



UPPSALA  
UNIVERSITET

## **Privata aktörer och kontraktsstyrning i äldreomsorgen: förbättras kvaliteten?**

Eng. titel: Contracting in Swedish Elderly Care: Is Quality Improved?

**Inskickat manus till Socialvetenskaplig Tidskrift**

**Författare:**

Paula Blomqvist, Statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet

Ulrika Winblad, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala  
universitet

## **Ingress**

Är privata utförare inom äldreomsorgen bättre eller sämre än egenregin? Erfarenheterna visar att skillnaderna är små. En viktigare fråga är om upphandling och valfrihetsmodeller leder till ökad kvalitet. I artikeln visas att forskningen hittills talar emot detta. Kvalitetsaspekter i omsorgen om de äldre låter sig svårligen formuleras i kontrakt.

## **Abstract**

When contracting and private entrepreneurship was introduced in Swedish elder care in the early 1990s, a central argument was that this would lead to higher service quality. Today, 25 years later, there is little evidence of such an effect. Instead, the debate have centered around the risk for reduced quality as a result of price competition and search for profits on part of the private companies that have come to dominate the market. In this article, we review Swedish evaluations concerning quality differences between public and private care providers, demonstrating that these have shown to be small. Private elder care providers tend to score somewhat better on process-based quality indicators such as daily fast and meal choices, while public providers have slightly higher scores on structural quality indicators like staffing levels and a larger share of permanently employed. A more fundamental question, however, is whether contracting is likely to lead to a general quality improvement, as was envisioned by its advocates when introduced. In this paper we show that most experiences so far speaks against such a development. The main reason is, we argue, that it has proved notoriously difficult to both formulate quality demands in the contracting process and monitor the performance of the contractors. The conclusion, based on the Swedish experiences so far, is that a better way to safeguard quality is trough close contact and transparency between local authorities and private contractors.

## Inledning

En ökad andel av äldre i Sverige ges vård och omsorg av privata företag. Detta innebär en ny utveckling inom den svenska äldreomsorgen, som tidigare har varit i det närmaste ett offentligt monopol. Den vanligaste formen för privatisering inom äldreomsorgen har hittills varit entreprenadupphandling, som har skapat konkurrensutsatta marknader där privata och offentliga omsorgsgivare tävlar om uppdraget att tillhandahålla omsorg i utbyte mot ekonomisk ersättning från kommunen. Utvecklingen har lett till en ökad mångfald av utförare men också en utveckling där ersättningsnivåerna pressats nedåt genom den pris konkurrens som kommit till stånd. Upphandlingsmodellen har under senare år kommit att kompletteras med valfrihetssystem, som bidragit till att ytterligare öka antalet privata omsorgsgivare.

Den ökade förekomsten av entreprenader inom äldreomsorgen i Sverige sedan 1990-talets början har bidragit till att aktualisera frågorna om omsorgens kvalitet. När privatisering i form av entreprenader började förespråkas inom den kommunala vård- och omsorgen under 1990-talets början var ett centralt argument att detta skulle leda till en förbättrad kvalitet. Förespråkarna menade att konkurrens om kommunens kontrakt skulle leda till att de privata aktörerna utvecklade nya och bättre sätt att utföra omsorgsarbetet och att en kvalitetsmässig förnyelse skulle komma till stånd till följd av detta (SOU 1991:104, prop. 1992/93:43). Under 2000-talet kom debatten i stället mest att handla om risken för en *försämring* av kvaliteten hos de privata utförarna. Kritiker har pekat på de starka ekonomiska incitament till kostnadsbesparing som skapas av kravet på vinst hos många privata utförare och menar att risken för att vinstkraven sker på bekostnad av verksamhetens kvalitet är överhängande (se exempelvis Dahlgren 2010).

Från ett forskningsperspektiv aktualiserar denna debatt flera viktiga frågor. Den första är vad vi faktiskt *vet* i dag om effekterna av upphandling och entreprenader på äldreomsorgens kvalitet. Har privata utförare högre kvalitet än offentliga – eller lägre? Den andra frågan handlar om möjligheten att åstadkomma kvalitetsförbättringar inom offentligt finansierad verksamhet genom införandet av konkurrens och upphandling. Ökar kvaliteten när man upphandlar tjänster från privata utförare? Kan en kommunal upphandlare säkerställa att kvaliteten på

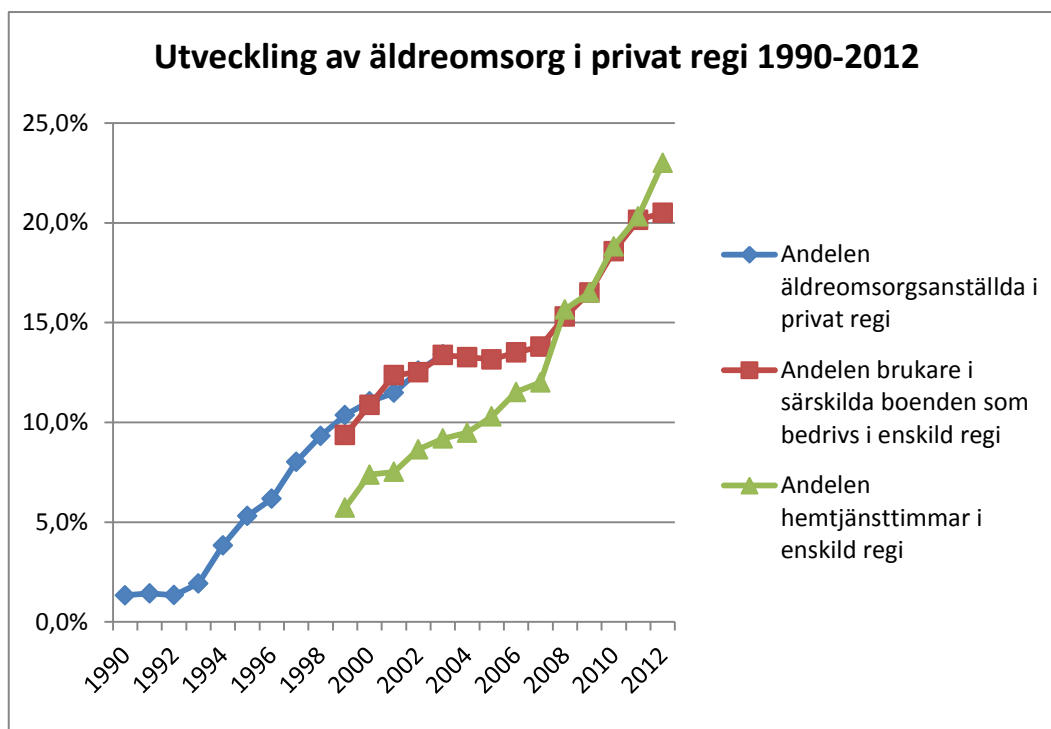
tjänsterna är hög hos fristående privata utförare och att den inte undermineras av ekonomiska vinstkrav?

