/kvalitetsupphandlingar

[5] Kvalitetsvikt 11 procent: Differens högsta och lägsta pris: 301 kr; Högsta och lägsta kvalitet: 37 kr
Kvalitetsvikt 3 procent: Differens högsta och lägsta pris: 304 kr; Högsta och lägsta kvalitet: 10 kr
Kvalitetsvikt 84 procent: Differens högsta och lägsta pris: 6,3 mkr; Högsta och lägsta kvalitet: 33,7 mkr

Hur gick det för kommunala anbud?

***Pris**: I genomsnitt rankas kommunala anbud på plats 3 av 7 vad gäller pris, och har alltså ett pris som är lägre än medianbudet. Kommunen lade lägst anbud av alla i 7 av de 29 pris- och pris-/kvalitetsupphandlingar kommunen deltagit i (kvalitetsupphandlingar borträknade eftersom fast pris används).*

***Kvalitet**: Kommunens anbud får generellt bra kvalitetsbedömningar. I två tredjedelar av fallen gavs en enskild utförare dock högre kvalitetspoäng än kommunens anbud.*

I en kommun bedömdes kommunens eget anbud vara 'mindre bra' i områdena Ledning och Bemanning. På övriga nio utvärderade områden bedömdes kommunens anbud som 'Bra', vilket totalt gav kommunen totalt 54 kvalitetspoäng. Vinnande anbud från en enskilda utförare bedömdes som 'Mycket bra' på sex områden av tio områden, vilket totalt gav 74 kvalitetspoäng.

Uppföljning fokuserar ej tillräckligt på resultat och svaga områden

Beskrivningen av den uppföljning som planeras är i de flesta underlag mycket vag. Tydlig beskrivning av uppföljningsfrekvens saknas ofta, förutom att verksamhetsberättelse ska lämnas in årligen. Enstaka exempel finns på beskrivning av uppföljning som initialt är mer intensiv och sedan glesas ut vid goda kvalitetsresultat.

Fokus för den uppföljning som beskrivs ligger på strukturer och processer: finns rätt förutsättningar på plats och utför man de saker som man lovat? Viss uppföljning görs av resultat i form av t.ex. brukarundersökningar, men uppföljningen av objektiva resultatparametrar som t.ex. förekomst av fallskador och undernäring på enhetsnivå är begränsad.

Möjlighet till vite vid allvarliga kvalitetsbrister är vanligt förekommande (över 80 procent av upphandlingarna). Genomsnittligt högsta vitesbelopp är ca 60-120 kr per brukare och dygn (5-10 procent av ersättningen). I vissa fall benämns vite i termer av basbelopp och i andra fall som del av den dagliga eller veckovisa ersättningen. Bestämmelser kring vilken typ och allvarlighetsgrad av kvalitetsbrister som krävs för vite specificeras inte i kontrakten. Leverantörer upplever att vite ofta är publicitetsdrivet.

Hur uppföljning genomförs i praktiken skiljer sig åt mellan kommuner

I en storstadskommun beskrivs ett standardiserat uppföljningspaket med årlig inspektion enligt SoL samt HSL där äldreinspektör samt medicinskt ansvarig sjuksköterska kontrollerar dokumentation, ledningssystem, pratar med personal samt brukare, samt "känner på den allmänna atmosfären". Dessutom kan mer frekventa inspektioner läggas till i början av en avtalsperiod, för att sedan glesas ut vid bra kvalitetsutfall.

I en mellanstor kommun, beskrivs en betydligt glesare uppföljning. Efter ett initialt tillsynsbesök ungefär en månad efter övertagande görs normalt inga planerade uppföljningar förrän strax innan en eventuell förlängning av avtal (efter 3-4 år). Mer frekvent uppföljning görs endast vid avvikelser och anmälningar. Önskemål uttrycks om en mer proaktiv uppföljning på regelbunden basis med en djupare individuppföljning enligt HSL.

Incitament saknas för att höja kvalitet under pågående avtalsperiod

Leverantörer har incitament att utlova hög kvalitet i sina anbud för att möta den miniminivå som slås fast i skall-kraven, och för att öka sina chanser att vinna upphandlingen. Efter avtalsslutande har leverantörer incitament att inte leverera under den utlovade nivån (för att undvika sanktioner).

Inga villkor har kunnat identifieras i underlagen som ger leverantörerna direkta incitament att *öka* kvaliteten under avtalsperioden, till en högre nivå än utlovat, eller att införa nya metoder och innovationer som är kvalitetshöjande men inte kostnadssänkande för utföraren.

Möjligheter till kontraktsförlängning (i upp till sammanlagt 6 år) finns i samtliga studerade upphandlingsunderlag. Möjligheten till avtalsförlängning skulle kunna utgöra ett incitament att öka kvaliteten. Förlängning villkoras dock inte explicit till gott kvalitetsutfall, och i praktiken ser vi indikationer på att kontrakt förlängs i de allra flesta fall om inte grova kvalitetsbrister setts. Möjlighet till förlängning kan därför inte ses som ett incitament för att *öka* kvaliteten, utan snarare som ett sätt motverka att grova kvalitetsbrister uppstår på andra områden än de som specificerats i upphandlingsunderlaget.

Förlängning är inte alltid avhängig av god kvalitet

I en kommun beskrivs att problem med utföraren förekom under hela den treåriga avtalsperioden med bland annat bemanning som enligt upphandlande kommun varit mycket undermålig. Strax före avtalsperiodens slut kom utföraren dock tillrätta med problemen och fick sedan avtalet med kommunen förlängt i ytterligare tre år trots de brister som förekommit.

Förlängning är ofta (i ca hälften av fallen) ensidig, vilket innebär att leverantören i teorin inte kan tacka nej. I endast ett fall beskrivs möjlighet för leverantören att säga upp kontraktet under pågående avtalstid. Ensidigheten beskrivs av en leverantör som ett potentiellt ökande problem givet de kostnadsdrivande förändringar i regler och förutsättningar (t.ex. ökade krav från Socialstyrelsen) man framöver kan vänta sig under pågående avtalperiod.

