

Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll?

- en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-87169-41-0
Artikelnr 2012-5-30

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2012

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga om det finns några systematiska kvalitetsskillnader mellan den vård och omsorg om äldre som utförs av kommunala respektive enskilda utförare. Därutöver ska myndigheten beskriva effekterna av konkurrensutsättning och valfrihetssystem. Socialstyrelsen belyser dessa frågor utifrån redan befintliga datakällor och tidigare studier på området.

Rapportens syfte är att sprida kunskap om en viktig och aktuell frågeställning. Förutom regeringen riktar sig rapporten främst till regionala politiker och verksamhetsledningar för enheter som bedriver vård och omsorg om äldre.

Cecilia Eek har varit projektledare och huvudförfattare. Homan Amani har bearbetat material från tillsynen. Statistiska bearbetningar och analyser har gjorts av Sirona Health Solutions. Följande personer har ingått i en intern referensgrupp: Gert Alaby, Kajsa Eliasson, Ann-Kristin Granberg, Ulla Höjgård, Marianne Lidbrink och Welat Songur. Ansvarig enhetschef är Mona Heurgren.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Petra Otterblad Olausson
Avdelningschef

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inga entydiga kvalitetsskillnader utifrån regiform	7
Effekter av konkurrensutsättning dåligt belysta	7
Kommunerna har ett stort ansvar	8
Andra faktorer som är viktiga	8
Inledning	9
Uppdraget	9
Metod och datakällor	10
Datakällor	10
Litteratursökning	11
Definitioner i rapporten	12
Disposition	12
Vad är kvalitet inom vård och omsorg om äldre?	13
Jämförelser av kvalitet mellan kommunala och enskilda utförare	16
Slutsatser	16
Viktig information saknas för kvalitetsjämförelser	17
Struktur- och processkvalitet	17
Styrkor och svagheter	17
Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare inom särskilt boende	18
Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare inom hemtjänst	21
Jämförelse mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda utförare	22
Äldres uppfattning	25
Styrkor och svagheter	26
Äldres uppfattning i 17 kommuner	26
Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare	27
Jämför service i Stockholms stad	29
Äldre som bor i särskilt boende på små enheter är nöjdare	31
Samband mellan personalens utbildning och äldres uppfattning?	33
Material från tillsynen	34
Anmälningar enligt lex Sarah	34
Anmälningar enligt lex Maria	35
Enskildas klagomål	36
Nattlig tillsyn	37
Effekter av konkurrensutsättning	38
Slutsatser	38
Entreprenadmodellen	39
Få studier om effekter på insatsernas kvalitet	39
Ökat kvalitetsmedvetande i kommunen	41
Korta avtalsperioder skapar oro och osäkerhet	41

Incitamenten till innovation och utveckling kan minska	41
Få studier om anställdas erfarenheter	42
Valfrihetsmodellen	43
Få studier om effekter på insatsernas kvalitet	43
Ökat kvalitetsmedvetande i kommunen	44
Svårare för handläggare att hinna följa upp sina beslut	45
Svårare att samordna många aktörer	45
Många studier om själva valet	45
Små skillnader i äldres uppfattning mellan kommuner med olika privatiseringsgrad	47
Kommunernas uppföljningsansvar	49
Uppföljning ur ett individperspektiv	49
Uppföljning ur ett verksamhetsperspektiv	50
Diskussion och slutsatser	52
Kvalitet i kommunal och enskild regi	52
Inga stora entydiga skillnader	52
Risken för allvarliga misstag	53
Vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter	53
Utförarnas arbete enligt lagar och föreskrifter	54
Effekter av konkurrensutsättning	54
Få studier om effekter på kvalitet	54
Risk för segregerad kvalitet	54
Ökat kvalitetsmedvetande men risk för bristande kvalitetsutveckling	55
Andra faktorer som är viktiga	56
Kommunernas har ett stort uppföljningsansvar	56
Äldre som bor i små särskilda boenden är mer nöjda	56
Påverkar personalens utbildning äldres uppfattning?	56
Tillstånd även för kommunala utförare?	57
Förslag till fortsatt arbete	57
Metoder för att följa kvalitet utifrån regiform framöver	57
Behov av ytterligare studier	58
Referenser	60
Bilaga 1. Uppdraget från regeringen	64
Bilaga 2. Kvalitetsområden i Äldreguiden 2011	67
Bilaga 3. Kvalitetsområden i undersökning om äldres uppfattning om äldreomsorgen 2011	70

Sammanfattning

Inga entydiga kvalitetsskillnader utifrån regiform

Socialstyrelsen har inte det slutgiltiga svaret på frågan om det finns kvalitetsskillnader mellan kommunala och enskilda utförare av vård och omsorg om äldre. Vi har analyserat Äldreguidens enhetsundersökning, undersökningar om äldres uppfattning i 17 kommuner och Stockholms stad, material från tillsynen samt gjort en genomgång av tidigare studier. Utifrån en sammantagen bedömning av flera datamaterial kan vi i dagsläget inte se några stora och entydiga kvalitetsskillnader utifrån regiform. De olika datamaterialen pekar i olika riktningar. Ibland framstår de kommunala utförarna som bättre och i andra avseenden framstår de enskilda utförarna som bättre.

Mer fördjupade studier behövs om denna fråga. Samtliga slutsatser i rapporten bygger på ett antagande att det inte finns några stora skillnader mellan kommunala och enskilda utförare vad gäller deras tjänsteutbud eller omsorgstagarnas behov. Socialstyrelsen saknar i dag information om dessa faktorer, vilket gör det svårt att veta om jämförelserna av utförare är likvärdiga eller inte.

För att undersöka risken för allvarliga misstag har vi gått igenom material från tillsynen: enskildas klagomål, anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria samt resultat från en nattlig tillsyn. Materialet visar ingen skillnad i risken för allvarliga misstag mellan kommunala och enskilda utförare.

Socialstyrelsen har också jämfört enskilda utförare som är vinstdrivande respektive icke-vinstdrivande och ser inte några stora kvalitetsskillnader. För att dra några säkra slutsatser behövs ytterligare underlag som i dag saknas.

Materialet ger inga svar på frågan om det finns några skillnader i utförarnas arbete utifrån socialtjänstlagen eller regelverket i övrigt.

Effekter av konkurrensutsättning dåligt belysta

Socialstyrelsen har även analyserat effekter av konkurrensutsättning, i första hand utifrån tidigare studier. Studierna avser konkurrensutsättning enligt entreprenadmodellen och valfrihetsmodellen. Dock är antalet tidigare studier för få för att Socialstyrelsen ska kunna dra några slutsatser om kvalitetseffekter. Ofta handlar det om småskaliga studier med få kommuner eller få enheter. Vidare varierar resultatet när det gäller vilken regiform som tillhandahåller insatser av högst kvalitet. Vi har endast identifierat ett fåtal studier som rör effekter av konkurrensutsättning i strikt bemärkelse, det vill säga som jämför kvaliteten före och efter införandet av konkurrensutsättning.

Ett relativt stort antal studier handlar om de äldres val av utförare i de kommuner som har infört valfrihetssystem. Resultaten visar att äldre ofta är positiva till möjligheten att välja, men många har ändå inte själva valt utförare. Anledningen är, enligt tidigare studier, att många äldre befinner sig i en akut situation när det är dags att välja utförare. Dessutom kan de ha kognitiva nedsättningar som försvårar valet. Flera studier uppmärksammar även att brister i informationen gör det svårt att jämföra de olika utförarna med var-

andra. Flera äldre uttrycker att de gärna vill ha hjälp av biståndshandläggaren att välja, men biståndshandläggaren får inte påverka vilka utförare de äldre väljer.

Framför allt studier om entreprenadmodellen visar att kommunernas kvalitetsmedvetande kan öka vid konkurrensutsättning. När kommunerna skriver sina anbudsunderlag måste de nämligen gå igenom sina egna verksamheter och nogsamt överväga vilka tjänster de vill erbjuda och med vilken ambitionsnivå. Ett ökat kvalitetsmedvetande i kommunen kan också ”spilla över” på de verksamheter som bedrivs i egen regi.

Några studier har visat på nackdelar med detaljerade förfrågningsunderlag, eftersom de kan medföra att utförarna ser uppdraget som ett rent förvaltningsuppdrag utan möjlighet att utveckla verksamheten. Korta upphandlingsperioder för entreprenaden kan också göra att utförarna ogärna vill utveckla och investera i verksamheten. Samtidigt uttrycker kommunerna att de ogärna vill binda upp sig i en relation som eventuellt inte fungerar så bra.

Kommunerna har ett stort ansvar

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att äldre får den vård och omsorg som de har beviljats. I kommunernas ansvar ingår att följa upp varje beslut samt att kontrollera de utförare som har i uppdrag att verkställa kommunernas beslut. Socialstyrelsen vill understryka att kommunernas uppföljningar är avgörande för att säkerställa att äldre får en god vård och omsorg.

Andra faktorer som är viktiga

Socialstyrelsens analyser visar att det finns andra faktorer än regiform som är viktiga. Ett exempel är storleken på det särskilda boendet. Äldre som bor på små enheter är mer nöjda än äldre som bor på stora enheter. En intervjustudie med chefer inom äldreomsorgen visar också att chefer på små enheter har större möjligheter att utöva ett aktivt ledarskap. På de små enheterna kände cheferna de äldre och visste vilka behov de hade. Därmed kunde de lättare handla sina anställda så att de äldres behov tillgodosågs. På de stora enheterna hade cheferna tvingats prioritera bort dessa arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen har även sett indikationer på att andelen anställda med en lämplig grundutbildning kan ha betydelse för de äldres uppfattning om insatserna. Sambandet behöver dock analyseras ytterligare innan vi kan dra några säkra slutsatser.

Inledning

Konkurrensutsättning inom vård och omsorg om äldre har pågått sedan början av 1990-talet och alltför många kommuner har valt att konkurrensutsätta hela eller delar av sin verksamhet. I dag drivs ungefär 20 procent av vården och omsorgen om äldre i enskild regi. Majoriteten av kommunerna driver alltså fortfarande både särskilda boenden och hemtjänst helt i egen regi.

Under 1990-talet var den vanligaste metoden att verksamheter lades ut på entreprenad enligt de regler som specificeras i lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). De senaste tio åren har valfrihetssystem blivit allt vanligare, framför allt sedan införandet av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), som trädde i kraft den 1 januari 2009. I december 2011 hade 104 kommuner valfrihetssystem enligt LOV i drift (1).

På flera håll har dock kvalitetsbrister uppmärksamats i vården och omsorgen om äldre. Detta väcker frågan om vilken effekt regiform har på insatsernas utförande. Likaså aktualiseras frågan om vilka instrument som finns för att säkerställa och följa kvaliteten i både kommunala och enskilda verksamheter.