I denna artikel belyser vi frågorna om privatiseringens effekter på äldreomsorgens kvalitet med hjälp av den forskning och kunskap som finns idag. Våra slutsatser bygger både på egna empiriska studier och offentliga utredningar och rapporter. Vi visar att erfarenheterna hittills pekar mot att etablerandet av nya privata utförare inom äldreomsorgen i Sverige under 1990- och 2000-talet inte kan sägas ha bidragit till kvalitetsförbättringar inom sektorn genom att erbjuda högre kvalitet än offentliga utförare. Flera studier visar att privata utförare har något bättre värden på kvalitetsindikatorer som handlar om serviceaspekter, såsom val av rätter vid måltider och längden på nattfastan, men att de samtidigt tenderar att ha lägre värden på strukturella kvalitetsindikatorer som bemanningsnivåer, personalens utbildningsnivå och andel timanställda. Skillnaderna i förhållande till offentliga utförare är dock generellt små (Stolt et al 2011, Socialstyrelsen 2012)

Vi visar också i artikeln att en grundläggande svårighet med att säkerställa eller förbättra kvalitet med hjälp av upphandling och kontrakt inom äldreomsorgen är att det är mycket svårt att utforma kontrakt som preciserar vad som avses med god kvalitet och som kan följas upp i detta avseende. Denna slutsats bygger både på vår egen forskning om uppföljningsbarheten hos kontrakt inom den svenska äldreomsorgen och internationell teoribildning om så kallade inkompleta kontrakt, eller kontrakt som inte kan regelera alla kvalitetsaspekter av en tjänst eller vara på grund av dess komplexitet (Hart 2003). Inom äldreomsorgen orsakas inkompleta kontrakt framförallt av att centrala kvalitetsaspekter, såsom gott bemötande och respekt för den enskildes integritet, är svåra att konkretisera och säkerställa genom formella kontrakt. Därmed saknas en av de viktigaste förutsättningarna för att denna styrform ska fungera effektivt. Den tidigare forskningen på området pekar istället mot att kvalitet i upphandlade tjänster inom områden som kännetecknas av inkompleta kontrakt säkerställs effektivare genom öppenhet och förtroendefull samverkan mellan privata aktörer och offentliga myndigheter (Brown et al 2007, Hendrikse & Veerman 2001).

## Utvecklingen mot en ökad andel privata utförare i svensk äldreomsorg

1992 tillkom en ändring i den svenska kommunallagen till stånd som innebar att det blev möjligt för kommuner att lägga ut driften av kommunal verksamhet som äldreomsorg på externa utförare. Detta sammanföll med en djup ekonomisk kris för många av Sveriges kommuner, vilket gjorde att man sökte nya sätt att effektivisera sin verksamhet. Dessutom hade vid denna tidpunkt en politisk tilltro växt fram till konkurrens och kontraktbaserad styrning som ett sätt att främja både kvalitetsutveckling och kostnadseffektivitet inom den offentliga sektorn. Under decennierna som följde skedde en gradvis ökning av andelen privata utförare inom äldreomsorgen från att ha startat på en mycket låg nivå. I början av 1990-talet var ca 1 % av de anställda inom äldreomsorgen anställda inom den privata sektorn, att jämföra med 23 % inom hemtjänst och 20% inom särskilda boenden 2012 (se Figur 1). Den andel av den svenska äldreomsorgen som bedrivs i privat regi är fortfarande ganska måttlig i internationell jämförelse, men politiskt och organisatoriskt har omställningen från offentliga monopol ändå gått snabbt i många kommuner. Variationen mellan kommunerna är emellertid mycket stor: en majoritet (ca två tredjedelar) upphandlar inte äldreomsorg från privata utförare alls, medan några kommuner har valt att lägga ut merparten av tjänsterna på äldreomsorgsområdet på privat entreprenad. Bland de privata utförarna är drygt 90 % vinstdrivande företag (for-profit) och 10 % icke-vinstdrivande föreningar, kooperativ och företag (non-profit) (Erlandsson et al. 2013). Utmärkande för den svenska utvecklingen av upphandlad äldreomsorg är också att den kommit att domineras av ett fåtal stora företag med internationell ägarstruktur medan många mindre aktörer fallit bort eller köpts upp sedan 1990-talets början (Stolt & Jansson 2006, Erlandsson et al. 2013). Sammanfattningsvis ser vi alltså hur en ny typ av organisation för äldreomsorgen håller på att växa fram i Sverige där en betydande privat sektor dominerad av vinstintresse har etablerat sig parallellt med den kommunala verksamheten.



**Figur 1. Utvecklingen av äldreomsorg i privat regi under perioden 1990-2012. Den blå kurvan mäter andelen äldreomsorgsanställda i privat regi under perioden 1990-2003. Den röda kurvan mäter andelen platser på särskilda boenden som bedrivs i privat regi. Den gröna kurvan mäter andelen hemtjänsttimmar som utförs i privat regi (Källa: Winblad & Isaksson 2013b).**

En annan utvecklingstendens som präglar verksamheten inom äldreomsorgen i Sverige under de senaste decennierna är att de äldre som är föremål för omsorgsinsatser är betydligt sjukare än tidigare. Detta gäller inte minst de särskilda boendeformerna för äldre (som även inbegriper kommunala sjukhem) som alltmer kommit att koncentrera sin verksamhet på äldre med stora vårdbehov (Isaksson 2012). Bakom denna utveckling ligger dels 1992 års Ädelreform, som medförde att många äldre som tidigare vårdades på sjukhus kom att överföras till kommunerna, dels flertalet kommuners prioriteringar under det senaste decenniet att dra ned på sjukhemsplatserna för att istället satsa på hemtjänst (Larsson & Szebehely 2006). Mellan 2000 och 2010 skedde en minskning av vårdplatserna på landets sjukhus med 24% vilket inneburit att Sverige idag har bland de lägsta antalet vårdplatser per individ i Europa (OECD 2012). Detta har placerat en tyngre vårdbörd på kommunerna eftersom en stor del av patienterna som förr vårdades på sjukhus i dag finns på landets äldreboenden och i hemtjänsten. Kommunernas utbyggnad av särskilda boendeformer har inte heller stått i paritet

med den ökade efterfrågan, i stället har både antalet och andelen boende i särskilda boenden minskat under 2000-talet (Erlandsson et al. 2013).

## **Att styra privata aktörer genom kontrakt: vad säger forskningen?**

Den vanligaste formen av privatisering inom äldreomsorgen i Sverige är offentlig upphandling, eller på engelska *contracting*. Formellt sett kan upphandling förstås som att offentliga företrädare delegerar ansvaret för en verksamhet som tidigare utförts i egen regi till privata aktörer i utbyte mot ekonomisk ersättning.

Upphandling utmärks också av att relationen mellan den offentliga uppdragsgivaren och den privata utföraren regleras genom formella kontrakt (Kelman, Bass & Holman 2002). Upphandling kan därmed ses som en form av offentlig styrning; s k. *kontraktstyrning*. I Sverige regleras upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling (SFS 2007:1091), som i sin tur baseras på EUs konkurrenslagstiftning. Enligt LOU måste upphandling av offentliga uppdrag ske i konkurrens, vilket innebär att uppdraget offentliggörs på ett sätt som ger alla intresserade parter möjlighet att lämna ett anbud. I praktiken skriver kommunerna ett så kallat förfrågningsunderlag, där man specificerar verksamhetens innehåll och de krav som ska uppfyllas. Processen att välja ut det vinnande anbudet kan organiseras på olika sätt, men enligt LOU måste de kvalitetskriterier som styr urvalet, och som vägs mot priset, vara tydligt specificerade i förfrågningsunderlaget.