Målrelaterad ersättning, där en del av ersättningen villkoras utifrån kvalitetsutfall, används i ökande utsträckning i sjukvården och kan vara ett sätt att stimulera ökad kvalitet. Ingen målrelaterad ersättning ses i någon av de studerade upphandlingarna, vare sig i form av höjd ersättning vid goda kvalitetsutfall eller sänkt ersättning kopplat till sämre kvalitetsutfall. Vi har inte observerat några skillnader före och efter mediefokuset under hösten 2011.

Inga skrivningar finns heller i underlagen kring möjligheter till ökad ersättning för eventuella innovationer eller andra förbättringar under kontraktstiden.

4. Diskussion: Det finns stora möjligheter att förbättra styrningen mot kvalitet i upphandlingar

Att styra mot en ökad kvalitet i äldreomsorgen genom offentliga upphandlingar är en utmaning av tre huvudsakliga skäl:

- Kommunerna står inför en stor kostnadsutmaning, och det huvudsakliga målet med upphandlingar är därför ofta (men inte alltid) att nå lägre priser och kostnadskontroll snarare än att öka kvaliteten i äldreomsorgen.
- Komplexa tjänster såsom äldreomsorg, där kvalitet inte till fullo går att tydligt definiera i kontrakt, är utmanande att upphandla eftersom leverantörens goda namn och tidigare prestationer inte tillåts spela samma stora roll som de gör vid privata affärstransaktioner. Detta skapar stora behov av incitament för att säkerställa att god kvalitet kan bidra till en ökad lönsamhet på sikt.
- Det saknas en gemensam definition av, och valida mått för, kvalitet i äldreomsorgen vilket gör det utmanande att formalisera och följa upp kvalitetskrav i upphandlingar och skapa kontraktsbundna incitament för att öka kvalitet under avtalsperioden.

I vår genomgång av upphandlingar av särskilda boenden under 2011 och 2012 har vi kunnat observera att kommunerna hanterat dessa utmaningar på olika sätt. I detta avsnitt diskuterar vi tänkbara alternativ för hur arbetet med upphandling av särskilt boende kan utvecklas för att i ökad utsträckning bidra till en höjd kvalitet i äldreomsorgen.

Tydliggör upphandlingens syfte och ambitionsnivå

Kommunerna står inför en stor kostnadsutmaning. Detta innebär att fokus vid upphandling ofta är minskade kostnader, snarare än ökad kvalitet. De ökade krav på kvalitet som kan väntas från framtidens äldre, tillsammans med de finansieringssvårigheter som förutspås, gör det nödvändigt att nå bästa möjliga kvalitet till lägsta möjliga kostnad. Olika avvägningar kan dock göras mellan att sträva efter å ena sidan sänkta kostnader med bibehållen kvalitet, och å andra sidan höjd kvalitet till bibehållen kostnad. Det är upp till köparen (kommunen) att besluta om vad som är målsättningen med upphandlingen.

Tidigare undersökningar har inte kunnat visa någon direkt koppling mellan kostnadsnivåerna för äldreomsorgen på övergripande nivå i en kommun och kvalitet såsom den mäts i Öppna jämförelser[18]. Vid upphandling av enskilda boenden finns dock en koppling mellan vad utförarna levererar och vad kommunen beställt. I exempelvis en kvalitetsupphandling kommer den kvalitet som utförarna kan leverera påverkas av om kommunen anger att de kommer att betala 1046 kronor per brukare och dygn eller 1810 kronor per brukare och dygn.[6]

Vi har inte kunnat observera någon omfattande diskussion i samhället kring variationen i ambitionsnivå för särskilda boenden mellan olika kommuner. Denna aspekt bör beaktas, särskilt i utvecklingen av nationella ramverk för kvalitetsuppföljning.

Förbättra styrningen mot kvalitet i upphandlingsförfarandet

Säkerställ en basnivå (och förenkla och förtydliga upphandlingarna)

Dagens upphandlingsunderlag är mycket omfattande och ofta svåra att överblicka. Att vissa kommuner bedömer att drygt hundra skall-krav är tillräckligt, medan andra kommuner lägger in uppemot trehundra skall-krav är ett tecken på att det finns en osäkerhet kring hur kvalitet i äldreomsorgen ska definieras, mätas och säkerställas.

Hanteringen av de omfattande, komplicerade och ibland otydliga upphandlingsunderlagen tar stora resurser i anspråk, både för de företag som vill lägga anbud och för kommunen i framtagande av underlag och utvärdering av anbud. Mängden snarlika men inte identiska skall-krav, som sträcker sig från det mycket basala till det rent visionära, gör det svårt för utförarna att tydligt värdera vilka aspekter av kvalitet som en enskild kommun prioriterar. Det gör det även svårt för den enskilda utföraren att skapa ett bra kvalitetsuppföljningssystem som tar hänsyn till den enskilda kommunens specifika krav. Vidare kan de många skall-kraven även tänkas utgöra en inträdesbarriär för mindre aktörer på marknaden, då det kan tänkas vara utmanande för dessa att med små resurser hantera den stora administration som de omfattande förfrågningunderlagen skapar. En av de mindre aktörerna uppger att det kan ta flera månader att utforma ett anbud.

Enligt vår bedömning bör antalet skall-krav i varje upphandling kunna minskas och framför allt i högre grad användas tvärs kommuner. Att 40-70 procent av kraven kan anses vara basala tyder på att det bör vara möjligt att skapa en standardspecifikation för särskilda boenden med skall-krav som alltid bör finnas med. En sådan specifikation skulle kunna användas som bas för upphandlingar i samtliga kommuner, med separata tillägg av de ytterligare krav som en enskild kommun ser som särskilt viktiga (man kan även tänka sig att en kommun finner anledning att göra ett avsteg från den nationella kravspecifikationen). En gemensam basnivå skulle förenkla upphandlingsförfarandet, och samtidigt garantera att krav motsvarande en gemensam basnivå alltid ställs. En gemensam specifikation skulle kunna utvecklas av t.ex. SKL eller Socialstyrelsen. Detta arbete skulle även kunna kopplas till det arbete som pågår med att ta fram en etisk plattform för välfärdstjänster.