Uppdraget

Regeringen vill ha kunskap om hur olika former av upphandling, styrning och uppföljning fungerar i praktiken. Detta är ett led i regeringens arbete med att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att utreda om det förekommer några systematiska skillnader i kvalitet när det gäller vård och omsorg om äldre som bedrivs av kommunala respektive enskilda utförare (se bilaga 1). Till de enskilda utförarna hör både vinstdrivna och idéburna icke-vinstdrivande aktörer. Följande frågeställningar ingår i uppdraget:

1. Förekommer det några systematiska skillnader i kvaliteten i vård och omsorg om äldre som bedrivs av kommunala respektive enskilda utförare? Om det finns några skillnader, vilka är orsakerna?
2. Finns det några skillnader mellan kommunala och enskilda utförare när det gäller risken att göra allvarliga misstag?
3. Har det någon betydelse för kvaliteten om en enskild utförare är vinstdrivande eller icke-vinstdrivande?
4. Finns det några tydliga skillnader i utförarnas arbete utifrån socialtjänstlagen och regelverket i övrigt när det gäller hur de dels arbetar med kvalitetssystem, dels systematiskt utvecklar kvaliteten?
5. Vilka är effekterna av valfrihetssystem, konkurrens och kontraktstyrning?

De två vanligaste kommunala insatserna till äldre personer är särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende, vilka kommer att studeras mer ingående

inom ramen för detta uppdrag. När det gäller personer i särskilt boende ansvarar kommunerna för hemsjukvården. I det här uppdraget ingår därför både insatser enligt socialtjänstlagen och kommunernas ansvar för hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I Socialstyrelsens kartläggning ingår däremot inte kommunernas ansvar för hemsjukvård för personer med hemtjänst i ordinärt boende. Anledningen är att endast hälften av landets kommuner själva ansvarar för detta. I de övriga kommunerna har landstinget det ansvaret. Vid jämförelser mellan utförare i kommunal och enskild regi är det svårt att jämföra en insats som endast hälften av landets kommuner tillhandahåller.

I uppdraget ingår även att belysa effekter av valfrihetssystem, konkurrens och kontraktstyrning. Socialstyrelsen har valt att beskriva effekter på kvaliteten utifrån de två vanligaste modellerna för konkurrensutsättning inom vården och omsorgen om äldre: entreprenadmodellen och valfrihetsmodellen. Det finns en tredje modell som innebär att kommunerna köper enstaka platser av enskilda utförare, men den analyseras inte i rapporten.

Metod och datakällor

De frågeställningar som ingår i uppdraget är högaktuella och mycket komplexa. Samtidigt är utredningstiden kort och medger inte några nya undersökningar. Socialstyrelsen har därför valt att redovisa redan befintliga material från flera olika källor. Samtliga empiriska material har både styrkor och svagheter, vilka vi beskriver mer utförligt senare i rapporten.

Datakällor

En datakälla är Äldreguiden som Socialstyrelsen publicerar årligen. Äldreguidens syfte är att redovisa öppna jämförelser av kvalitet i vården och omsorgen om äldre personer (2). Datainsamlingen görs bland annat på enhetsnivå och det finns därmed möjlighet att jämföra enheter i kommunal och enskild regi.

Ett annat underlag är Socialstyrelsens rikstäckande undersökning som gäller äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen (3). Det är en urvalsundersökning som baseras på postenkäter till äldre med särskilt boende respektive hemtjänst, och resultatet redovisas på kommunnivå. Ett 50-tal kommuner har gjort ett tilläggsurval för att kunna redovisa sina resultat på enhetsnivå. I 18 av dessa kommuner bedrivs äldreomsorg även i enskild regi, och de har fått en förfrågan från Socialstyrelsen om att bidra med resultat på enhetsnivå. 17 kommuner tackade ja till att medverka och deras resultat utgör ett viktigt underlag i denna rapport.

Vi har även valt att inkludera resultat från Stockholm stads undersökning om äldres uppfattning om sina insatser, eftersom en stor andel landets äldre med insatser i enskild regi finns i Stockholms stad (4). Den undersökningen innehåller andra frågor än Socialstyrelsens nationella undersökning och är därför inte jämförbar med denna.

Socialstyrelsen har dessutom analyserat material från tillsynen för att se om det finns skillnader mellan de verksamheter som drivs i kommunal respektive enskild regi. De material som vi har analyseras är enskilda perso-

ners klagomål, anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria samt resultat från en nattlig tillsyn av 94 särskilda boenden.

Litteratursökning

Socialstyrelsen har även kartlagt tidigare studier, både för att fånga studier om skillnader mellan kommunala och enskilda utförare och för att belysa effekter av konkurrensutsättning. Inom ramen för denna rapport har vi inte gjort någon värdering av de olika studierna. Kartläggningen avser i första hand svenska förhållanden.

Litteratursökningen gjordes i Libris, Artikelsök och Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVa) utifrån följande sökkriterier:

Något av begreppen nedan:	...i kombination med något av begreppen nedan:
kontraktstyrning	kommun*
upphandl*	omsorg*
privat*	äldre*
kontrakt*	kvalitet
avtal*	socialtjänst
konkurrens*	hemtjänst
anbud*	särskilt boende
kravspecifikation	servicebo*
entreprenad*	sjukhem
valfrihet*	demens*
LOV	dagverksamhet
välja	
kundval*	
val*	

* Sökningen gjordes på det aktuella ordet, inklusive alla tänkbara ändelser.

Flera av de identifierade studierna betonar vikten av att kommunerna följer upp verksamheternas kvalitet när en allt större del av vården och omsorgen om äldre utförs i enskild regi. Därför har vi även gjort en sökning utifrån följande kriterier:

Något av begreppen nedan:	...i kombination med något av begreppen nedan:
uppföljning	äldre*
verksamhetsuppföljning	hemtjänst
beslut	särskilt boende
biståndsbedöm*	
handlägg*	
bedömning	

* Sökningen gjordes på det aktuella ordet, inklusive alla tänkbara ändelser.

Dessutom har vi gått igenom publikationer på följande webbplatser: Kammarkollegiet, Riksrevisionen, Statskontoret, Konkurrensverket, Sveriges Kommuner och Landsting, tidskriften Kommunal ekonomi och politik, Äldrecentrum och Forsa/Socialvetenskaplig tidsskrift.

Definitioner i rapporten

Kommunal vård och omsorg – insatser inom äldreomsorgen som beviljas enligt socialtjänstlagen samt kommunal hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Kommunal hemsjukvård – hälso- och sjukvård som ges i den enskildes bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Den kommunala hemsjukvården omfattar inte åtaganden som ges av läkare.

Äldreomsorg – insatser till äldre som beviljas inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen

Hemtjänst – individuellt behovsprövad service och/eller personlig omvårdnad som ges som bistånd enligt socialtjänstlagen i den enskildes bostad eller motsvarande. I rapporten ingår endast hemtjänst som ges i ordinärt boende för personer som är 65 år och äldre.

Särskilt boende – individuellt behovsprövat boende som beviljas enligt socialtjänstlagen till äldre personer som behöver särskilt stöd. Till särskilda boendeformer för service och omvårdnad hör bl.a. det som före år 1992 benämndes ålderdomshem, servicehus, gruppboenden och sjukhem.

Enskild regi – verksamhet som bedrivs av en annan aktör än kommunen, till exempel ett bolag (inkl. kommunala bolag), en stiftelse eller ett kooperativ, och som på uppdrag av och mot ersättning av kommunen verkställer kommunens beslut om insatser som beviljats enligt socialtjänstlagen..

Kommunal regi – verksamhet som bedrivs av kommunen och som verkställer kommunens beslut om insatser som beviljats enligt socialtjänstlagen

Utförare – organisatorisk enhet som verkställer kommunens (beställarens) beslut om insatser som beviljats enligt socialtjänstlagen. Verksamheten kan bedrivas i enskild eller kommunal regi.

Vårdgivare – organisatorisk enhet som bedriver hälso- och sjukvård. Verksamheten kan bedrivas av kommunen i fråga om sådan hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar, enskild utförare, eller annan juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård.

Disposition

I nästa kapitel beskriver vi vad som i rapporten avses med kvalitet inom vården och omsorgen om äldre. Det efterföljande kapitlet innehåller jämförelser mellan kommunala och enskilda utförare utifrån befintliga datakällor. Därefter redogör vi för effekter av konkurrensutsättning på insatsernas kvalitet, i första hand utifrån tidigare studier. Sedan följer ett kapitel om kommunernas ansvar för att följa upp insatsernas kvalitet. I det avslutande kapitlet presenterar Socialstyrelsen slutsatser och ger en sammanfattande bild utifrån tidigare studier och befintliga datakällor. Där presenterar vi även förslag på hur kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kan följas framöver.

Vad är kvalitet inom vård och omsorg om äldre?

Kvalitet är ett komplext begrepp som inte är helt lätt att definiera. Ett vanligt tillvägagångssätt är att utgå från Internationella Standardiseringsorganisationens (ISO:s) definition där kvalitet är ”alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov”. Kvalitet kan dock betyda olika saker i olika sammanhang.

God vård samt god kvalitet inom socialtjänsten

Socialstyrelsen har tagit fram modeller för att beskriva vad som är kvalitet inom vården respektive socialtjänsten. *God vård* är ett samlingsbegrepp som visar vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för God vård (5). Dessa områden är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

God kvalitet inom socialtjänsten överensstämmer i hög grad med de områden som lyfts fram inom God vård. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har gemensamt tagit fram en modell för kvalitet inom socialtjänsten (6). Enligt den modellen innebär god kvalitet att tjänsterna svarar mot de beslutade målen (lagar, förordningar och föreskrifter) samt att de:

- bygger på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet
- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- är tillgängliga
- är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Strukturer, processer och resultat

Det är vanligt att skilja mellan tre typer av kvalitetsmått eller indikatorer, enligt Donabedians modell (6):

- *Strukturmått* anger förutsättningar, eller resurser, för kvaliteten i en verksamhet. Det kan exempelvis handla om personal, kompetens, lokaler, utrustning och policydokument.
- *Processmått* speglar själva utförandet, vad som faktiskt görs inom en verksamhet. Det kan till exempel handla om arbetssätt, rutiner, bemötande, preventiva åtgärder och behandlingar av olika slag.
- *Resultatmått* visar resultatet och effekterna av en verksamhet. Det kan handla om verksamhetens effekter för de berörda personerna, såsom återställd hälsa för patienter eller omsorgstagarnas tillfredsställelse med insatser från socialtjänsten. Syftet är att se om verksamheten leder till någon form av effekt för de berörda personerna.

För att beskriva vård och omsorgen om äldre i dess helhet är det viktigt med såväl struktur- och processmått som resultatmått. Att mäta de olika kvalitetsaspekterna är många gånger en komplicerad uppgift. Ofta kan det vara enklare att mäta kvalitet som rör en verksamhets strukturer och processer än att mäta kvalitet som rör resultat. Därför är tillgången till data om strukturer och processer ofta större än tillgången till data om resultatmått.

Kvalitetsmått som används i denna rapport

I denna rapport används olika datakällor som definierar och mäter kvalitet på olika sätt. Vissa datakällor redovisar struktur- eller processmått medan andra baseras på resultatmått.