Tanken med att upphandla, och därmed delegera utförandet av offentligt finansierade tjänster till en privat aktör genom ett kontrakt, är att staten genom att befinna sig ”på en armlängds avstånd” från verksamheten ska ges bättre möjligheter att ställa krav på tjänsterna för medborgarnas räkning, samtidigt som själva produktionen kan förnyas och effektiviseras genom konkurrens och ökad mångfald (Hogget 1996; Pollitt & Bouckaert 1999). De politiska målen bakom införandet av upphandlingsmodeller har ofta handlat om kostnadsbesparingar men även förhoppningar om att konkurrensen om kontrakten skall leda till ökad kvalitet i de tjänster som utförs. (Gilbert 2002, Boston 1996). Sedan 2010 finns i Sverige ytterligare en kontraktsform mellan kommun och privata utförare inom äldreomsorgen genom LOV, Lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962). LOV skiljer sig mot LOU på det sättet att kommunen i stället för att välja ut en

vinnande aktör i ett upphandlingsförfarande kan ge ett flertal aktörer möjlighet att etablera sig inom kommunen och istället konkurrera om brukarna.

Överenskommelsen med kommunen om vilken kvalitet tjänsterna skall hålla regleras även i denna kontraktsstyrningsform genom att utförarna förbinder sig att följa de kvalitetskrav som kommunen anger i sitt förfrågningsunderlag.

Kontraktsstyrning kan ses som en speciell form av interaktion mellan stat och marknad, där marknadsaktörer ges nya möjligheter att träda in på områden som tidigare varit stängda för konkurrens och entreprenörskap. Samtidigt utmärks de marknader som skapas av mycket speciella villkor i jämförelse med traditionella marknader (Savas 2000, Kastberg 2005). Konkurrenssituationen är annorlunda än på en traditionell marknad såtillvida att köparen, dvs. kommunen, inte bedömer hur väl en utförare utför en tjänst i verkligheten, utan istället gör sin bedömning på grundval av hur väl utförarna beskriver vad de ska göra utifrån de på förhand fastställda kriterierna i förfrågningsunderlaget. I denna marknadsmodell är det extra viktigt att köparen kan kontrollera att den utförare som vunnit upphandlingen också utför sitt åtagande i enlighet med kontraktets överenskommelse. Detta är en förutsättning för att brukarna ska kunna garanteras en god omsorg men även för att konkurrensen mellan anbudslämnarna ska kunna sägas vara rättvis. Utmaningen ligger framförallt i omsorgstjänsternas komplexa och personnära karaktär, som gör det särskilt svårt att på förhand fastställa deras exakta innehåll (Eika 2009, Blank 2001). Utöver detta måste kommunen även precisera vilka resultat utföraren förväntas uppnå och i nästa led hitta uppföljningsbara indikatorer, eller mått, för att mäta huruvida resultaten uppnåtts.

Ett vanligt sätt att analysera kontraktsrelationer inom forskningen är genom den så kallade principal-agentmodellen. Den bygger på ett förhållande mellan två aktörer där den ena, principalen, ger den andra, agenten, i uppdrag att utföra en viss uppgift mot ersättning. Utgångspunkten är då att den aktör som skall utföra uppdraget har bättre kunskap om hur detta kan göras. Detta förhållande innebär samtidigt också att agenten kan "lura" principalen genom att antingen utföra uppdraget slarvigt eller till en kostnad som är lägre än den som betalas av principalen (Pratt & Zecjenhauser 1998; Boorsma & Halachmi 1998). Givet dessa utgångspunkter blir frågan som väcks av modellen hur, exakt, principalen skall se till att uppdraget utförs utan att agenten utnyttjar sitt informationsövertag till att



”fuska”, antingen med kvalitet eller genom prissättning? Det som gör det knepigt för principalen är att det är agenten som bäst vet hur uppdraget skall utföras, så om principalen i allt för hög grad detaljstyr agenten så riskerar agentens kunskap om hur arbetet bäst skall utföras att gå förlorad och uppdraget utförs med lägre kvalitet och/eller till högre kostnad än som egentligen var nödvändigt. Ett klassiskt exempel på en principal-agent relation är den mellan patient och läkare, där patienten kan betala en läkare för att göra denne frisk, men inte äger den kunskap som krävs för att tala om hur det skall gå till utan måste överlåta detta till läkaren.

Principal-agentmodellen ger vid handen att det finns två huvudsakliga sätt för en principal att styra en agent; dels genom att noga specificera i kontraktet vad som skall göras, dels genom att efteråt säkerställa att uppdraget utförts i enlighet med överenskommelsen. Detta kan i praktiken förstås som att både utformningen av kontraktet och uppföljning efteråt av verksamheten är mycket viktiga för att upphandlaren skall kunna påverka tjänsternas kvalitet. De två kontrollmekanismerna hänger dessutom ihop: om kontraktet inte utformas på ett sätt som gör det möjligt att följa upp det kan inte adekvat uppföljning ske och utföraren hållas ansvarig för eventuella kvalitetsbrister. Om kontraktet är skrivet på ett sätt som gör det omöjligt att följa upp, exempelvis på grund av luddiga och oprecisa kvalitetskrav, saknar utföraren också incitament att anstränga sig för att upprätthålla kvaliteten. Inom den internationella forskningen om upphandling ses kontraktens *uppföljningsbarhet*, det vill säga att det går att avgöra om de uppfyllts eller inte, som en grundläggande förutsättning för att upphandling skall ge önskat resultat i form av effektivitet och ökad kvalitet (Amirkhanyan, Hyun & Lambright 2007; Lambright 2008).

Forskningen om upphandling och kontraktsstyrning har också uppmärksammat att förutsättningarna för detta skiljer sig mellan olika områden. En genomgående slutsats är att så kallade ”mjuka”, eller personnära, tjänster som vård och omsorg (eller fångvård) lämpar sig illa för styrning genom kontrakt (Dehoog, 1990; Domberger & Jensen, 1997; Hart, Shleifer, & Vishny, 1997, Hart & Moore 1999). Problemen med kontraktsstyrning inom mjuka tjänster, som social omsorg, grundar sig i svårigheten i att definiera vad som är god kvalitet inom dessa områden, exempelvis gällande bemötande, delaktighet och integritet. Att