Ställ i högre grad krav på resultat istället för strukturer och processer

Förvånansvärt sällan ställs i upphandlingar krav på ett visst resultat – att ha uppnått, eller i framtiden förbinda sig att uppnå, en viss nivå på olika mått på kvalitet. Krav berör istället antingen strukturer eller processer, och är ofta formulerade på individnivå istället för på

[6] Högsta och lägsta angivna pris i kvalitetsupphandlingar 2011 och första halvåret 2012

gruppnivå, vilket gör mätning och uppföljning mycket svårare. Ofta är det orealistiskt, om än lovvärt, att utföraren lever upp till ett visst krav för *alla* boende oavsett omständigheter; detta har snarare karaktären av en målsättning eller vision (och krav formuleras också ofta som 'ska sträva efter'). Det är sannolikt mer realistiskt att *kräva* att man klarar att leva upp till ett krav i en viss andel av fallen; att ett visst resultat ses för enheten som helhet. T.ex. är det rimligare att kräva att en viss andel av brukarna ska vara nöjda eller mycket nöjda med sin omsorg, än att alla ska vara det, och rimligare att kräva att förekomsten av trycksår ska vara högst en viss nivå, snarare än att inga trycksår ska förekomma. Krav som utformas på detta sätt är i högre grad möjliga att följa upp och koppla till sanktioner.

Krav på ett visst utfall skulle kunna ställas både retrospektivt (man måste tidigare ha presterat på en viss nivå i befintliga boenden för att kvalificeras sig) och prospektivt (man förbinder sig att prestera på en viss nivå i detta kontrakt om man vinner upphandlingen).

Ett större fokus på resultatkrav kan dels bidra till att utesluta olämpliga leverantörer, dels på sikt innebära ett ökat incitament att upprätthålla god kvalitet i befintliga boenden. Vetskapen om att kvalitetsutfall, även vad gäller dimensioner som ej specifikt inkluderas i existerande avtal, kan komma att bedömas vid tilldelning av framtida kontrakt skulle kunna utgöra ett kraftfullt incitament att leverera hög kvalitet för att säkra framtida volymer (ett s.k. icke-kontraktsbundet incitament). Ett ökat fokus på resultat kan också möjliggöra en minskad detaljstyrning av strukturer och processer, vilket kan öka utrymmet för innovation både i anbudssituationen och under pågående kontrakt.

I praktiken skulle det kunna vara relevant för upphandlande kommuner att:

- *Öka användningen av resultatkrav på gruppnivå,* dels genom krav på ett visst historiskt utfall på relevanta kvalitetsmått och dels genom krav på ett visst minimiutfall framgent.
- *Överväga att använda graderade referenser för att ta hänsyn till tidigare prestationer*. Idag krävs 'goda vitsord' i endast ca hälften av fallen, och i resterande fall verkar referenser främst användas för att säkerställa att företagen har relevant erfarenhet.

Några framgångsfaktorer och praktiska hinder finns att ta hänsyn till vid ett ökat fokus på kravställning kring utfall:

- Ökad kravställning kring resultat skulle underlättas av accepterade standarder för vad som utgör goda och relevanta mått på kvalitet, i form av till exempel ett nationellt ramverk för kvalitetsuppföljning.
- För att kommunerna framgångsrikt ska kunna ställa krav på resultat krävs en bra uppföljning. Uppföljningen fokuserar idag ofta på strukturer och processer, och i allt för liten utsträckning på verksamhetens resultat. För att vara resurseffektiv och ändamålsenlig bör frekvensen i uppföljning av enskilda boenden i stor utsträckning vara beroende av vilka utfall som ses; i de fall där dåliga resultat eller oroande tendenser ses behöver uppföljning, i form av t.ex. inspektioner, göras oftare, medan den kan glesas ut i de fall där resultaten pekar åt rätt håll.
- Det är viktigt att säkerställa att inträdesbarriärerna på marknaden inte blir alltför höga om historiska utfall i högre grad används i kvalificering.
- Krav på ett visst utfall vad gäller t.ex. brukarnöjdhet kompliceras av den variation som ses mellan kommuner i betalningsvilja för särskilda boenden; är det rimligt att uppnå samma brukarnöjdhet i en kommun som har möjlighet att betala 1000 kr per brukare och dygn jämfört med en som har möjlighet att betala 1800 kr per brukare och dygn? En möjlighet kan

vara att använda sig av relativa kvalitetsmått; krav kan ställas på en viss procentuell förbättring av t.ex. brukarnöjdhet över tid.

- Hänsyn måste tas till olika grundförutsättningar för de äldre; t.ex. kommer ålder och sjuklighet att påverka utfall vad gäller ett flertal kvalitetsparametrar. Hänsyn bör också tas till utgångspunkten för det enskilda boendet; hur har utfallet tidigare sett ut för olika kvalitetsparametrar vid detta boende?

En ökad kravställning på verksamhetens resultat är ett viktigt instrument för att styra mot, och belöna, kvalitet. Enskilda kommuner kan, såsom gjorts i enstaka kommuner hittills, testa olika modeller för att ställa krav på resultat. Sannolikt vore dock samtidigt ett gemensamt utvecklingsarbete på detta område värdefullt, med fokus på att ta fram riktlinjer och stöd till kommunerna kring vilken typ av kravställning som är mest fördelaktig för styra mot kvalitet.

Utveckla utvärderingsmodeller som speglar ambitionsnivå och uppmuntrar kvalitet

Syftet med utvärdering är att välja ut det för kommunen mest fördelaktiga anbudet. Utvärderingen görs på olika sätt i pris-, kvalitets-, och pris-/kvalitetsupphandlingar, men i alla tre upphandlingstyperna strävar man, på övergripande nivå, efter att uppnå bästa möjliga kvalitet till lägsta möjliga pris.