Äldreguidens enhetsundersökning mäter struktur- och processkvalitet hos utförare inom vården och omsorgen om äldre. De uppgifter som redovisas utgår i hög grad från lagar, förordningar och föreskrifter. En verksamhet kan dock ha ett bra resultat när det gäller struktur- och processmått men ändå ha brister inom andra områden, exempelvis bemötande. Syftet med Äldreguiden är att beskriva förutsättningar för utförarnas arbete, snarare än att identifiera brister.

Ett annat sätt att mäta kvalitet är att utgå från de äldres egen uppfattning om insatserna de får. Även denna typ av undersökningar ingår i rapporten. Undersökningarna handlar bland annat om de äldres syn på bemötande, trygghet, aktiviteter, mat och information. Äldres uppfattning om beviljade insatser kan betraktas som ett resultatmått, även om det inte är den enda metoden för att mäta resultat.

I rapporten sammanställs även material från tillsynen. Tillsynens uppgift är att identifiera brister genom att utreda klagomål från enskilda personer, utreda anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria samt genom att besöka verksamheterna. Det analyserade materialet handlar därför om avvikelser från det som är god vård respektive god kvalitet inom socialtjänsten.

Dessutom har vi sammanställt ett stort antal tidigare studier. I dessa studier används olika definitioner av kvalitet liksom olika metoder för att mäta förekomsten av densamma inom vård och omsorg om äldre.

De olika datakällor som används i denna rapport kan sägas komplettera varandra. Genom detta angreppssätt kan vi redovisa såväl struktur- och processmått som resultatmått, vilket är viktigt för att ge en så heltäckande bild som möjligt av kvaliteten i verksamheterna. Användandet av olika sorters

kvalitetsmått är en styrka eftersom det ger en mer nyanserad bild av en komplex fråga.

Jämförelser av kvalitet mellan kommunala och enskilda utförare

Slutsatser

- Socialstyrelsens analys av flera datakällor ger ingen entydig bild av några stora kvalitetsskillnader mellan kommunala och enskilda utförare av vård och omsorg om äldre. Analysen bygger på antagandet att kommunala och enskilda utförare har ungefär samma tjänsteutbud och att omsorgstagarna har ungefär samma behov och vårdtyngd.
- Vissa skillnader finns men de är inte entydiga. Olika datakällor visar olika resultat. Kommunala utförare är bättre när det gäller strukturmått (personaltäthet, kompetens, boendestandard), medan enskilda utförare är bättre när det gäller processmått (genomförandeplaner, riskbedömningar, nattfasta och val mellan två maträtter). Undersökningen om äldres uppfattning i 17 kommuner visar inga signifikanta skillnader utifrån regiform. Däremot är äldre i Stockholms stad mer nöjda med insatser i enskild regi.
- Det går inte att utläsa några skillnader utifrån regiform när det gäller materialet från tillsynen. Antalet anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria står i proportion till antalet äldre med insatser i kommunal respektive enskild regi, och det gäller även antalet klagomål från enskilda personer.
- Famna har identifierat 35 utförare inom hemtjänst och 63 utförare inom särskilt boende som är icke-vinstdrivande. Antalet kan dock vara en underskattning. I Äldreguiden framträder inte några stora kvalitetsskillnader mellan enskilda utförare som är vinstdrivande respektive icke-vinstdrivande. Frågan behöver dock analyseras ytterligare.
- Det finns andra faktorer som tycks vara viktiga för insatsernas kvalitet. Äldre personer som får insatser inom särskilt boende från små enheter är nöjdare än de som får insatser från stora enheter. Det genomsnittliga antalet äldre per enhet är högre i särskilda boenden som drivs i enskild regi än de som drivs i kommunal regi. Analysen gäller 159 enheter i 16 kommuner.
- Socialstyrelsen har även sett att det kan finnas ett samband mellan andelen personal med adekvat grundutbildning och de äldres uppfattning om hemtjänsten. Andelen personal som har en adekvat grundutbildning är högre hos de kommunala utförarna än hos de enskilda utförarna. Sambandet har dock inte analyserats mer ingående och vi har inte gjort någon motsvarande analys för särskilt boende. Sambandet är dock intressant och skulle behöva analyseras ytterligare.

Viktig information saknas för kvalitetsjämförelser

Det kan finnas skillnader mellan kommunala och enskilda utförare när det gäller tjänsteutbud samt de äldres behov eller vårdtyngd. Det kan också variera vilken typ av insatser som kommunen väljer att lägga ut på enskilda utförare. I vissa kommuner ingår till exempel alla delar av hemtjänsten, och i andra kommuner läggs bara service ut på enskilda aktörer. Vissa kommuner har valt att lägga ut enheter som har varit svåra att driva, medan andra kommuner har behållit dessa i egen regi.

Stora skillnader i utförarnas förutsättningar kan påverka de kvalitetsmått som används i rapporten. Exempelvis är det troligt att verksamheter som riktar sig till äldre med stora behov behöver mer personal för att ge insatser av god kvalitet. Dessutom kan socioekonomiska faktorer såsom de äldres utbildningsnivå och inkomst påverka deras uppfattning, vilket ytterligare försvårar möjligheten till jämförelser.

För att kvaliteten hos utförare ska kunna jämföras på ett likvärdigt sätt behövs information som i dag saknas, bland annat om de äldres behov och vårdtyngd samt om utförarnas tjänsteutbud. Det är därför viktigt att eventuella kvalitetsskillnader tolkas med försiktighet.

Struktur- och processkvalitet

Socialstyrelsen samlar årligen in uppgifter från så gott som samtliga enheter inom särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende.¹ De indikatorer som redovisas i Äldreguiden utgår bland annat från lagstiftningen och olika styrdokument. De baseras även på tidigare studier om vilka kvalitetsaspekter äldre personer själva värderar i vården och omsorgen. Dessutom har Socialstyrelsen genom en enkät tillfrågat kommunalt ansvariga förvaltningschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor om vilka kvalitetsområden som bör mätas för att på ett tillfredsställande sätt beskriva kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre (7).

Äldreguidens enhetsundersökning redovisar uppgifter som har inrapporterats av utförarna själva. I undersökningen samlas uppgifter in om bland annat mat, delaktighet i och uppföljning av genomförandeplaner, riskförebyggande arbete, personalens kompetens, personaltäthet, andel timanställda och antal anställda per chef. Äldreguidens indikatorer beskrivs mer ingående i bilaga 2.

Styrkor och svagheter

Analysen i denna rapport omfattar 1 475 permanenta särskilda boenden och 1 794 enheter inom hemtjänst i ordinärt boende. Materialet är omfattande och nationellt heltäckande. År 2011 fick omkring 200 000 äldre personer insatser från någon av dessa enheter.

Indikatorerna i undersökningen är främst avsedda för äldre och deras närstående samt för kvalitetsutveckling inom vården och omsorgen om äldre. Det innebär att de indikatorer som redovisas har valts utifrån andra kriterier än att de är användbara i samband med den här typen av analys. Ett sådant kriterium är att indikatorerna ska spegla faktorer som verksamheterna själv

¹ I Äldreguiden ingår även indikatorer som avser dagverksamhet samt kommunernas myndighetsutövning, vilka inte redovisas i den här rapporten.

kan förändra och förbättra. Indikatorerna i Äldreguidens enhetsundersökning mäter därför i stor utsträckning struktur- och processkvalitet, det vill säga vilka resurser som används och hur man arbetar i verksamheterna. Däremot mäter enhetsundersökningen inte resultatet av de aktuella insatserna.

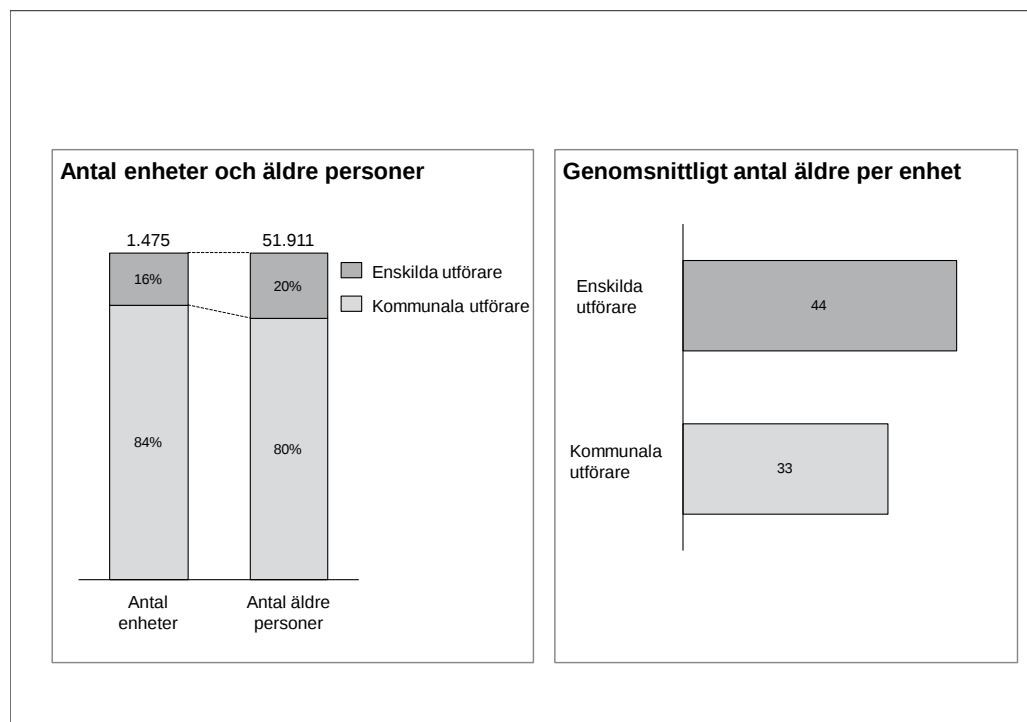
Uppgifterna i enhetsundersökningen beskriver inte allt som kan vara viktigt att veta om insatsernas kvalitet, och goda omdömen på ett kvalitetsområde är ingen garanti för bra vård och omsorg utifrån de äldres perspektiv. Socialstyrelsen bedriver ett arbete med att utveckla och förbättra indikatorerna i Äldreguiden och flera av de indikatorer som redovisas i den här rapporten kommer inte att samlas in i fortsättningen. Indikatorer som inte tillräckligt väl speglar insatsernas kvalitet, eller som inte är tillräckligt tillförlitliga, kommer att ersättas med indikatorer som bättre fångar viktiga kvalitetsaspekter. I resultatredovisningen nedan framgår det vilka indikatorer som inte kommer att samlas in i fortsättningen, genom att dessa sätts inom parentes.

Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare inom särskilt boende

I Äldreguiden 2011 ingick totalt 2 700 enheter inom särskilt boende, men då ingår även korttidsboende. Ungefär 1 800 av dessa drev enbart permanent särskilt boende. När servicehus har tagits bort återstår 1 475 enheter, och de ligger till grund för analyserna i denna rapport. Vi har alltså uteslutit korttidsboenden och servicehus för att kunna göra jämförelser mellan enheter som liknar varandra i så stor utsträckning som möjligt, både när det gäller tjänsteutbudet och omsorgstagarnas behov.