göra sådana kvalitetsaspekter mät- eller uppföljningsbara är ännu svårare (Romzek & Johnston 2002; Brown & Potoski 2003). Ett annat sätt att uttrycka detta är att *informationskostnaderna*, det vill säga den kostnad som uppdragsgivaren har för att skaffa sig information om kvaliteten i verksamheten, är särskilt höga inom denna typ av verksamhet (Williamson 1985, Eggertsson 1993. Detta försvårar monitoreringen, eller övervakningen, av kontraktens uppfyllelse och ökar risken för att uppdragsgivaren blir ”lurad”, antingen genom att ersättningsnivåerna blir för höga eller att kvalitetsnivån inte blir lika hög som överenskommit i kontraktet. Denna typ av informationsproblem i upphandlingar har också diskuterats i litteraturen som ”inkompleta kontrakt”(incomplete contracting), eller kontraktsförfarande inom områden där det är omöjligt att fånga väsentliga kvalitetsaspekter i kontrakten (Hart 2003, Hart & Moore 1999) Lösningar som framhålls för att lösa problemen är att bibehålla verksamheten i offentlig regi eller att bygga upp mer långsiktiga och förtroendefulla samarbetsrelationer mellan offentliga uppdragsgivare och privata utförare (Hart 2003, Brown et al 2007, Hendrikse & Veerman 2001; Sclar 2000).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att forskningen om offentlig upphandling, till stor del kommit att inriktas på frågor som handlar om hur man utvärderar kvaliteten på de upphandlade tjänsterna och vilka förutsättningar som skapas för detta genom upphandlingsförfarandet och kontraktens utformning. Många forskare menar att möjligheten till både kostnadseffektiviseringar och kvalitetsförbättringar genom upphandling till stor del beror just på de upphandlande myndigheternas förmåga att försäkra sig om kvaliteten hos de upphandlade tjänsterna. Övervakas inte denna finns stor risk att kostnadssänkningar sker på bekostnad av kvaliteten (vilket innebär att ingen effektivisering skett) eller att önskad kvalitetsutveckling uteblir.

## **Effekter av kontraktstyrning – erfarenheter från andra länder**

Trots en ganska omfattande internationell forskning på området saknas det ännu entydiga belägg vad gäller effekterna av kontraktsstyrning av offentliga välfärdstjänster, både avseende tjänsternas pris och kvalitet. Förespråkarna för upphandling har ofta hävdade att privata utförare som agerar på en konkurrensutsatt marknad har starkare incitament att använda resurserna effektivt men även att

arbete med kvalitetsförbättringar och innovation (Osborne & Gaebler 1992; Savas 2000). Mer kritiskt inställda forskare menar i stället att de starkare ekonomiska drivkrafterna hos privata utförare kommer att leda till att kvaliteten åsidosätts samt en oönskad selektion av brukare där de mest lönsamma premieras (Bartlett & Le Grand, 1993; Blank 2000; van Slyke 2003). En stor del av den tidigare forskningen rörande effekter av upphandling av sjukvård och omsorg kom att fokusera på möjligheten att sänka kostnaderna. Resultaten har varit något motsägelsefulla där ett antal studier redovisar en viss kostnadsminskning, vanligen i storleksordningen 10-20 %, medan andra inte har funnit någon signifikant skillnad i kostnadsnivåer efter att upphandling införts. Osäkerheten kring effekterna grundar sig delvis på hur man ska räkna de administrativa merkostnader som uppstår genom upphandling, vilka i många fall anses betydande (Vining & Globerman 1999; Bel & Warner 2008; Boyne 1998; Hodge 2000).

När det gäller effekter på kvaliteten är kunskapsunderlaget ännu mer begränsat. De flesta studierna inom vårdens och omsorgens område är utförda i USA och Kanada, och jämför kvaliteten mellan privata vinstdrivande (for-profits) och icke-vinstdrivande (non-profits) aktörer, snarare än privata och offentliga. En generell trend inom denna forskning är att vinstdrivande aktörer befinns ha lägre kvalitet. Exempelvis visar Harrington med kollegor (2012) i en omfattande jämförelse av amerikanska offentliga och privata sjukhem att de största kvalitetsproblemen uppkommit på de 2000 sjukhem som drivs av något av landets tio största vinstdrivande vårdföretag. Precis som i det svenska fallet hade flera av dessa vårdkedjor under senare år köpts upp av internationella riskkapitalbolag.

Liknande slutsatser dras i en översiktstudie av äldreboenden utförd av Comondore och hans kollegor (2009) som bygger på 82 vetenskapliga studier utförd under perioden 1965 till 2003. Studiens resultat pekar på att de icke-vinstdrivande äldreboendena håller signifikant högre kvalitet än de vinstdrivande. Mer precist visade studien att i 42 av de analyserade artiklarna hade de icke-vinstdrivande boendena signifikant bättre kvalitet på samtliga kvalitetsvariabler, i tre av studierna hade de vinstdrivande hemmen bättre kvalitet. I de övriga studierna var resultaten så pass blandade eller osäkra att inga säkra slutsatser kunde dras. Samtliga granskade studier i Comondores studie inkluderade måtten

bemanning och trycksår. Resultatet visar att de vinstdrivande aktörerna i snitt hade 11 procent lägre bemanning och 9 procent högre grad av trycksår.

Intressant att notera är att många av de studier av omsorgs- och vårdkvalitet som genomförts i USA och Kanada inriktar sig på *bemanningsnivån*, som av många forskare anses vara den viktigaste indikatorn när det gäller kvalitet inom denna typ av verksamhet (se t ex Erlandsson et al 2013, Szebehely 2011). Även resultat från senare amerikanska och kanadensiska studier pekar mot att vinstdrivande äldreboenden har en lägre bemanning än vad både icke-vinstdrivande och offentligt drivna äldreboenden (Harrington, Swan & Carrillo 2007; McGregor et al. 2010, Berta, Laporte & Valdamis 2005). Man kan givetvis fråga sig om en lägre bemanning med nödvändighet leder till sämre vårdkvalitet. En annan möjlighet är att företagen på olika sätt effektiviserar verksamheten och att vårdkvaliteten därmed upprätthålls även med mindre personal. Harrington med kollegor (2012) drar emellertid slutsatsen att så inte är fallet och visar i sin studie att de vinstdrivande äldreboendena levererar sämre kvalitet just *på grund av* att de har en lägre bemanning än offentliga och icke-vinstdrivna boenden. Harringtons studie visar också att företagen själva anser att låg bemanning är det mest effektiva sättet att hålla nere kostnaderna i verksamheten. Det samlade intrycket från dessa internationella studier är således att äldreboenden som drivs i vinstsyfte tenderar att ha lägre kvalitet, åtminstone med avseende på kvalitetsaspekter som fall och trycksår, än sådana som drivs offentligt eller av icke-vinstsyftande organisationer och att detta framförallt beror på att man har mindre personal.