Ibland hörs uppfattningen att prisupphandlingar enbart pressar ned priset på bekostnad av kvaliteten. Att vi i denna undersökning inte kan observera något tydligt samband mellan typen av upphandling och resulterande pris tolkar vi som att kommunernas ambitionsnivå i hög grad påverkar priset oavsett upphandlingstyp, och att en kommun kan välja en hög respektive låg ambitionsnivå för kvalitet oavsett upphandlingstyp. En utförare berättar att man internt klassificerar olika upphandlingar inte efter om de på papperet kallas pris-, kvalitets- eller pris-/kvalitetsupphandling, utan efter vad man tolkar att kommunen egentligen tycker är viktigast i just denna upphandling – pris eller kvalitet. Man kan därför även överväga att benämna upphandlingstyperna prisupphandling och kvalitetsupphandling på annat sätt, t.ex.

- *Fastprisupphandling* eller *mervärdesupphandling* (istället för kvalitetsupphandling)
- *Fastkvalitetsupphandling* eller *effektivitetsupphandling* (istället för prisupphandling)

Oavsett val av utvärderingsmodell bör varje kommun tänka igenom vilken ambitionsnivå man har för kvalitet (och vilken betalningsviljan är), och noga säkerställa att upphandlingsunderlaget på bästa sätt reflekterar denna. Det är också viktigt att noga tänka igenom vilka aspekter av kvalitet som är viktigast; kommunerna bör i upphandlingen lägga fokus på sådant som verkligen skapar värde för den äldre, och undvika att ställa krav på sådant som driver ökade kostnader utan att nödvändigtvis skapa mer värde. Ett exempel på krav där olika uppfattningar finns kring graden av värdeskapande är personaltäthet; det är inte säkert att ett ökat antal personer alltid är det som skapar mest värde för de äldre i förhållande hur dessa pengar skulle kunna investeras i andra insatser för den äldre. Kanske är det utöver en viss miniminivå i antalet personer ibland viktigare vilken kompetens personalen har, eller vilken kvalitet måltider eller sociala aktiviteter håller? Ett annat exempel är krav på daglig utevistelse för de äldre; kanske är det ibland mer värdefullt att kunna välja mellan olika typer av aktiviteter, inomhus eller utomhus?

Kvalitetsaspekter som kommunen vet att den vill ha kan formuleras som skall-krav, medan önskemål som man vill ha om de erbjuds till rätt pris kan ge poäng i utvärderingen av kvalitet (i kvalitets- och pris-/kvalitetsupphandlingar).

Några tydliga särskiljande drag finns mellan upphandlingstyperna:

- *Prisupphandling*: Upphandling på pris med fastslagna kvalitetskrav används t.ex. när kommunen vill sänka kostnader men har en tydlig bild av vilken kvalitet man vill ha. Fokus för leverantörerna blir att hitta kostnadseffektiva lösningar för att uppnå den av kommunen specificerade kvaliteten och därigenom sänka kommunens kostnader för äldreomsorgen. Därför är det viktigt för kommunen att säkerställa att skall-kraven speglar den kvalitet man önskar; man kommer inte att få mer än man beställt. Den rationelle leverantören uppskattar sannolikt sina kostnader för att erbjuda den specificerade kvaliteten (ej högre än vad kommunen beställt – då riskerar man att bli för dyra), och lägger sedan till en vinstmarginal. En tydlig risk vid prisupphandling är därför att den definierade krav-nivån är för låg, vilket kan ge den önskade effekten lågt pris men också låg kvalitet. Om skall-kraven är mycket kostnadsdrivande (och kanske missriktade) finns samtidigt en risk för att prisnivån blir allt för hög.
- *Kvalitetsupphandling*: I en kvalitetsupphandling är det tydligt för utförarna vad kommunens betalningsvilja är för äldreomsorgen, och det är upp till utförarna att försöka vara kreativa i att erbjuda (eller åtminstone beskriva), så hög kvalitet som möjligt för denna summa. Syftet med kvalitetsupphandling kan vara en kombination av att sänka kostnader och höja kvalitet. Det pris som erbjuds kommunen kan t.ex. vara på samma nivå som kostnaden man tidigare haft för den kommunala verksamheten (med syfte att höja kvaliteten till samma kostnad) eller lägre (med syfte att sänka kostnaderna till en viss nivå, men behålla så hög kvalitet som möjligt). Det faktum att vi observerar både ’dyra’ och ’billiga’ kvalitetsupphandlingar visar att olika ambitionsnivåer i högsta grad finns även för kvalitetsupphandlingar. Den rationelle leverantören uppskattar sannolikt vad han kan leverera till det fasta priset (minus en viss vinstmarginal), och erbjuder detta. Priset kommer därför i hög grad att påverka vilken kvalitet som erbjuds, och det är viktigt för kommunen att göra realistiska bedömningar kring vilken kvalitet som kan levereras till vilket pris. En kvalitetsupphandling med ett mycket lågt fast pris kommer sannolikt inte att leda till en särskilt hög kvalitet.
- *Pris-/kvalitetsupphandling*: Vid upphandling på både pris och kvalitet bestämmer kommunen varken pris eller kvalitet fullt ut; däremot styr man indirekt båda genom nivån på skall-krav och utformning av utvärderingskriterier. Denna typ av upphandling ställer varken krav på kommunen att i förväg veta var ’rätt’ prisnivå ligger (jämför kvalitetsupphandling) eller fullt ut själva specificera alla kvalitetsaspekter (jämför prisupphandling), och är sannolikt fördelaktig när kommunen inte har en färdig åsikt om vilken kvalitets- eller prisnivå som är den rätta, utan vill uppnå bästa möjliga värde för sina pengar inom vissa givna ramar. Det är viktigt för kommunen att utforma utvärderingen så att kvalitet får lagom stor vikt. Ges kvalitet liten eller mycket stor vikt övergår upphandlingen i praktiken till att vara en prisupphandling respektive kvalitetsupphandling (mer om bedömning och viktning av kvalitet nedan).