Av diagram 1 framgår att 84 procent av de särskilda boendena drivs i kommunal regi och 16 procent drivs i enskild regi. De enskilda utförarna har i genomsnitt fler äldre personer per enhet, 44 personer jämfört med 33 för kommunala utförare. Enskilda utförare driver med andra ord i genomsnitt större enheter.

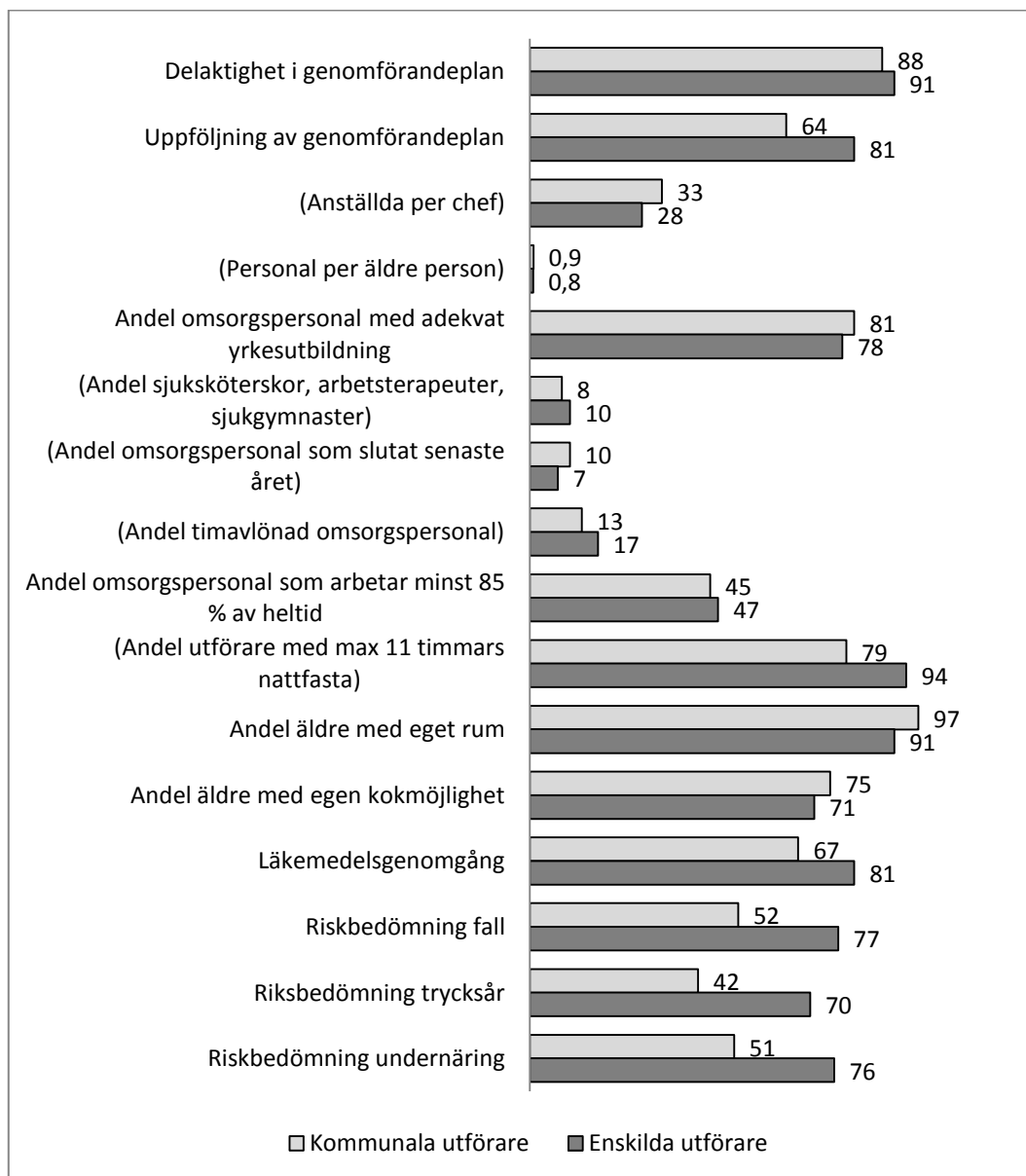
Diagram 1. Antal enheter och äldre personer i Äldreguiden 2011, fördelat på kommunala och enskilda utförare av särskilt boende



Anm. Analysen inkluderar inte servicehus
Källa: Äldreguiden 2011

Diagram 2 jämför kommunala och enskilda utförare av särskilt boende. De enskilda utförarna har ett bättre resultat när det gäller andelen äldre som riskbedömts med avseende på fall, trycksår och undernäring samt andelen äldre som fått en läkemedelsgenomgång. Vidare är andelen äldre som varit delaktiga i utformningen av sin genomförandeplan större bland de enskilda utförarna. Dessutom kan en större andel enskilda utförare erbjuda en nattfasta som är max 11 timmar. De kommunala utförarna å andra sidan har en mindre andel omsorgspersonal som är timanställd, större andel äldre med eget rum och egen kokmöjlighet samt en högre personaltäthet (0,9 omsorgspersonal per äldre i jämförelse med 0,8 för de enskilda utförarna).

Diagram 2. Utfall för indikatorer i Äldreguiden 2011, fördelat på kommunala och enskilda utförare av särskilt boende



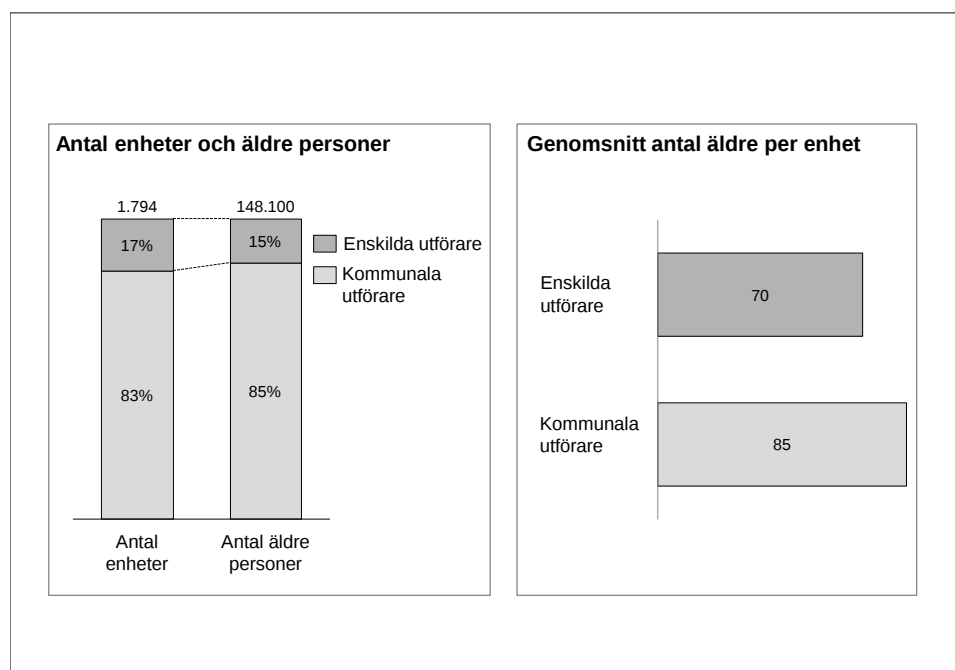
Anm: Indikatorer som anges inom parentes kommer att tas bort i Äldreguiden 2012. Analysen inkluderar inte servicehus.

Källa: Äldreguiden 2011

Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare inom hemtjänst

Diagram 3 visar att det finns 1 794 utförare av hemtjänst i ordinärt boende. Av dessa drivs 17 procent i enskild regi och 83 procent i kommunal regi. Det finns många små företag som driver hemtjänst och därför har kommunala utförare i genomsnitt större enheter, med 85 äldre personer per enhet jämfört med 70 för enskilda utförare.

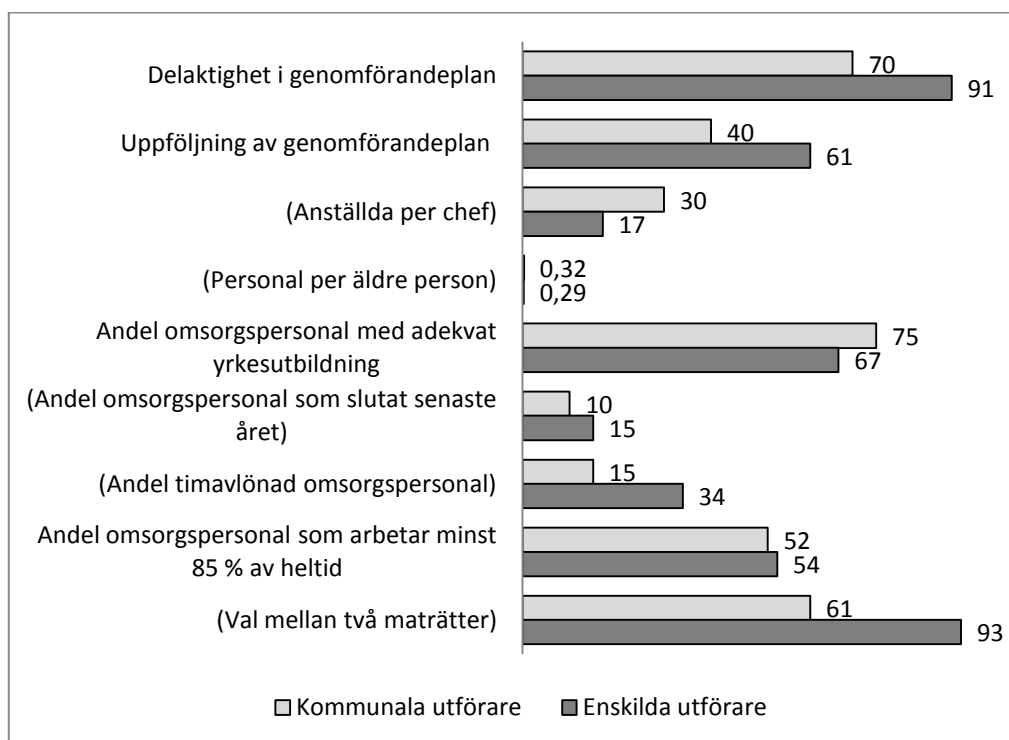
Diagram 3. Antal enheter och äldre personer i Äldreguiden 2011, fördelade på kommunala och enskilda utförare av hemtjänst i ordinärt boende



Källa: Äldreguiden 2011

I diagram 4 jämförs Äldreguidens indikatorer för kommunala och enskilda utförare av hemtjänst i ordinärt boende. De enskilda utförarna har en större andel äldre som har varit delaktiga i att utforma en genomförandeplan. Vidare har de äldre oftare en aktuell genomförandeplan. Det är också en större andel äldre får välja mellan två maträtter. Dessutom har de enskilda utförarna färre anställda per chef. De kommunala utförarna har däremot en större andel anställda med adekvat yrkesutbildning, en mindre andel timavlönad personal samt en lägre personalomsättning.