## **Kvalitetsjämförelser mellan privata och offentliga utförare i den svenska äldreomsorgen**

Även inom den svenska äldreomsorgen har kvalitetsfrågorna blivit alltmer centrala under senare år. Till följd av detta har ett systematiskt kvalitetsutvärderingsarbete inletts på nationell nivå av Socialstyrelsen och SKL, bland annat genom introduktionen av Nationella kvalitetsindikatorer inom äldreomsorgen, Äldreguiden och Öppna jämförelser inom vården och omsorgen. Socialstyrelsens föreskrift från 2011 fastslår att det i alla kommuner skall finnas ett kvalitetssäkringssystem för systematisk uppföljning av de producerade tjänsternas kvalitet, både inom privat- och offentlig sektor (SOSFS 2011:09). Systematiska undersökningar av konkurrensutsättningens påverkan på kvaliteten

inom äldreomsorgen är dock fortfarande ovanliga i Sverige. Ett undantag är en studie utförd av Stolt, Blomqvist och Winblad (2011) där kvaliteten på landets samtliga äldreboenden analyseras med hjälp av Socialstyrelsens kvalitetsenkäter. I mätningen ingick 11 olika kvalitetsindikatorer, däribland personaltäthet, utbildningsnivå, antal timanställda och hur lång nattfastan är för de boende. Studiens resultat pekar på att det finns signifikanta skillnader mellan privata och offentliga utförare med avseende på vissa indikatorer. Exempelvis var den genomsnittliga personaltätheten var 9 % lägre bland de privata entreprenörerna. De privata utförarna har även en signifikant högre andel timanställda. Bland de privata utförarna rapporterades emellertid samtidigt att brukarnas delaktighet var högre, att möjligheten att välja matalternativ större och att andelen boenden med en rimlig längd på nattfastan i enlighet med Socialstyrelsens direktiv var större. Detta tolkades av författarna som att vissa serviceaspekter av omsorgen hade något högre kvalitet hos den privata gruppen medan vissa strukturella kvalitetsaspekter i form av personaltäthet var sämre. Högre andel timanställda kan även tyda på att kontinuiteten i bemanningen var lägre hos de privata utförarna. En ytterligare studie av kvalitetskillnader mellan privata och offentliga utförare i Sverige publicerades av Socialstyrelsen 2012. Studien byggde på tre huvudsakliga källor; Äldreguiden<sup>1</sup> 2011, Socialstyrelsens nationella brukarundersökning av äldreomsorgen 2012 och Stockholm stads undersökning om äldres uppfattning av äldreomsorgen 2011. I rapporten konstaterade Socialstyrelsen att äldreboenden i kommunal regi hade bättre resultat när det gäller kvalitetsindikatorer av strukturkaraktär, som personaltäthet, antal timanställda och andel av de boende som har eget rum, jämfört med boenden i privat regi. Samtidigt var resultaten med avseende på flera så kallade processmått (mått som visar hur man arbetar) bättre för särskilda boenden i privat regi. De privata utförarna hade exempelvis något bättre resultat beträffande andelen som har riskbedömts vad gäller fall, trycksår och undernäring samt andelen med nattfasta mindre än 11 timmar. Resultatet överensstämmer väl med utfallet i studien av Stolt, Blomqvist och Winblad (2011). Ett liknande resultat nås även i en studie av Arfwidsson

---

<sup>1</sup> Äldreguiden är en omfattande undersökning som bygger på uppgifter som hämtats in på kommun/stadsdels- och enhetsnivå under våren 2011. Totalt analyserades uppgifter från Äldreguiden rörande 1475 särskilda boenden, varav 84 procent drevs i kommunal regi och 16 procent i privat regi, i Socialstyrelsens rapport.

&Westerberg (2012), som på basis av samma grunddata (Socialstyrelsens jämförelser) jämför kvalitetsskillnader mellan offentliga och privata utförare i äldreomsorgen. I denna studie skiljer författarna på olika former av privata utförare och visar att äldreboenden som ägs av riskkapitalbolag i snitt har 10 procent lägre bemanning än offentligt drivna äldreboenden.

En brist i studierna ovan är emellertid det faktum att indikatorerna på kvalitet som används till stor del bygger på utförarnas självrapporterade uppgifter.

Socialstyrelsen granskade i sin rapport från 2012 även material från sin tillsynsverksamhet, exempelvis klagomål från enskilda personer, anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria samt resultat från en nattlig tillsyn. Resultaten visade inga väsentliga skillnader mellan privata och offentliga aktörer i detta avseende.

I Socialstyrelsens rapport redogjordes inte enbart för kvaliteten på struktur- och processnivå, utan även brukarnas nöjdhet. Socialstyrelsen gör årligen en undersökning där samtliga brukare av äldreomsorg i Sverige tillfrågas om sin syn på olika förhållanden. Bland annat tillfrågas brukarna inom särskilda boenden hur nöjda de är med verksamheten, hur väl den uppfyller deras förväntningar och hur nöjda de är med exempelvis information, bemötande, inflytande, trygghet, social samvaro och aktiviteter.<sup>3</sup> Resultaten visade att det inte fanns några statistiskt säkerställda skillnader i brukarnöjdhet mellan kommunala och privata utförare, varken på de generella frågorna om nöjdhet, eller på någon av de mer specifika frågorna om olika kvalitetsaspekter. I rapporten lyfter Socialstyrelsen istället fram de skillnader som fanns mellan små och stora enheter, där små enheter överlag fick bättre värden jämfört med stora enheter (Socialstyrelsen 2012)

En av slutsatserna i Socialstyrelsens rapport var att det inte går att ge något entydigt svar på om det finns skillnader i kvaliteten i vård och omsorg om äldre mellan de offentliga och privata utförare, eftersom de rapporterade skillnader som framkommit dels är relativt små, dels pekar åt olika håll. Mot detta kan dock invändas att Socialstyrelsen inte för någon diskussion om den relativa vikten av

---

<sup>3</sup> Varje enskild fråga besvaras på en skala 1-10, där 1 är lägsta betyg och 10 är högsta betyg. Svaren vägs samman och transformeras så att ett NKI-värde och värden på de olika kvalitetsfaktorerna erhålles på en skala 0-100.

olika kvalitetsindikatorer. Som visats ovan pekar den internationella forskningen på området mot att personaltäthet är den kanske allra viktigaste indikatorn på kvalitet inom vård och omsorg om äldre. Liknande resonemang har förts kring personalkontinuiteten, som säkras av en hög andel fast heltidsanställda (se exempelvis Erlandsson et al. 2013). Mot bakgrund av denna kunskap kan det finnas anledning att se de dokumenterade kvalitetsskillnaderna mellan privata och offentliga utförare som något mer bekymmersamma än vad Socialstyrelsen gör gällande.

### **Leder upphandling till högre kvalitet?**

I föregående avsnitt kunde vi konstatera att de svenska erfarenheterna av kontraktstyrning i äldreomsorgen hittills pekat mot att det finns ett mönster av kvalitetsskillnader mellan offentliga och privata utförare även i Sverige, även om skillnaderna inte alls är lika tydliga som de som påvisats mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande, eller offentliga, aktörer i USA och Kanada. Resultaten pekar emellertid i samma riktning, nämligen att vinstdrivande företag har en tendens till lägre bemanning, vilket kan leda till en reducerad kvalitet åtminstone i vissa avseenden. Denna tendens, som kan ses som en naturligt led i strävan efter att öka lönsamheten i verksamheten, aktualiserar frågan vilka medel den offentliga uppdragsgivaren har till sitt förfogande för att säkerställa att upphandling ger de önskade resultaten i form av kvalitetsförbättring och inte, tvärtom, leder till att kvaliteten undermineras genom de starkare ekonomiska incitament som införs när verksamheten privatiseras. Kan principalen, i detta fall de svenska kommunerna, styra de privata vårdbolagen (agenterna)?