I kvalitets- och pris-/kvalitetsupphandlingar bedöms kvalitet, och anbuden poängsätts och rangordnas. Utformningen av bedömningskriterier är avgörande både för vilken typ av kvalitet som premieras och vilket genomslag kvalitet får. Avvägningar måste göras mellan detaljreglering (där man specificerar exakt vad som ger extra poäng, och hur mycket) och mer subjektiva bedömningar (där man bedömer nivån på en lösare hållen beskrivning av hur en viss kvalitetsaspekt ska adresseras). Vi ser att en bredare ansats används i de flesta upphandlingarna, med inslag av detaljreglering på de områden där kommunen har starka

åsikter om vad som utgör god kvalitet. Detta är sannolikt ett fördelaktigt sätt att hantera balansen mellan detaljreglering och övergripande bedömning. Ytterligare steg borde dock kunna tas bort från detaljreglering jämfört med idag. Bredare bedömningar har inslag av subjektivitet, vilket kan vara en fördel i och med att det lämnar något större utrymme att göra en helhetsbedömning av den kvalitet som utföraren utlovar. En bredare bedömning lämnar också större utrymme för innovation, särskilt i de fall där krav ställs på att 'överträffa förväntningar' för att få full kvalitetspoäng, och ställer mindre krav på att kommunen själva ska definiera exakt vad som utgör god kvalitet och fördefiniera vilka innovationer som premieras redan i upphandlingsunderlaget.

Kommuner skulle också kunna ställa krav på utförarna att utveckla modeller för hur deras utlovade kvalitet i anbudet kan följas upp. För att få maximal kvalitetspoäng skulle kommunerna till exempel kunna kräva att leverantören på ett trovärdigt sätt beskrivit för kommunen hur den kvalitet och det kvalitetsarbete de utlovat kommer att leda till ökad kvalitet för brukarna och hur detta kan följas upp. Detta skulle skapa ytterligare incitament för utförarna att bidra i utvecklingen av kvalitetsmått och uppföljningsmodeller. I förlängningen skulle resultatbaserad ersättning också kunna kopplas till mått som leverantörerna själva föreslagit.

I pris-/kvalitetsupphandlingar sker utöver den rena kvalitetsbedömningen en viktning mellan pris och kvalitet. Denna är komplicerad, och vilken vikt kvaliteten får i praktiken beror på det faktiska utfallet av kvalitetsbedömningar samt vilka pris som anges i anbuden. Förenklat får kvaliteten större vikt ju större skillnaden i kvalitetsutfall (översatt till kronor) blir mellan anbuden. För att uppnå en hög vikt för kvalitet, och därigenom en större sannolikhet att ett bud med hög kvalitet slår ett bud med lågt pris, är det viktigt att säkerställa att det är möjligt att få en stor spridning i utfallet av kvalitetsbedömningar, och att denna spridning översätts till en stor skillnad i kronor. I de studerade upphandlingarna ser vi istället att spridningen i kvalitetspoäng mellan anbud ofta är relativt liten inom en upphandling. Om alla anbud uppfyller lika många kvalitetskrav tappar kvalitet sin roll som särskiljare och man kan tala om indirekta prisupphandlingar, där endast priset blir avgörande i praktiken. Ett sätt att öka vikten av kvalitet i dessa upphandlingar är att utforma en kvalitetsbedömning med höga ambitioner som resulterar i en stor spridning mellan anbuden där endast de bästa uppnår höga poäng. Ett annat är att öka det antal kronor som full kvalitetspoäng ger. Störst effekt fås om båda möjligheterna att öka betydelsen av kvalitet i upphandlingen tillämpas.

Mät kvalitet och stärk incitament för ökad kvalitet under avtalsperioden

Det finns ingen etablerad definition av vad kvalitet i äldreomsorgen är, än mindre finns väletablerade metoder för hur kvalitet ska mätas. Vanligtvis används istället för resultatmått olika former av struktur- eller processmått som man förväntar sig ska leda till kvalitet. Det finns ett behov av ett nationellt ramverk som på ett tydligt och samlat sätt beskriver kvalitet i särskilda boenden. Ett sådant ramverk bör innehålla en kombination av mått på (1) utfall som är objektivt mätbara på gruppnivå, och (2) den subjektiva upplevelsen hos den enskilde brukaren. Det är också relevant att inkludera viktiga struktur- och processmått, men huvudfokus bör sannolikt ligga på resultatmått. Eftersom olika brukare har olika behov och olika bedömningar av vad som utgör kvalitet är den subjektiva upplevelsen viktig. Denna kan definieras som t.ex. brukarnöjdhet, som kan sägas göra det omätbara mätbart. Man skulle också kunna tänka sig att måtten bör täcka in de olika aspekterna av 'god vård och omsorg inom socialtjänsten'(självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och

säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet, samt effektivitet) eller de aspekter som lyfts i Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (insatser av god kvalitet; privatliv och integritet; självbestämmande, delaktiget och individanpassning; gott bemötande; trygghet samt meningsfull tillvaro). Med tanke på att vistelsen på särskilt boende ofta är relativt kort är det även viktigt att mätningar genomförs ofta. Brukarundersökningar bör sannolikt innehålla endast några få frågor, för att öka svarsfrekvensen. För att höja transparensen bör kvalitetutfall redovisas både på kommun- och boendenivå, dock aldrig på individnivå.

Inte alla kvalitetsmått kan fullt ut påverkas av leverantören; vissa patientutfall kommer i hög grad påverkas av olikheter mellan boenden vad gäller t.ex. ålder och sjuklighet hos de boende. Justeringar skulle kunna göras för t.ex. ålder, men även utan sådana kan dessa mått vara relevanta. Till exempel kan de användas för jämförelser på nationell nivå, eller jämförelser över tid för ett enskilt boende.

Exempel på möjliga resultatmått skulle kunna vara:

- Övergripande brukarnöjdhet
- Andel brukare som skulle rekommendera boendet till en vän
- Frekvens trycksår

För att lyckas med mätning av kvalitet behöver fortsatta investeringar göras i utvecklingen av gemensamma ramverk för att mäta kvalitet. Detta är ett gemensamt intresse för beställare (som vill säkerställa god kvalitet) och utförare (som måste visa att de levererar god kvalitet för att fler kommuner ska välja att upphandla äldreomsorg och därigenom skapa en växande marknad). Ett initiativ pågår just nu från Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund, där en grupp i ett gemensamt projekt arbetar med att ta fram ett förslag på ett nationellt kvalitetsramverk.