Diagram 4. Utfall för indikatorer i Äldreguiden 2011, fördelat på kommunala och enskilda utförare av hemtjänst i ordinärt boende



Anm: Indikatorer som anges inom parentes kommer att tas bort i Äldreguiden 2012.
Källa: Äldreguiden 2011

Jämförelse mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda utförare

Den offentliga statistiken saknar i dag information om icke-vinstdrivande, idéburna aktörer som utför välfärdstjänster (8-10). Famna (Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte) har bistått Socialstyrelsen med att inventera enskilda utförare av särskilt boende och hemtjänst som inte är vinstdrivande.

Inventering av icke-vinstdrivande enheter

”Icke-vinstdrivande” verksamheter definieras lite olika i olika källor (11-14). Gemensamt är att det huvudsakliga överskottet återinvesteras i verksamheterna i stället för att gå till privata aktieinnehavare eller ägare. Enligt den definition som Famna använde i inventeringen kan icke-vinstdrivande verksamheter ha många olika juridiska former och affärsmodeller, till exempel kooperativ, ömsesidiga bolag, frivilligorganisationer, stiftelser, icke-vinstdrivande företag eller vinstdrivande företag där själva ägaren är en icke-vinstdrivande organisation.

Famnas inventering utgick från de enheter som redovisas i Äldreguiden. Enheter som är medlemmar i Famna är per definition icke-vinstdrivande. Övriga enheter inventerades på utförarnas webbplatser, i företagsregister²

² 121.nu är ett företagsregister som använder sig av källor såsom UC, SCB, Bolagsverket, Svensk Adressändring, Skatteverket, PRV, SWETIC och Tullverket. Se www.121.nu för mer information.

samt i Länsstyrelsernas gemensamma stiftelsedatabas³. I enstaka fall tog Famna även kontakt med Bolagsverket och Skatteverket för att utreda en verksamhets huvudman. Med denna metod kunde Famna identifiera 63 icke-vinstdrivande verksamheter inom särskilt boende och 35 verksamheter inom hemtjänst.

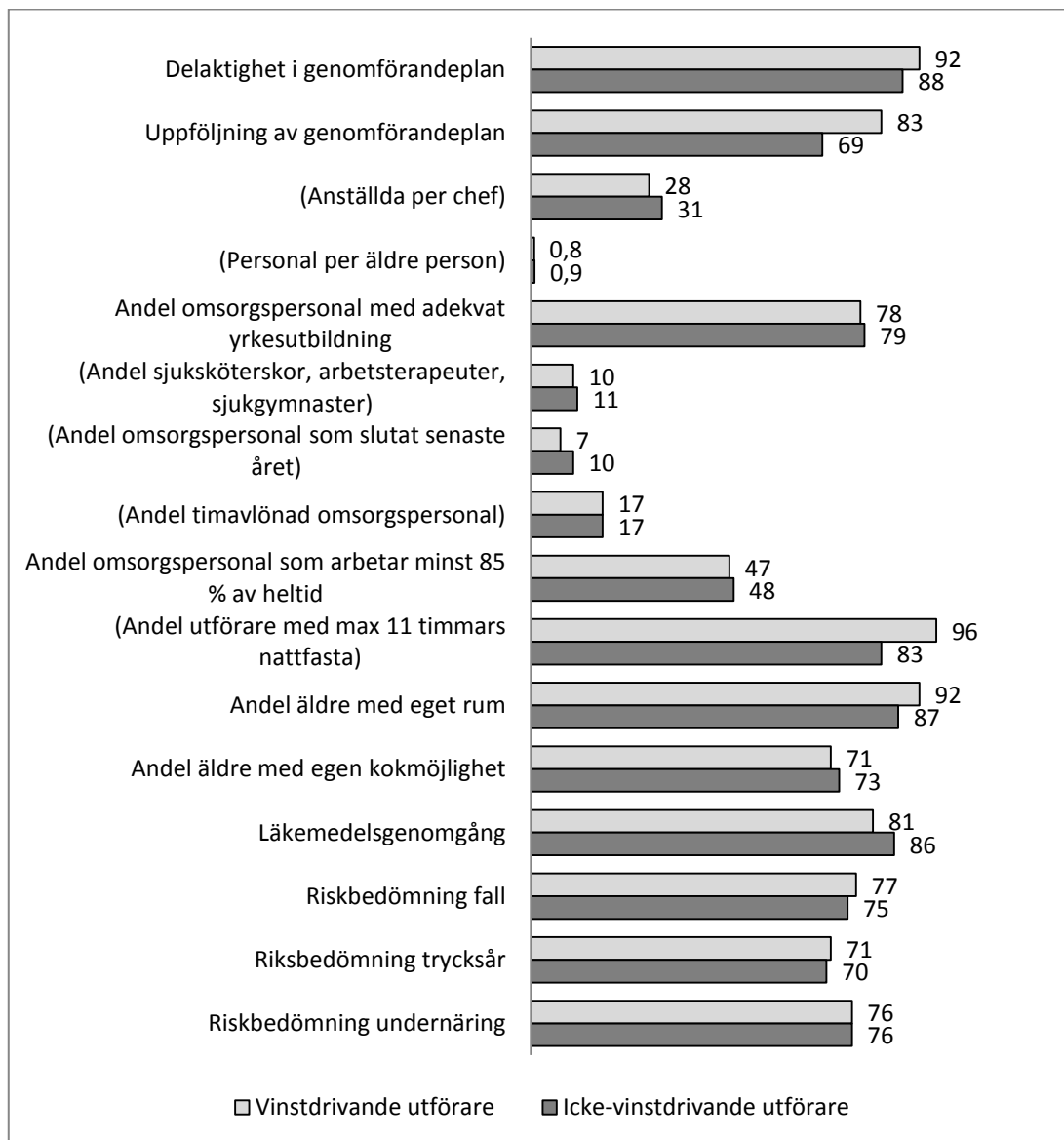
Enligt Famnas är detta troligtvis en underskattning av det verkliga antalet icke-vinstdrivande utförare av vård och omsorg om äldre. En grundligare genomgång, exempelvis av stiftelsers och vissa ekonomiska föreningars årsredovisningar och stadgar, skulle förmodligen ha gett högre siffror.

Jämförelse mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda utförare

I diagram 5 jämförs privata vinstdrivande med icke-vinstdrivande utförare för särskilt boende. Skillnaderna är genomgående små. De procentuellt sett största skillnaderna gäller andelen omsorgspersonal som har slutat det senaste året, andelen äldre som har fått sin genomförandeplan uppföljd samt andelen enheter som kan erbjuda en måltidsordning där nattfastan är max 11 timmar. De vinstdrivande utförarna rapporterar ett bättre resultat för dessa indikatorer.

³ Se <http://www.stiftelser.lst.se/StiftWeb/SSearch.aspx>

Diagram 5. Utfall för indikatorer i Äldreguiden 2011, fördelat på vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda utförare av särskilt boende

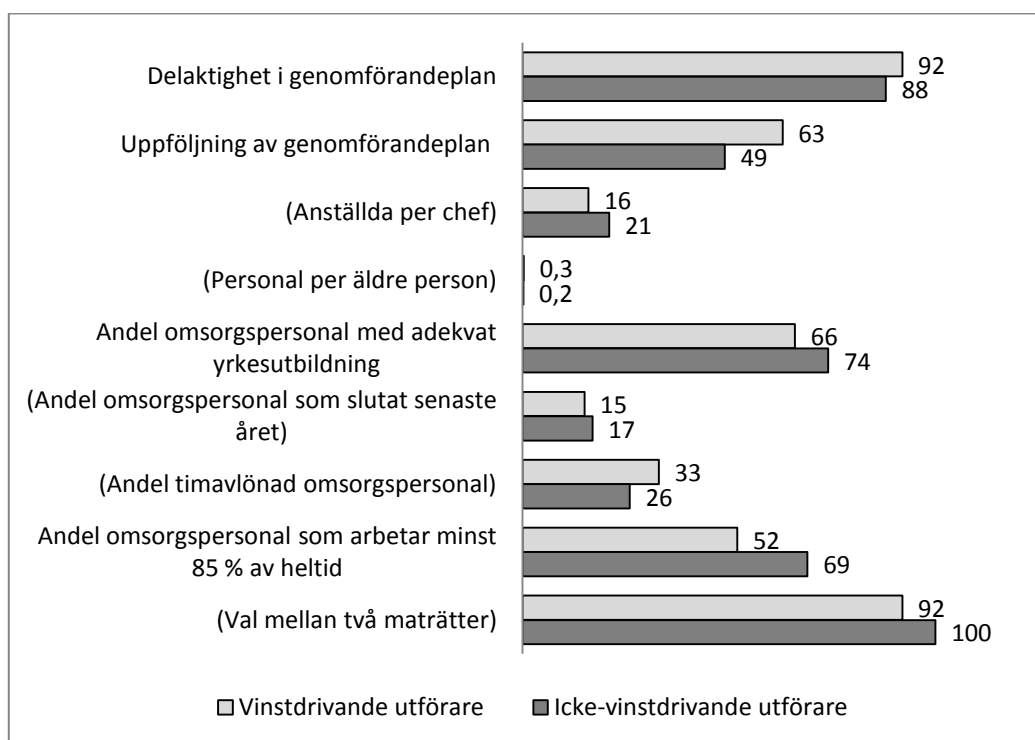


Anm: Indikatorer som anges inom parentes kommer att tas bort i Äldreguiden 2012. Analysen inkluderar inte servicehus.

Källa: Äldreguiden 2011, Famna

Diagram 6 visar motsvarande jämförelser av enskilda utförare inom hemtjänst i ordinärt boende. De icke-vinstdrivna utförarna har färre anställda per chef, en mindre andel timavlönad personal, en större andel omsorgspersonal som arbetar minst 85 procent av heltid (vilken antas innebära en högre kontinuitet för omsorgstagarna) samt en större andel anställda med adekvat yrkesutbildning. De vinstdrivna enskilda utförarna rapporterar ett bättre resultat när det gäller uppföljning av och delaktighet i genomförandeplan, antal anställd omsorgspersonal per äldre person samt antal anställda per chef.

Diagram 6. Utfall för indikatorer i Äldreguiden 2011, fördelat på vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda utförare av hemtjänst i ordinärt boende



Anm: Indikatorer som anges inom parentes kommer att tas bort i Äldreguiden 2012.
Källa: Äldreguiden 2011, Famna

Äldres uppfattning

Att mäta uppfattningen om en insats hos dem som är berörda är ett vanligt sätt att mäta insatsernas resultat. De äldres åsikter om sin vård och omsorg är centrala för att få en bild av insatsernas kvalitet.

Socialstyrelsen gör årligen en rikstäckande undersökning om äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Undersökningen handlar om äldres personers uppfattning om information, bemötande, inflytande, trygghet, hjälpens omfattning, mat, städning och tvätt, dusch och bad, vårdinsatser, social samvaro och aktiviteter samt hjälpens utförande. Personer med särskilt boende får även frågor om boendemiljön. Så långt det är möjligt har varje kvalitetsområde valts med stöd av de mål som gäller för äldreomsorgen (3). Kvalitetsområdena beskrivs mer ingående i bilaga 3.