Som vi kunde konstatera ovan har den tidigare forskningen visat att *kontraktens utformning* är en central fråga i sammanhanget. I den svenska äldreomsorgen har tillämpningen av LOU, som är den lagstiftning som hittills har dominerat upphandlingsförfarandet inom äldreomsorgen i Sverige, lett till en ganska formell upphandlingsmodell där pris har kommit att spela avgörande roll för vilka anbud som valts ut av kommunerna. I praktiken har kommunerna ofta valt det anbudet som haft lägst pris (efter att vissa grundläggande kvalitetskrav har ansetts säkerställda). Därmed har de också kunnat undvika långdragna domstolstvister där de måste bevisa att det anbud de valt haft högre kvalitet än den vars pris varit lägre och som i så fall bör få försteg enligt LOU. Den ganska strikta

tillämpningen av LOU bland kommunerna har i praktiken lett till omfattande och formellt skrivna anbud, men också till att mindre privata aktörer, såsom små företag eller icke-vinstsyftande organisationer, har haft svårt att hävda sig i konkurrensen med de stora företagen. De stora företagen har ofta kunnat sätta lägre priser på grund av sina stordriftsfördelar, och har dessutom ofta en professionell organisation som arbetat med anbudens utformning (SOU 2007:37). Utvecklingen i svenska kommuner har också gått mot att de förfrågningsunderlag som kommunerna presenterar, där de specificerar vilka sorts kvalitetskrav som anbudsgivarna skall uppfylla i sin verksamhet, blivit allt mer detaljerade och kommit att innehålla en allt större mängd krav (Blomqvist & Winblad 2013). Ett 'krav' kan förstås som en uppmaning till anbudsgivaren att uppfylla en viss sorts kvalitetsaspekt, exempelvis att brukaren skall behandlas med respekt eller att varje brukare skall ha en kontaktperson. Den ökande mängden krav tyder på att kommunerna ser kontrakten, som bygger på deras eget förfrågningsunderlag samt utförarens anbud, som ett allt viktigare instrument för att styra de privata vårdgivarna. Kontraktens centrala roll bekräftas av en fallstudie av kommunal upphandling av äldreomsorg av Blomqvist och Winblad (2013) där intervjuade politiker och tjänstemän bekräftar att kontraktens utformning ses som mycket viktig av kommunerna och att man lägger stora resurser på detta liksom på upphandlingsförfarandet som helhet. Enskilda kontrakt mellan kommunen och privata utförare inom äldreomsorgen innehåller ofta över hundra olika krav gällande olika kvalitetsaspekter (Isaksson 2012).

Hur följs kvalitetsöverenskommelserna mellan kommunen och de privata utförarna upp? Om detta finns i dagsläget mycket lite forskning och utvärdering i Sverige. I en enkätundersökning som genomfördes av Winblad, Blomqvist och Isaksson under åren 2010-2011 bland de kommuner som då upphandlade äldreomsorg från privata aktörer angav majoriteten att de bedriver ett systematiskt arbete för att säkerställa kvaliteten i den upphandlade äldreomsorgen och att de vanligaste metoderna för att skaffa information om kvaliteten är att granska avvikelser och dokumentation, göra anmälda eller oanmälda besök samt följa upp biståndsbeslut/genomförandeplan. Även enkäter till brukare/anhöriga samt utförarnas egna kvalitetsmätningar beskrivs som ganska viktiga eller mycket viktiga informationsvägar. En stor del av kommunerna uppgav också i enkäten att



de generellt sett ansåg att kvaliteten hos de privata utförarna var tillfredsställande och antingen är i paritet med den egenproducerade omsorgens eller något högre (Winblad et al. 2014). En fallstudie av kvalitetssäkringsarbetet i kommunerna av Blomqvist och Winblad som omfattande fyra utvalda kommuner pekade emellertid på att det kvalitetssäkringsarbete som bedrivs ofta är sporadiskt och omfattar vissa aspekter av kvaliteten, som exempelvis nutrition eller dokumentation, men att mer omfattande kvalitetsutvärderingar av privata boenden skedde mer sällan (Blomqvist & Winblad 2013). Fallstudierna visade också att kommunerna i stället för att specifikt följa upp de kvalitetskrav som överenskommit i kontrakten ägnade sig åt vad som kan beskrivas som en mer allmän kvalitetskontroll, där man framförallt sökte säkerställa att inga allvarliga brister i verksamheten förekom. Detta slags grundläggande kvalitetssäkringsarbete, som i litteraturen beskrivs som *audit* (en allmän övervakning av kvalitetsstandards och tillvägagångssätt, snarare än det mer kontraktsorienterade *monitoring* där innehållet i enskilda kontrakt följs upp (Dicke & Ott 1999) innebar i praktiken att den kvalitetsnivå som fanns i den egna region blev en slags jämförelsepunkt eller ”bench mark”, där man i första hand ville säkerställa att de privata utförarna inte hade lägre kvalitet än dessa. Själva kontrakten som hade upprättats initialt mellan kommunen och de privata utförarna, där de utlovade kvalitetsaspekterna ofta var mycket mer långtgående, befanns spela en underordnad roll när kvaliteten följdes upp. Detta tolkades som att kontrakten sågs som ett viktigt sätt att styra utförarna *när de skrevs*, men sedan kom att tappa sin betydelse i kvalitetssäkringsarbetet.

En annan fråga som ställs i den internationella litteraturen om kvalitetsuppföljning av utkontrakterade tjänster är, som vi sett ovan, om kontrakten är skrivna så att de överhuvudtaget är *möjliga* att följa upp. En studie av Isaksson (2012) där ett antal kontrakt mellan kommunen och privata utförare inom särskilt boende för äldre analyseras pekar mot att så inte är fallet. Isakssons forskningsdesign bygger på en tidigare studie av Almqvist som undersökte kontrakt inom äldreomsorgens område mellan åren 1993-1994 och då visade att de kontrakt som skrevs mellan kommunen och privata utförare under denna period var av så vag karaktär att det i praktiken var svårt att säga om de uppfyllts eller ej (Almqvist 2000). En uppföljningsstudie 2003 visade på liknande resultat