Mätning och uppföljning av kvalitet är förstås lika relevant och viktigt för boenden som drivs i kommunal regi. Nationell mätning och uppföljning av kvalitet kan även vara ett instrument för att illustrera skillnader och främja jämlikhet mellan t.ex. kommuner eller socioekonomiska grupper och kan bidra till att öka den generella kvaliteten på sikt.

Kvalitetsramverk i andra länder

Storbritannien: *Care Quality Commission (CQC) är en relativt nybildad myndighet som ansvarar för tillsyn och inspektion av vård och omsorg. CQC använder ett nationellt kvalitetsramverk för uppföljning av särskilt boende, med 16 kvalitetsstandarder, kallade "the essential standards". För varje område finns målnivåer för förväntat utfall för brukaren, och för att att utförare ska bli godkända vid den årliga utvärderingen krävs att målnivåer uppnås inom samtliga områden. Exempel på områden är: individuell omvårdnad, patientsäkerhet samt bemanning. Undersökningar av brukarnöjdhet ingår inte. Utvärdering sker genom såväl föranmälda som oanmälda (1 gång årligen, samt vid indikationer på missförhållanden) besök i verksamheterna, och rapporter på enhetsnivå publiceras på CQC:s hemsida och är således tillgängliga för allmänheten.*

Danmark: *I Danmark finns ett ett kvalitetssystem för all verksamhet inom vård och omsorg: Den Danske KvalitetsMode (DKKMl). Modellen för äldreomsorg har funnits sedan 2009. Idag är endast fyra av 98 kommuner ansluta, men ytterligare fyra är på gång, och målet är att samtliga vårdgivare ska vara anslutna. För äldreomsorgen finns 55 kvalitetsindikatorer inom 31 områden. För varje indikator finns olika steg definierade som måste enheten måste uppnå för att blir ackrediterade. Institut for Kvalitet och Ackreditering i Sundhedsväsenet (IKAS) ansvarar för ackreditering, och publicerar information om olika enheters ackreditering på sin websida. Exempel på områden och indikatorer inkluderar vård i livets slutskede (samarbete i palliativa insatser, livskvalitet, symtomlindring) och hygien (handhygien, infektionshygien)*

Eftersom varumärke och rykte spelar liten roll vid offentlig upphandling, har företag efter att ha vunnit ett kontrakt i teorin större incitament att sänka kostnader än att upprätthålla kvalitet. Detta kan motverkas med mätning av kvalitet kopplat till tydliga incitament att upprätthålla och höja kvalitet i existerande boenden. Idag finns incitament för att erbjuda bra kvalitet i nya boenden för att på så sätt vinna en upphandling, men incitamenten för att höja kvaliteten i existerande kontrakt är betydligt svagare – varför ska man höja kvaliteten till en högre nivå än den som avtalats om det inte kommer att påverka ersättningen? Flera möjligheter finns för kommuner att stärka dessa incitament.

Skapa incitament i avtalen att öka kvaliteten under avtalsperioden

Kontraktsbundna incitament är bestämmelser i kontraktet som skapar direkta incitament för leverantören. Dessa kan uppmuntra kostnadssänkningar och/eller kvalitetsökning.

Incitament för leverantören att sänka kostnader för att öka lönsamheten finns självklart. I dag ses även incitament som syftar till att säkerställa att den utlovade kvaliteten levereras (sanktioner i form av viten och avbrytande av kontrakt), men dessa kräver i praktiken vanligtvis allvarliga kvalitetsbrister för att de ska utfärdas. Positiva incitament som uppmuntrar hög kvalitet finns till viss del i form av möjlighet till förlängning av kontrakt (men detta utgör ett svagt incitament eftersom förlängning ofta sker även vid kvalitetsbrister).

Stora möjligheter finns för kommunerna att stärka incitamenten för ökad kvalitet:

- *Målstyrning med kopplade ekonomiska incitament*. Positiva incitament (målrelaterad ersättning) eller negativa incitament (avdrag på ersättning vid bristande måluppfyllelse) kan kopplas till målnivåer på viktiga kvalitetsparametrar (såsom brukarnöjdhet), som sedan kan höjas över tid. Detta ger företag ett tydligt incitament att kontinuerligt förbättra kvaliteten. Målstyrning, i motsats till styrning av insatsfaktorer genom att reglera strukturer och processer, medför tydliga krav på kvalitet och lämnar samtidigt stor frihet för leverantörer att skapa nya vägar för att nå utlovade kvalitetsnivåer. Detta ger både utrymme för innovation och incitament för företag att vara innovativa för att höja kvaliteten och brukarnöjdheten. Ett alternativ till absoluta målnivåer är att belöna/bestraffa förändringar i resultat gentemot hur situtationen såg ut vid upphandlingstillfället. Vid konkurrensutsättning av ett boende som tidigare haft stora problem kan till exempel delar av ersättningen kopplas till en viss förbättring i brukarnöjdhet under de första åren. Användning av målrelaterad ersättning inom hälso- och sjukvården har de senaste åren ökat i omfattning i både Sverige och internationellt. Till exempel ges i primärvården i vissa landsting ersättning för varje patient som når uppsatta mål vad gäller t.ex. blodtryckssänkning och rökavvänjning.[28-30]

- *Minimikrav för förlängning av kontrakt*: En förlängning av kontrakten kan villkoras utifrån uppnådda kvalitetskrav, som kan vara ökande över kontraktsperioden. I dag är tendensen att flesta kontrakt förlängs mer eller mindre automatiskt om inte mycket allvarliga kvalitetsbrister förekommit och inte rättats till. En tydligare koppling mellan kvalitetsutfall och förlängning skulle innebära ett tydligt incitament att leverera kvalitet. Kontraktsförlängning bör heller inte vara ensidig (som idag ofta är fallet), för att undvika situationer där en leverantör i teorin har ett incitament att underleverera för att slippa ifrån ett kontrakt som inte längre är lönsamt på grund av ändrade omständigheter.