Undersökningen bygger på två postenkäter, en till äldre med hemtjänst och en till äldre i särskilt boende i landets samtliga kommuner och stadsdelar. Personerna får ta ställning till i vilken utsträckning de är nöjda med respektive område utifrån en tiogradig skala.

SCB bearbetar sedan de inkomna svaren efter analysmodellen Nöjd-Kund-Index (NKI). NKI går ut på att de äldre lämnar sin bedömning av ett antal frågor som bildar kvalitetsområden. SCB räknar om den tiogradiga skalan till ett indexvärde mellan 0 och 100 där maxvärdet är 100. Sedan vägs frågorna per område ihop för varje kvalitetsområde (3). De värden som presenteras nedan är med andra ord indexerade värden – inte andelen nöjda personer.

Styrkor och svagheter

Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattning innehåller ett unikt material baserat på enkätsvar från 56 000 äldre personer med hemtjänst och 31 000 som bor i särskilt boende (eller deras närstående). Undersökningen redovisas vanligen på kommunnivå för samtliga kommuner. I den här rapporten har vi möjlighet att redovisa svar på enhetsnivå från 17 kommuner, vilket innebär att vi kan jämföra äldres uppfattning om kommunala respektive enskilda utförare. Vi har även valt att analysera resultat från Stockholms stads undersökning om äldres syn på vården och omsorgen eftersom en stor del av landets äldre personer med enskilt utförd hemtjänst eller särskilt boende bor i Stockholms stad. De kommuner som ingår – tillsammans med Stockholms stad – står för ungefär hälften av alla äldre som får särskilt boende eller hemtjänst utförd i enskild regi (4). De flesta av landets kommuner har dock bara verksamheter i kommunal regi och är därmed inte representerade i resultaten som presenteras nedan.

I Socialstyrelsens nationella undersökning om äldres uppfattning var svarsfrekvensen år 2011 omkring 67 procent bland äldre som har hemtjänst i ordinärt boende. Bland personer som bor i särskilt boende var svarsfrekvensen 54 procent vilket är ett problem. Dessutom var det bara 37 procent av de äldre i särskilt boende som själva besvarade enkäten. Motsvarande andel för personer som har hemtjänst var 77 procent (3).

Låga svarsfrekvenser är ett generellt problem för undersökningar om äldre personers uppfattning om vården och omsorgen, i synnerhet när det gäller personer som bor i särskilt boende. Det finns en risk för att andelen svårt sjuka personer är högre i bortfallet än bland dem som svarade. Dessa personer kan, på grund av sin sjukdom, ha en annan uppfattning om insatsen, och i så fall blir resultatet snedvridet. Det är därför viktigt att tolka resultaten med försiktighet.

Det finns ytterligare invändningar mot att mäta kvalitet i vården och omsorgen utifrån äldres uppfattning. En sådan är "tacksamhetsfaktorn" som handlar om att vissa har låga anspråk och kan känna sig nöjda med en ganska blygsam hjälp (15). Dessutom befinner sig äldre personer i ett beroendeförhållande i mötet med socialtjänsten och dess utförare. Detta beroendeförhållande kan göra att de är mer återhållsamma i sin kritik (16).

Detta är dock ingen anledning att låta bli att efterfråga äldre personers åsikt om de beviljade insatserna. En viktig utgångspunkt för den här typen av undersökningar är att den som får insatserna också är den som är bäst lämpad att bedöma dem.

Socialstyrelsen har under tre år gjort en nationell tillsyn av vården och omsorgen om äldre. Granskningen av totalt 168 särskilda boenden kan sägas verifiera resultaten från Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattning. De äldre är på det stora hela nöjda med insatserna, men ger även uttryck för att de inte får möjlighet att vara utomhus i den utsträckning de önskar och att de skulle vilja ha en mer meningsfull tillvaro med mer individuellt anpassade aktiviteter (17).

Äldres uppfattning i 17 kommuner

I Socialstyrelsens nationella undersökning om äldres uppfattning har 51 kommuner kompletterat urvalet för att kunna redovisa sina resultat på en-

hetsnivå. Vi har kontaktat de kommuner där minst 3 procent av de äldre med särskilt boende eller hemtjänst har insatser som utförs i enskild regi. Totalt tillfrågades 18 kommuner om de ville bidra med sina resultat till denna undersökning, varav 17 kommuner valde att medverka. Tillvägagångssättet innebär att äldres (eller deras närståendes) uppfattning om särskilt boende kunde samlas in från 16 kommuner, medan äldres uppfattning om hemtjänsten kunde samlas in från 14 kommuner. Totalt ingick 225 enheter inom särskilt boende och 125 enheter inom hemtjänst. Fördelningen av dessa enheter på regiform framgår av tabell 1 nedan.

Tabell 1. Antal enheter i kommunal och enskild regi samt svarsfrekvenser i kommuner som har resultat på enhetsnivå, fördelat på särskilt boende och hemtjänst

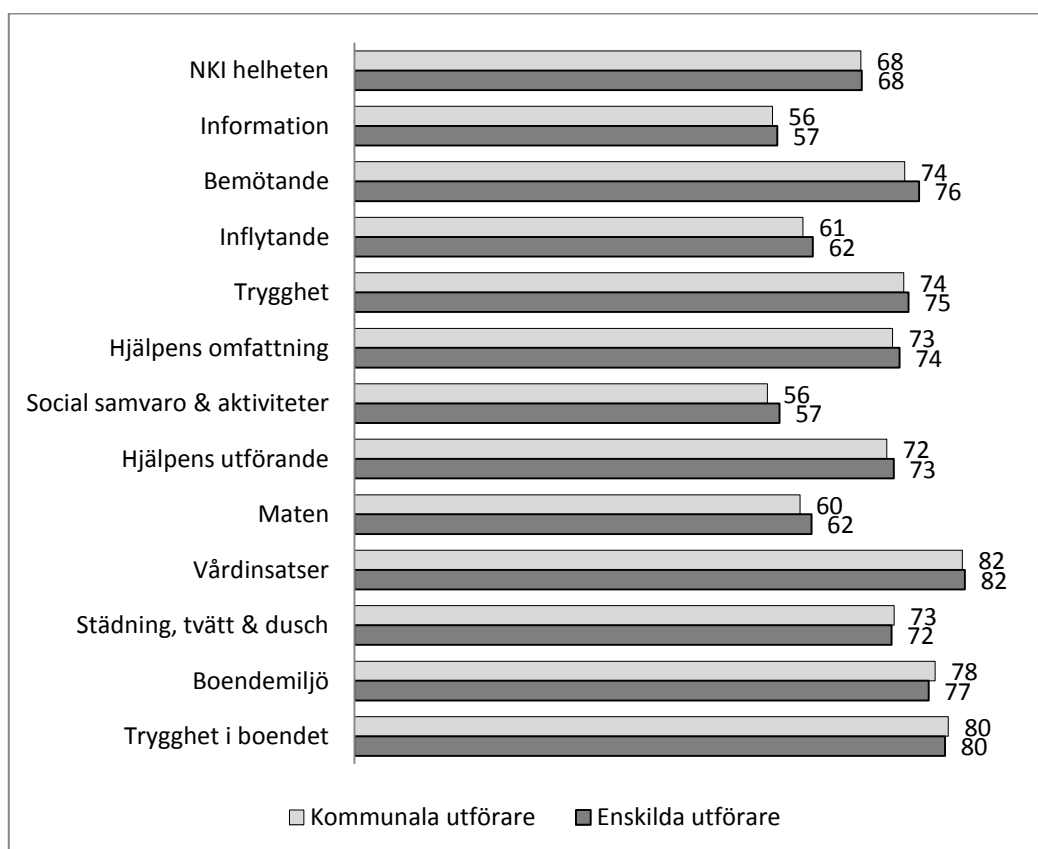
Kommuner som har gjort en extrabeställning på enhetsnivå	Särskilt boende			Hemtjänst			Svarsfrekvens	
	Antal enheter i enskild regi	Antal enheter i kommunal regi	Totalt	Antal enheter i enskild regi	Antal enheter i kommunal regi	Totalt	Särskilt boende	Hemtjänst
Gävle	4	11	15	4	8	12	60 %	64 %
Helsingborg	5	15	20	5	7	12	56 %	70 %
Höganäs	2	4	6	-	-	-	57 %	-
Linköping	17	14	31	-	-	-	57 %	-
Lund	-	-	-	2	16	18	-	72 %
Malmö	17	50	67	-	-	-	58 %	-
Simrishamn	2	6	8	1	11	12	59 %	75 %
Sollentuna	13	2	15	4	1	5	56 %	73 %
Sundbyberg	3	4	7	5	5	10	57 %	62 %
Södertälje	1	8	9	3	5	8	53 %	66 %
Tjörn	1	5	6	1	2	3	56 %	64 %
Tomelilla	2	2	4	2	3	5	64 %	68 %
Tyresö	2	2	4	1	3	4	62 %	69 %
Täby	7	2	9	11	3	14	56 %	66 %
Varberg	3	10	13	1	13	14	59 %	71 %
Vellinge	5	0	5	5	0	5	56 %	66 %
Åtvidaberg	2	4	6	1	2	3	64 %	77 %
TOTALT	86	139	225	46	79	125	-	-

Källa: 17 kommuner som har resultat på enhetsnivå från Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattning

Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare

I diagram 7 jämförs NKI-värden för kommunala och enskilda utförare inom särskilt boende för 16 kommuner. NKI-värde är ett värde där de äldres svar vägs samman till ett index. Resultatet ska inte förväxlas med andelen personer som är nöjda med respektive område. Eftersom undersökningen är en urvalsundersökning har vi testat om skillnaderna mellan kommunala och enskilda utförare är statistiskt säkerställa. Det går dock inte påvisa några statistiskt säkerställda skillnader för något av de 13 kvalitetsområdena.