(Almqvist & Högberg 2005). Isakssons studie visar att detta gäller även dagens betydligt mer detaljerade kontrakt. Efter att han granskat över 1000 krav i sammantaget åtta kontrakt från fyra olika kommuner visar resultaten att en stor del av kraven var skrivna på ett sätt som gjorde det omöjligt att avgöra om de kunde anses uppfylla eller ej. Isaksson skiljde i sin studie på uppföljningsbara och mätbara krav, där uppföljningsbara krav bedömdes vara sådana där kommunen kunde avgöra om de uppfyllts enligt en enkel ja/nej modell, men därmed inte mäta i vilken grad. Exempel på ett krav som är uppföljningsbart samt också mätbart är ”Varje brukare skall få en genomförandeplan upprättad inom två veckor efter inflyttning”. Här anges mycket mer precist hur många brukare det rör sig om (alla) och när, exakt, en åtgärd skall ske (inom två veckor) på ett sätt som går att mäta. Denna typ av krav kan ses som mer styrande för kvaliteten och därmed bidra till att säkra en högre kvalitet (om de uppfylls) än de mer vagt formulerade krav som klassificeras som uppföljningsbara men icke mätbara. Om ett krav var mycket vagt formulerat så ansågs det inte möjligt att följa upp överhuvudtaget. Resultatet av Isakssons analys var att endast några få procent av kraven i de förfrågningsunderlag som analyserades kunde anses fullt uppföljningsbara, medan knappt 25 % bedömdes som inte uppföljningsbara överhuvudtaget på grund av sin oprecisa karaktär, och nästan 71 % ansågs delvis uppföljningsbara (enligt ja/nej-kriteriet). Av de krav som inte ansågs uppföljningsbara var majoriteten sådana som berörde ’mjuka’ frågor som omvårdnaden och bemötandet av de äldre. Sammantaget pekar Isakssons analys på svårigheten att styra kvaliteten inom upphandlad äldreomsorg genom kontrakt, åtminstone såsom dessa utformas i svenska kommuner idag.

## **Diskussion**

I denna artikel har vi visat, för det första, att kvaliteten inom den privat producerade omsorgen inte generellt sett är högre än inom den offentliga. Översikten över internationella studier av kvalitetsskillnader mellan olika typer av omsorgsgivare visade att det finns anledning att befara att vinstmotivet hos privata företag inom branschen *kan* leda till försämrad kvalitet jämfört med privata eller icke-vinstsyftande utförare. De studier som genomförts av kvalitetsskillnader mellan privata och offentliga utförare i Sverige pekar emellertid mot att kvalitetsskillnaderna mellan olika ägandeformer är relativt små och dessutom bara

omfattar vissa kvalitetsindikatorer, framförallt bemanningsnivåer. Samtidigt pekar de erfarenheter som finns i dagsläget om hur kommunerna själva agerar i rollen som upphandlare inte mot att detta är en särskilt effektiv styrningsform, åtminstone inte vad gäller att öka kvaliteten. Även om ett stort arbete läggs på att utforma kontrakten och att försöka specificera alla kvalitetskrav som de privata utförarna måste uppfylla för att erhålla kontrakten så fungerar inte kontrakten som styrande för verksamheten eftersom de ofta är vaga och i praktiken svåra att följa upp. Därmed går det inte att avgöra om de kvalitetskrav som överenskomms genom kontrakten faktiskt realiserar i verksamheten. Möjligen kan man se kontraktens utfästelser om kvalitet som ett slags vägvisare om vad kommunerna ser som en god äldreomsorg och kanske också som ett sätt att skapa gemensamma mål och värderingar i förhållande till de privata aktörerna. Den empiriska forskning som redovisas i artikeln visar också att det faktiska kvalitetsuppföljningsarbete som bedrivs i kommunerna inte i första hand utgår från vad som står i kontrakten utan snarare kan ses som en slags allmän kvalitetssäkring utifrån nationella föreskrifter.

Mot denna bakgrund, och givet att den stora majoriteten av de privata aktörer som idag tillhandahåller äldreomsorgstjänster i Sverige har en ägarform som generellt kräver ett visst mått av vinst, kan man ställa frågan hur det kommer sig att den av allt att döma relativt svaga uppföljningen av de privata utförarnas verksamhet inte utnyttjats mer för att sänka kvaliteten och därmed öka vinsterna? Ett möjligt svar kan vara den institutionella kontext inom vilken upphandlingen av äldreomsorgstjänster sker i Sverige, som karaktäriseras av vad som kan benämnas en social invävdhet eller, på engelska, *embeddedness* (Granovetter 1985). Invävdheten består i de täta och regelbundna kontakter som finns mellan kommunen och de privata omsorgsföretagen, inte minst genom den kommunala biståndsbedömaren som styr placeringen av de äldre omsorgstagarna till olika boendena, även de privata utförarna. Samtidigt finns en mängd andra olika kontaktytor mellan kommunen och de privata omsorgsföretagen, exempelvis i form av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS), de primärvårdsläkare som gör regelbundna besök på boendena, kommunens särskilda kvalitetsansvariga handläggare och andra former av kontakter. Sammantaget innebär dessa regelbundna kontakter att kommunen får en mängd olika kanaler för insyn i den

privat drivna verksamheten och därmed ges tillfälle att övervaka kvaliteten på andra sätt än genom formell uppföljning av kontrakten. Att kontakten mellan kommunen och privata utförare inom äldreomsorgen ofta är tät visas också av en enkät som genomfördes bland upphandlande kommuner 2011, där drygt en tredjedel av de tillfrågade kommunerna uppgav att de hade daglig kontakt med privata utförare. Enkäten visade också att kommunerna anser att relationen med de privata utförarna i stor utsträckning är förtroendefull och präglas av en nära samverkan (Blomqvist, Winblad och Isaksson 2014)<sup>4</sup>.

Sammantaget pekar de den forskning och de erfarenheter som redovisats i denna artikel mot att styrning via kontrakt kan ses som ett problematiskt sätt att öka kvaliteten i äldreomsorgen, särskilt om utföraren av tjänster drivs av vinstkrav. Kontraktstyrning ställer höga krav på uppföljningen av kontrakten, vilket är svårt inom ett område som äldreomsorgen, där verksamhetens karaktär gör att dessa ofta skrivs på ett sätt som i praktiken är omöjligt att följa upp. Samtidigt pekar de svenska erfarenheterna mot att en regelbunden och nära kontakt mellan upphandlande myndigheter och privata utförare kan vara en alternativ väg att gå för att säkerställa kvaliteten i verksamheten genom den insyn och dialog som då uppstår. Denna erfarenhet ligger väl i linje med de teoretiska resonemang som förts inom forskningen om inkompleta, eller ofullständiga kontrakt.