- *Möjligheter till ersättning för innovation inom existerande kontrakt*: När kontrakt väl slutits finns idag inga möjligheter till ökad ersättning vid förändringar i omständigheter eller innovation som medför ökade kostnader. Väsentliga förändringar i avtal som inte framgått av upphandlingsunderlagen medför behov av att genomföra en ny upphandling, vilket begränsar möjligheterna att ändra ersättning. Ett möjligt sätt att stödja kvalitetshöjande innovation under avtalsperioden kan vara att införa en möjlighet till särskilt stöd för innovationsprojekt, eller att i kontraktet definiera att kommunen har rätt att under pågående kontrakt öka ersättningen för att täcka innovationer som man bedömer är värda att betala för, och på så sätt möjliggöra tilläggsköp av tjänster / metoder som utvecklats under kontraktsperioden. Det är samtidigt viktigt att denna typ av avtalsklauser utformas på ett transparent och tydligt sätt för att minimera risken för att möjligheten till att ge extra ersättning för innovation används på ett otillbörligt sätt.

Innovation i Danmark
Danmark nämns ofta som ett föregångsland för innovation inom äldreomsorgen. En viktig del i detta har varit 'brukardriven innovation', ett angreppssätt för att använda privata företags innovationskraft för utveckling av produkter och tjänster i äldrevården. I Köpenhamn genomförs sedan tre år innovationsprojeket 'Det Gode Ældreliv' i samarbete med privata företag. Projektet syftar till att öka brukarnas livskvalitet genom brukardriven innovation. Brukare vid Solund äldreboende och företag har mötts i ett 'Living Lab' där brukarnas behov och önskemål har varit utgångspunkten för utveckling av nya lösningar.

Äldre på särskilt boende är en grupp som för företagen är svåra att nå, något som underlättats genom projektet. Projektet har genererat både produkter och metoder/tjänster, till exempel automatiska dörröppnare, Memoplanner (en touch screen som hjälper till att strukturera vardagen), medicinsamtal, spårare av dementa personer som försvunnit samt värmeterapi. Projektet har även fungerat som en plattform för utveckling av metoder för samarbete mellan det privata och det offentliga.

Utöka betydelsen av att hålla en hög generell kvalitet, även på områden som inte specificerats i avtalet

I och med att det fortfarande finns stora utmaningar i att definiera och mäta kvalitet är icke-kontraktsbundna incitament nödvändiga, för att uppmuntra en generell hög kvalitet även på områden som inte specificeras i kontraktet.

I de flesta affärsrelationer består de icke-kontraktsbundna incitamenten av en önskan att bygga upp ett bra rykte för att attrahera dels nya kunder och dels få förnyade/utökade avtal med existerande kunder. Trots kundens eller brukarens begränsade inflytande vad gäller särskilda boenden som upphandlats enligt LOU finns idag i viss mån icke-kontraktsbundna incitament inom äldreomsorgen. Dessa skulle dock kunna vara mycket starkare.

Leverantörer av välfärdstjänster har ett intresse av att stärka sina varumärken och blir kända för hög kvalitet. Flera företag är verksamma inom olika delar av välfärden och deras rykte från drift av upphandlade särskilda boenden smittar av sig på företagens övriga verksamheter och påverkar deras möjligheter att attrahera kunder i dessa; till exempel kan företagen behöva attrahera kunder inom hemtjänst och vårdcentraler (där flera av aktörerna är verksamma inom valfrihetssystem). Vad gäller särskilt boende är valfrihetssystem ännu ovanligt. En viss valfrihet finns under LOU, men kapacitetsbrist medför att risken att stå utan volymer är relativt låg för leverantörerna, vilket sannolikt minskar incitamentet att attrahera brukare genom hög kvalitet.

Det finns flera olika sätt att stärka icke-kontraktsbundna incitament att förbättra kvaliteten:

- *Försäljningsvolym inom upphandlingen påverkas av skapad kundupplevd kvalitet:* Tillåt den enskilde brukarens bedömning och värdering av kvalitet att spela in på vilken volym som leverantören får (t.ex. genom kundval eller LOV). Detta ger inte bara incitament för företaget att bedriva en omsorg av god kvalitet i den enskilda kommunen som infört kundval utan i hela landet eftersom detta kan påverka deras varumärke och rykte. Kundval kan även öka förutsättningarna för att brukarna ska bli nöjda genom att de kan välja boende med en ”kvalitet” som bäst motsvarar deras egna behov. En förutsättning för att detta ska fungera är

att det finns flera möjliga boenden att välja mellan och att beläggningsgraden inte är 100 procent. För större aktörer med verksamhet på andra områden (t.ex. primärvård med kundval) med ett gemensamt varumärke utgör varumärkesbyggande ett kvalitetsstimulerande incitament redan idag.

- *Kontraktslängd påverkas av beställaruppfattad kvalitet:* Möjligheten att om så önskas förlänga kontraktet finns redan idag i samtliga upphandlingar, men incitamentet är relativt svagt eftersom kontrakt förlängs rutinmässigt oavsett kvalitetsutfall. Genom att ställa högre krav, och endast förlänga kontrakt när man är nöjd med leverantörens utförande, kan kommuner öka incitamenten för företag att leverera hög kvalitet.
- *Möjlighet att vinna framtida anbud ökar vid hög upplevd kvalitet:* Användning av skönsmässig bedömning av leverantörer vid upphandling av nya kontrakt, genom t.ex. expertpaneler eller graderade referenser, skulle öka incitamenten att hålla hög kvalitet. Det är dock viktigt att ta hänsyn till att kommunens ambitionsnivå påverkar vilken kvalitet en leverantör kan uppnå. En leverantör som verkat i en kommun med hög betalningsvilja för kvalitet kommer sannolikt att kunna ha bättre referenser och högre brukarnöjdhetsnivåer än en leverantör som verkat i en kommun med lägre betalningsvilja. Hänsyn kan tas till detta om effektivitet/kostnad tas med som kvalitetsparameter utöver medicinska och omsorgsrelaterade resultat och brukarens upplevelse av omsorgen.
- *Marknadens totala storlek påverkas av levererad kvalitet:* Idag finns vissa tendenser till att den totala marknaden för privat äldreomsorg påverkas av allmänhetens uppfattning om kvaliteten i äldreomsorg i enskild regi. Marknadsstorleken utgör sannolikt i normala fall ett svagt incitament för enskilda aktörer att upprätthålla god kvalitet. Dock kan denna aspekt tänkas ha ökat i betydelse i samband med den negativa mediala uppmärksamheten kring äldreomsorgen i enskild regi under vinter 2011/12. Ett exempel som illustrerar denna effekt kan vara de ansträngningar som branschen nu gör för att utveckla gemensamma mått för kvalitet, som en del av Svenskt Näringslivs och Almegas program för kvalitet i välfärden.