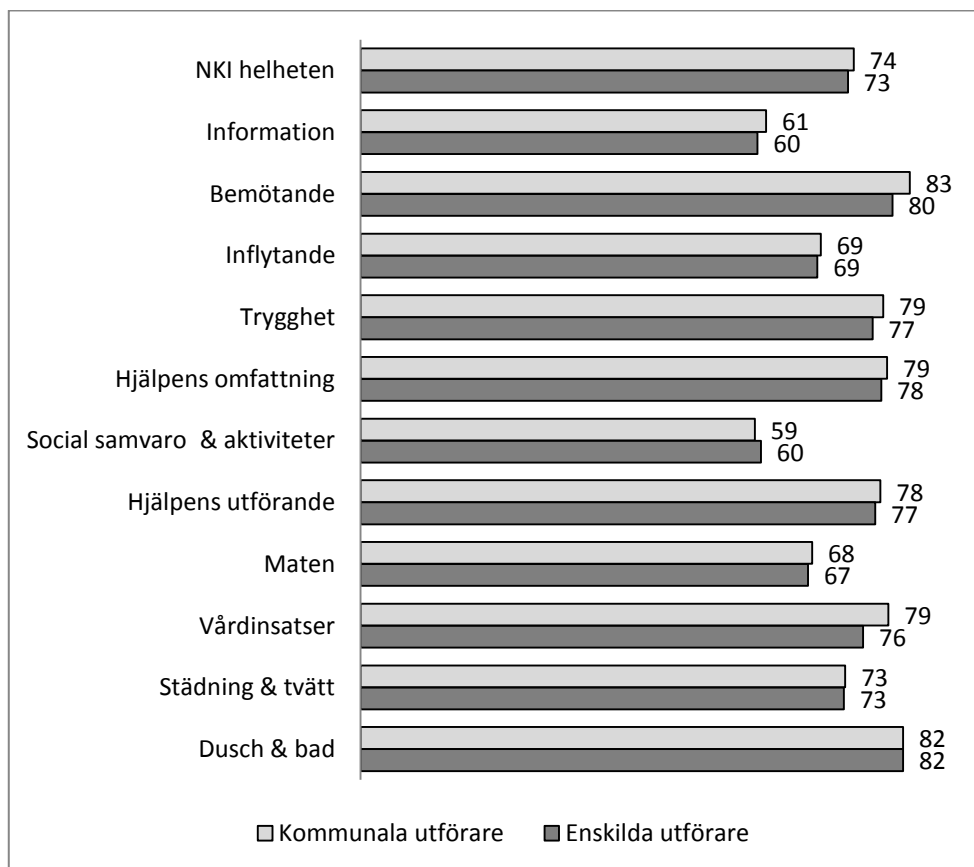
Diagram 7. NKI-värden för äldres uppfattning om särskilt boende, fördelat på kommunala och enskilda utförare. År 2011



Anm. Skillnaderna i denna jämförelse är inte statistiskt signifikanta baserat på konfidensgrad 95 %. Signifikanstestet vilar på ett antagande att bortfall och mätfel inte har någon betydelse för jämförelsen. Analysen omfattar 139 kommunala och 86 enskilda utförare. Genomsnittlig svarsfrekvens var 58 %.
Källa: Äldres uppfattning om äldreomsorgen år 2011. Resultat på enhetsnivå i 16 kommuner

När det gäller hemtjänst i ordinärt boende visar diagram 8 resultat på enhetsnivå från 14 kommuner. Inte heller för hemtjänsten går det att påvisa några statistiskt säkerställda skillnader för de kvalitetsområden som ingår i undersökningen.

Diagram 8. NKI-värden för äldres uppfattning om hemtjänst i ordinärt boende, fördelat på kommunala och enskilda utförare. År 2011



Anm. Skillnaderna i denna jämförelse är inte statistiskt signifikanta baserat på konfidsgrad 95 %. Signifikanstestet vilar på ett antagande att bortfall och mätfel inte har någon betydelse för jämförelsen. Analysen omfattar 79 kommunala och 44 enskilda utförare. Genomsnittlig svarsfrekvens var 69 %. Källa: Äldres uppfattning om äldreomsorgen år 2011. Resultat på enhetsnivå i 14 kommuner.

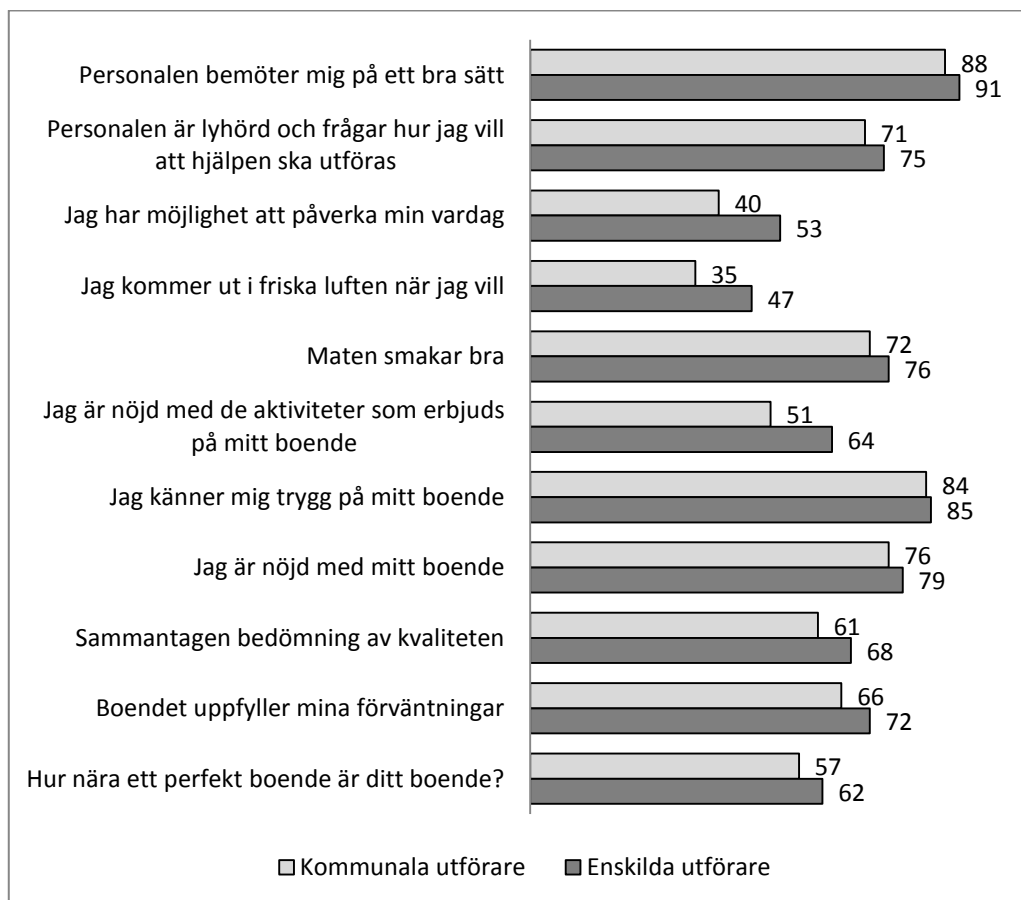
Jämför service i Stockholms stad

I Stockholms stad finns ungefär 30 procent av landets samtliga äldre personer som har hemtjänst eller särskilt boende i enskild regi. I Stockholm stads undersökning om äldres uppfattning ingick totalt 98 enheter inom särskilt boende och 192 enheter inom hemtjänst. Svarsfrekvensen var 55 respektive 67 procent.

Jämförelse mellan kommunala och enskilda utförare

När det gäller särskilt boende i Stockholms stad visar jämförelsen att andelen nöjda personer är högre hos de enskilda än hos de kommunala utförarna för samtliga områden (se diagram 9). Eftersom undersökningen är en totalundersökning görs inget signifikanstest. De procentuellt sett största skillnaderna gäller andelen som anser sig ha möjlighet att påverka sin vardag, andelen som har möjlighet att komma ut i friska luften samt andelen som är nöjd med aktiviteterna i boendet.

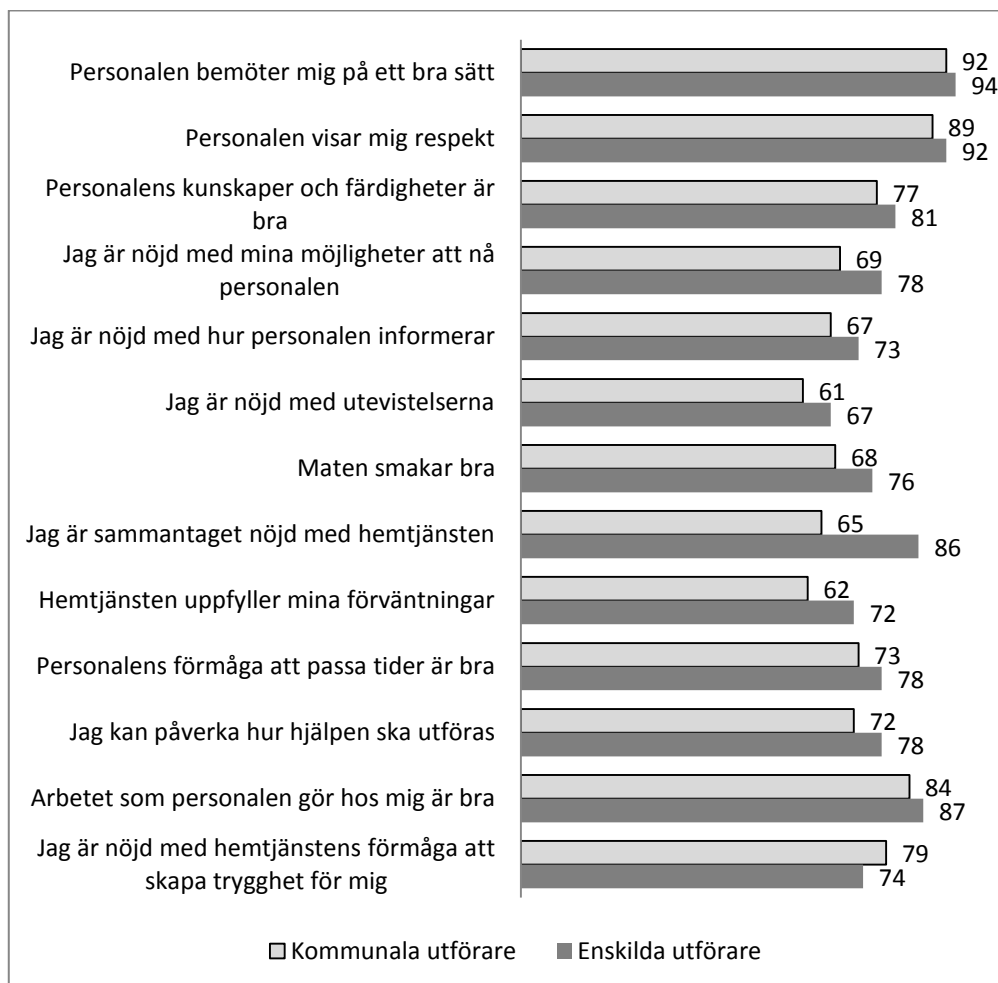
Diagram 9. Andel nöjda äldre med särskilt boende i Stockholms stad, uppdelat på kommunala och enskilda utförare. År 2011



Anm. Analysen avser 27 kommunala och 71 enskilda utförare. Genomsnittlig svarsfrekvens var 55 %.
Källa: Jämför Service i Stockholms stad 2011

Även när det gäller hemtjänst är äldre personer som får insatser från enskilda utförare mer nöjda än de som får insatser från kommunala utförare i Stockholms stad. Detta gäller för 12 av 13 indikatorer och framgår av diagram 10. Den procentuellt sett största skillnaden gäller andel äldre som är sammantaget nöjda med hemtjänsten, som är nöjda med möjligheten att nå personalen samt andel som anser att maten smakar bra. De som får insatser från kommunala utförare är dock i större utsträckning nöjda med hemtjänstens förmåga att skapa trygghet.