## Referenser:

- Almqvist, R. (2000). Management by Contract – en studie utifrån programmatiska och teknologiska aspekter. *Kommunal ekonomi och politik*, 9(2): 7-36.
- Almqvist, R. & Högberg, O. (2005). Management by Contract – vad händer? . *Kommunal ekonomi och politik*, 4(1): 53-82.
- Amirkhanyan, AA., Hyun, J. & Lambright, KT. (2007). Putting the Pieces together: A Comprehensive Framework for Understanding the Decision to Contract Out and Contractor Performance. *International Journal of Public Administration*, 30(6): 699-725.
- Arfwidsson, J & Westerberg J (2012), Profit Seeking and the Quality of Eldercare - An empirical study of private equity's impact on the Swedish eldercare market: implications for financial performance and quality of care. Stockholm: Department of Accounting, Stockholm School of Economics.
- Bartlett W. & Le Grand J. (Eds.). Introduction, I: *Quasi markets and social policy*. London: Macmillan.
- Bel, G. & Warner, ME. (2008). Challenging issues in local privatization. *Environment and Planning: Government and Policy*, 26(1): 104-9.
- Berta, W., Laporte, A. & Valdami, S V. (2005). Observation on institutional long-term care in Ontario: 1996-2002. *Canadian Journal on Aging*, 24(1): 70-84.
- Blank, R. (2000). When Can Public Policy Makers Rely on Private Markets? The Effective Provision of Social Services. *The Economic Journal*, March; 110, 34-49.
- Blank, R (2001) *The new world of welfare*. Washington DC. Brookings Institution Press.
- Blomqvist, P. & Winblad, U. (2013). Monitoring quality in Elder Care: The Swedish Case. Paper presented at the IRSPM XVII, Pressured Professionals, Public Professionalism in Turbulent times. Prague, April 10-12, 2013.
- Boorsma, P. & Halachmi, A. (1998). *Inter and intra government arrangements for productivity: an agency approach*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Boston, J. (1996). Boston, Jonathan, Martin, John, June Pallot, and Pat Walsh. *Public management: the New Zealand model*. Auckland: Oxford University Press.
- Boyne, GA. (1998). Competitive Tendering In Local Government: A Review of Theory and Evidence. *Public Administration*, 76(4), 695-712.
- Brown, T. L., Potoski, M., & Van Slyke, D. M. (2007). Trust and contract completeness in the public sector. *Local Government Studies*, 33(4), 607-623.
- Brown, LT. & Potoski, M. (2003). Contract management capacity in municipal and county governments. *Public Administration Review*, 63(2), 153-164.
- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J.W., Ravindran, N. C., et al. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, Aug; 339(2), 27-32.

- Dahlgren, Göran (2010). "Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter", *Socialmedicinsk tidskrift*, Vol 8; Nr 1.
- Dehoog, R. H. (1990). Competition, Negotiation, or Cooperation: Three Models for Service Contracting. *Administration & Society*, 22(3), 317–340.
- Dicke, L. A., & Ott, J. S. 1999. Public Agency Accountability in Human Services Contracting. *Public Productivity & Management Review*, 22(4), 502-516.
- Domberger, S., & Jensen, P. (1997). Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects. *Oxford review of economic policy*, 13(4), 67–78.
- Eika, K. H. (2009) 'The Challenge of Obtaining Quality Care: Limited Consumer Sovereignty in Human Services', *Feminist Economics* 15(1):113-137.
- Eggertsson, T. (1993). "The economics of institutions: avoiding the open-field syndrome and the perils of path dependence." *Acta Sociologica* 36.3: 223-237.
- Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2013). I: Meagher, G. & Szebehely, M. (eds). *Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Report from Normacare. Department of Social Work, Stockholm University.
- Gilbert, Neil (2002). *Transformation of the welfare state: the silent surrender of public responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, Nov; (91), 481-510.
- Harrington, C., Swan, JH. & Carrillo, H. (2007). Nurse staffing levels and Medicaid reimbursement rates in nursing facilities. *Health Services Research*, Jun; 42(3:1), 1105-1129.
- Harrington, C., Olney, B., Carillo, H. & Kang T. (2012). Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies. *Health Service Review*, Feb; 47(1:1), 106-28.
- Hart, O, Shleifer, A., & Vishny, R. (1997). The proper scope of government: theory and an application to prisons. *The Quarterly Journal of*
- Hart, O, & Moore, J. (1999). Foundations of incomplete contracts. *The Review of Economic Studies*, 66(1), 115–138.
- Hart, O. (2003), Incomplete Contracts and Public Ownership: Remarks, and an Application to Public-Private Partnerships. *The Economic Journal*, 113: C69–C76.
- Hendrikse, G., & Veerman, C. (2001). Marketing Co-operatives: An Incomplete Contracting Perspective. *Journal of Agricultural ...*, 52(1), 53–64.
- Hodge, G. (2000). *Privatization: An International Review of Performance*. Boulder Colorado: Westview Press.
- Hogget, P. (1996). New modes of control in the public service. *Public Administration*, 74(1), 9-32.
- Isaksson, D. (2012). *Som man frågar får man svar - vilka kvalitetskrav ställer kommunerna vid upphandling av äldreboenden?* Magisteruppsats, Uppsala universitet.

- Kastberg, Gustaf (2005). Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting. Göteborg University.
- Kelman, CW., Bass, AJ. & Holman, CD. (2002). Research use of linked health data - a best practice protocol. *The Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(3), 251-255.
- Lambright, K.T. (2008). Getting what you ask for: Barriers to proper use of service monitoring tools. *The American Review of Public Administration*, 38, 362-379.
- Larsson, K. & Szebehely M. (2006). Kapitel 16 – Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna. I: "Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003". Statistiska Centralbyrån, Stockholm.
- SFS 2007:1091. *Lag om offentlig upphandling*.
- SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*.
- McGregor, M.J., et al. (2010). Trends in long-term care staffing by facility ownership in British Columbia, 1996 to 2006. *Statistics Canada*, Catalogue no. 82-003-XPE Health Reports, Dec; 21(4).
- OECD. (2012). *OECD Health Data*, OECD Publishing, Paris.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Addison-Wesley Publ. Co., Boston.
- Pollit, C., Bouckaert, G. (2000). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press
- Pratt, J.W. & Zeckhauser, J. (1998). *Principals and Agents: The Structure of Business*. Boston: Harvard Business School Press.
- Proposition 1992/93:43. *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*.
- Romzek, BS. & Johnston, JM. (2002). Effective Contract Implementation and Management: A Preliminary Model. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Jul;12(3), 423-453.
- Savas, E. (2000). *Privatization and public-private partnerships*. New York: Chatman House Publishers.
- Sclar, E. (2000). *You don't always get what you pay for : the economics of privatization*. Ithaca: Cornell University Press.
- Socialstyrelsen. (2012). *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen, Stockholm. 2012-5-30.
- SOSFS 2011:09. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- SOU 2007:37. *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*. Socialdepartementet, Stockholm.
- SOU 1991:104. *Konkurrensen inom den kommunala sektorn*, Civildepartementet, Stockholm.

Stolt, R. & Jansson, P. (2006). *Den privata äldreomsorgsmarknaden – etablering, utveckling och konkurrens*. Kandidatuppsats. Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet.

Stolt R, Blomqvist P, Winblad U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 2011 Feb;72(4):560-7.

Szebehely, M. (2011) Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS.

Van Slyke, D. M. (2003). "The mythology of privatization in contracting for social services." *Public Administration Review* 63.3: 296-315.

Vining, AR. & Globerman, S. (1999). Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy*, Jan;46(2), s. 77-96.

Williamson, Oliver E. (1985). *The economic institutions of capitalism*. Simon and Schuster.

Winblad U, Isaksson, D. (2013). Geografisk närhet som en förklaring till privatisering. sid.121-142. I: Jordahl, H (ed) 2013. Välfärdstjänster i privat regi. Framväxt och drivkrafter. Stockholm: SNS förlag.

Winblad U, Blomqvist P, Isaksson D. (2014). Den upphandlade äldreomsorgen. En enkätstudie om kommunala tjänstemäns erfarenheter av upphandlad äldreomsorg. Arbetsrapport 2014:1. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Uppsala universitet