Flera av ovan nämnda förbättringsmöjligheter är relevanta även vid upphandling enligt LOV. Dessa upphandlingar innehåller ofta färre krav, och behovet av förenkling är därför inte lika stort. En tydlig ambitionsnivå, med krav och ersättning som speglar denna är lika relevant under LOV, likaså fokus på resultat och tydliga incitament för att höja kvalitet. Under LOV finns ett större inslag av valfrihet, vilket i teorin bör innebära ett starkt incitament att hålla hög kvalitet; LOV kan därför delvis vara ett svar på vår rekommendation om ökad vikt för generell kvalitet.

***

Att upphandla särskild boende för äldre enligt LOU (eller LOV) är en komplex och utmanande process. Att öka fokus på kvalitet i upphandlingarna kommer att vara ett stort och utmanande arbete, och sannolikt kräva samarbete mellan ett flertal aktörer. Vi ser dock stora möjligheter att genom förbättrad upphandling och styrning skapa ännu bättre förutsättningar för ökad kvalitet och således bättre utnyttjande av våra gemensamma resurser. Den här studien talar för att det finns starka skäl för kommunerna att:

- Säkerställa en basnivå, och förenkla och förtydliga upphandlingar
- I högre grad ställa krav på resultat istället för strukturer och processer
- Tydliggöra upphandlingarnas syfte och ambitionsnivå
- Utveckla utvärderingsmodeller utifrån vald ambitionsnivå som stimulerar kvalitet
- Skapa incitament i avtalen att öka kvaliteten under avtalsperioden
- Utöka betydelsen av att hålla en hög generell kvalitet, även på områden som inte specificerats i avtal

Referenser

1. SCB. 2011.
2. Socialstyrelsen, *Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012*. 2012.
3. Larsson, K., I. Kåreholt, and M. Thorslund, *Care utilisation in the last years of life in relation to age and time to death: results from a Swedish urban population of the oldest old.* European Journal of Ageing, 2008. **5**(4): p. 349-357.
4. SCB and Umeå universitet, *Äldreomsorgens utveckling*. 2007.
5. Bergman, M.A., S. Lundberg, and G. Spagnolo, *Public Procurement and Non-contractible Quality: Evidence from Elderly Care*. 2012.
6. SKL, *Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering.* 2010.
7. SCB, *Sveriges framtida befolkning 2012-2060*. 2012.
8. SKL, *Här finns Sveriges viktigaste jobb - En rekryteringsprocess för välfärdssektorn.* 2011.
9. Socialstyrelsen, *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2011–Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen*, i *Sveriges Officiella Statistik*. 2012.
10. Statskontoret, *Lagen om valfrihetssystem, april 2011*. 2011.
11. Socialstyrelsen, *Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial*. 2012.
12. Attendo, *Attendo Kvalitetsbokslut 2011*.
13. Socialdepartementet, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny effektiv tillsynsmyndighet för hälso och sjukvård och socialtjänst*, i *Ds 2012:20*. 2012.
14. Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden*. 2011.
15. Sveriges Kommuner och Landsting and Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2011 - Vård och omsorg om äldre*. 2011.
16. SKI Svenskt Kvalitetsindex, *Svenskt Kvalitetsindex Offentlig sektor 2012*. 2012.
17. Socialstyrelsen, *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre*. 2012.
18. SKL, *Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat i ÖJ 2009.* 2010.
19. Bandiera, O., A. Prat, and T. Valletti, *Active and Passive Waste in Government Spending: Evidence from a Policy Experiment.* American Economic Review, 2009. **99**(4): p. 1278-1308.
20. Böhlmark, A. and M. Lindahl, *Har den växande friskolesektorn varit bra för elevernas utbildningsresultat på kort och lång sikt?*, i *RAPPORT 2012:17*. 2012, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
21. Kelman, S., *Public Choice and Public Spirit.* The Public Interest, 1987. **87**(2): p. 15.
22. Hart , O.D., A. Shleifer, and R.W. Vishny, *The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons.* Quarterly Journal of Economics, 1997. **112**(4).
23. Macaulay, S., *Non-Contractual Relations in Business: A Preliminary Study.* American Sociological Review, 1963. **28**(1): p. 13.
24. Klein, B. and K.B. Leffler, *The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance.* Journal of Political Economy, 1981. **89**(4): p. 615-41.
25. Calzolari, G. and G. Spagnolo, *Relational Contracts and Competitive Screening* i*CEPR Discussion Paper No. DP7434*. 2009.
26. Iossa, E. and P. Rey, *Building Reputation for Contract Renewal: Implications for Performance Dynamics and Contract Duration*, i *CEIS Working Paper No. 155*. 2009.
27. Socialdepartementet. *Etisk plattform inom vård och omsorg*. 2012 [hämtad 2012 23 november]; http://www.regeringen.se/sb/d/14830/a/202544.
28. Landstinget i Östergötland, *Vårdval Östergötland - Regelbok för auktorisation*. 2012.
29. Landstinget i Östergötland, *Komplement till regelbok för auktorisation – ersättning 2012*. 2012.
30. Västra Götalandsregionen, *Krav- och kvalitetsbok - Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård.* 2012.