Diagram 10. Andel nöjda äldre med hemtjänst i ordinärt boende i Stockholms stad, fördelat på kommunala och enskilda utförare. År 2011



Anm. Analysen avser 69 kommunala och 123 enskilda utförare. Genomsnittlig svarsfrekvens var 67 %.
Källa: Jämför Service i Stockholms stad 2011

Äldre som bor i särskilt boende på små enheter är nöjdare

Tidigare i kapitlet konstaterade vi att antalet personer per enhet varierar mellan kommunala och enskilda utförare. När det gäller särskilt boende är det genomsnittliga antalet äldre personer 44 på enheter som drivs i enskild regi och 33 på enheter som drivs i kommunal regi. För hemtjänsten finns i genomsnitt 70 personer per enhet för enskilda utförare och 85 för kommunala.

Tabell 2 och 3 redovisar samband mellan enhetsstorlek och äldres uppfattning om sina insatser. Det bör påpekas att värdena i tabellerna inte anger andel nöjda personer utan är indexerade värden, så kallade NKI-värden. Analysen omfattar totalt 159 enheter som driver särskilt boende och 94 enheter som utför hemtjänstinsatser.

I tabell 2 framkommer att äldre som har särskilt boende på små enheter är nöjdare än äldre som bor på stora enheter. Sambandet är statistiskt säkerställt för nio av tolv områden som redovisas.

Tabell 2. Samband mellan enheternas storlek och äldres uppfattning (NKI-värden) om särskilt boende

NKI-värden	Antal äldre per enhet			Statistisk signifikans
	7–29	30–45	46–103	
Genomsnitt Nöjd Kund Index	70	70	65	Ja
Information	58	58	53	Ja
Bemötande	76	77	71	Ja
Inflytande	61	61	58	Nej
Trygghet	77	76	71	Ja
Hjälpens omfattning	75	75	70	Ja
Maten	60	62	57	Nej
Städning, tvätt och dusch	74	73	69	Ja
Vårdinsatser	84	84	79	Ja
Social samvaro och aktiviteter	56	57	53	Nej
Hjälpens utförande	74	73	68	Ja
Boendemiljö	81	79	74	Ja

Anm. Statistisk signifikans baserad på signifikansgrad 95 % är beräknad för all ingående data. Statistisk signifikans beror därför inte på gruppindelningen i tabellen. Totalt ingår 159 enheter i analysen.
Källa: Äldreguiden 2011, Äldres uppfattning om äldreomsorgen i 16 kommuner 2011.

Sambandet mellan enheternas storlek och äldres uppfattning är inte lika starkt när det gäller hemtjänst i ordinärt boende. Tabell 3 visar att sambandet mellan hemtjänstenheternas storlek och äldres uppfattning endast är statistiskt säkerställt för tre av tolv områden.

Tabell 3. Samband mellan enheternas storlek och äldres uppfattning (NKI-värden) om hemtjänst i ordinärt boende

NKI-värden	Antal äldre per enhet			Statistisk signifikans
	4–64	66–126	130–387	
Genomsnitt Nöjd Kund Index	74	75	71	Nej
Information	61	61	56	Ja
Bemötande	82	82	80	Nej
Inflytande	68	71	66	Nej
Trygghet	79	78	75	Nej
Hjälpens omfattning	79	80	76	Ja
Maten	69	66	65	Nej
Städning och tvätt	74	72	71	Nej
Vårdinsatser	78	79	77	Nej
Dusch och bad	82	81	78	Ja
Social samvaro och aktiviteter	60	62	58	Nej
Hjälpens utförande	78	79	76	Nej

Anm. Statistisk signifikans baserad på signifikansgrad 95 % är beräknad för all ingående data. Statistisk signifikans beror därför inte på gruppindelningen i tabellen. Totalt ingår 94 enheter i analysen.
Källa: Äldreguiden 2011, Äldres uppfattning om äldreomsorgen i 14 kommuner 2011.

Samband mellan personalens utbildning och äldres uppfattning?

Sambandet mellan personalens utbildning och äldres uppfattning är ett intressant område som det finns anledning att fördjupa sig i ytterligare. Under arbetet med det här uppdraget har vi sett vissa indikationer på att det kan finnas ett sådant samband. Frågan har dock inte analyserats tillräckligt ingående för att vi ska kunna dra några säkra slutsatser, men för hemtjänst finns vissa statistiskt säkerställda samband mellan personalens utbildning och äldres uppfattning. Andelen äldre som är nöjda med vården och omsorgen ökar när andelen personal med adekvat grundutbildning ökar. Detta gäller äldres uppfattning inom följande områden: hur väl personalen utför sina arbetsuppgifter, hur väl personalen utför vårdinsatserna, övergripande trygghet samt trygghet avseende hur väl personalen vet vilken hjälp som behövs. Däremot finns inte något säkerställt samband mellan personalens utbildning och hjälpens utförande, bemötandet eller hur väl personalen hjälper till vid dusch och bad.

Återigen gäller analysen de kommuner som kan redovisa resultat på enhetsnivå i Socialstyrelsens underökning om äldre uppfattning. Den analys som avser hemtjänst baseras på 94 enheter i 14 kommuner.

Material från tillsynen

Socialstyrelsen ansvarar för tillsyn av verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, och beslutar för varje kalenderår vilka riskområden som ska granskas det året. I Socialstyrelsens ansvar ingår även att utreda klagomål från enskilda personer samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria.

Nedan presenterar vi material från tillsynen uppdelat på enheter i kommunal respektive enskild regi. Materialet gäller ärenden där Socialstyrelsen har fattat ett beslut.

Det finns problem med att använda material från tillsynens arbete i samband med den här typen av analys. När det gäller anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria är det inte självklart att ett stort antal anmälningar från en verksamhet innebär dålig kvalitet. Troligtvis finns ett mörkertal med brister som inte anmäls. Därför kan det snarare vara så att de enheter som gör anmälningar har ett mer systematiskt säkerhetsarbete som innebär att de identifierar, dokumenterar och åtgärdar brister.

Relativt få ärenden kommer in varje år och vi har därför lagt ihop flera års ärenden.

Anmälningar enligt lex Sarah

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen (SoL) ska anställda inom äldreomsorgen rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten. Mottagaren av rapporten ska utreda det rapporterade samt avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller risken för ett missförhållande. Om missförhållandet eller risken för missförhållandet är allvarligt ska som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Socialstyrelsen – det vill säga göra en lex Sarah-anmälan.

Ovan redovisade bestämmelser om lex Sarah trädde i kraft den 1 juli 2011. Under perioden 1 juli 2011–30 mars 2012 har Socialstyrelsen fattat beslut i 137 ärenden som rör lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen. Tabell 4 visar att 87 procent av anmälningarna avser verksamheter i kommunal regi och 13 procent avser verksamheter i enskild regi. Siffrorna måste dock jämföras med andelen äldre hos kommunala respektive enskilda utförare, och är då inte anmärkningsvärda. Mot bakgrund av de nya reglerna från 1 juli 2011 och det låga antalet ärenden är det för tidigt att dra några slutsatser.

Tabell 4. Socialstyrelsens beslut enligt lex Sarah samt personer med beslut om hemtjänst eller särskilt boende, fördelade på regiform.

Beslut enligt lex Sarah 1 juli 2011 – 31 mars 2012			Andel personer över 65 år med äldreomsorg i kommunal respektive enskild regi, 1 okt 2010	
	Antal	Andel	Hemtjänst	Särskilt boende
Kommunal, egen regi	119	87 %	84 %	80 %
Enskild regi/entreprenad	18	13 %	16 %	20 %
Totalt	137	100 %	100 %	100 %

Källa: Socialstyrelsens ärendehanteringssystem (DHS); egna bearbetningar av Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform mm för vissa insatser år 2010.

Anmälningar enligt lex Maria

Vårdgivare ska utreda händelser i verksamheten som har lett till en vårdskada eller hade kunnat göra det. Det gäller även vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och sedan vidta åtgärder så att något liknande inte ska inträffa igen. Om vårdskadan är allvarlig ska vårdgivaren snarast göra en lex Maria-anmälan till Socialstyrelsen.

Anställda inom hälso- och sjukvården ska bidra till att säkerheten är hög, och ska därför rapportera till vårdgivaren om de upptäcker risker för vårdskador samt om någon får en vårdskada eller hade kunnat få det.

I tabell 5 jämförs antalet beslutade anmälningar enligt lex Maria för särskilda boenden som drivs i kommunal respektive enskild regi. Där ingår inte kommunal hälso- och sjukvård inom hemtjänst i ordinärt boende eftersom det bara är hälften av landets kommuner som ansvarar för detta. Fördelningen av anmälningar mellan kommunala och enskilda utförare jämförs med andelen äldre som bodde i kommunalt respektive enskilt drivna särskilda boenden vid motsvarande tidpunkt. Även här stämmer andelen anmälningar väl överens med andelen äldre i kommunalt respektive enskilt särskilt boende.

Tabell 5. Socialstyrelsens beslut enligt lex Maria samt personer med beslut om särskilt boende, fördelade på regiform

Beslut enligt lex Maria 1 jan 2010 – 30 mars 2012			Andel personer över 65 år med särskilt boende i kommunal respektive enskild regi, 1 okt 2010
	Antal	Andel	
Kommunal, egen regi	186	80 %	80 %
Enskild regi, entreprenad	46	20 %	20 %
Totalt	232	100 %	100 %

Källa: Socialstyrelsens ärendehanteringssystem (DHS); egna bearbetningar av Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform mm för vissa insatser år 2010.

Enskildas klagomål

Enskilda personer eller närstående som är missnöjda med vården eller omsorgen kan vända sig till Socialstyrelsen. När det gäller insatser enligt SoL ska de i första hand vända sig till personalen eller arbetsledaren hos utföraren. De kan även vända sig till den nämnd som fattat beslutet om insatsen. Nämnden representeras ofta av en biståndshandläggare eller en socialsekreterare.

Om bristerna är allvarliga, eller man inte får gehör för sina synpunkter, kan man klaga till Socialstyrelsen som då öppnar ett tillsynsärende.

Klagomål från enskilda personer betyder inte nödvändigtvis att det finns brister i vården eller omsorgen. Nedan redovisar vi ärenden där Socialstyrelsen har fattat ett beslut, oavsett om beslutet innehöll någon kritik eller inte. Därmed är det inte självklart att varje klagomål innebär faktiska brister.

Tabell 6 visar att 83 procent av klagomålen inom äldreomsorgen avser kommunala utförare och 20 procent avser enskilda utförare. Att summan av dessa andelar överstiger 100 procent beror på att ett och samma klagomål kan gälla flera utförare. Skillnaden mellan kommunala och enskilda utförare är inte anmärkningsvärd utan motsvarar ungefär skillnaden i antalet äldre som får insatser inom hemtjänst och särskilt boende i kommunal respektive enskild regi.

Tabell 6. Enskildas klagomål, insatser enligt SoL inom äldreomsorg

Beslutade klagomål enl SoL år 2010 – 2011	Andel personer över 65 år med äldreomsorg i kommunal respektive enskild regi, 1 okt 2010	
	Antal	Andel
Kommunal, egen regi	293	83 %
Enskild regi/entreprenad	69	20 %
Antal unika ärenden	353	100 %

	Hemtjänst	Särskilt boende
Kommunal, egen regi	84 %	80 %
Enskild regi/entreprenad	16 %	20 %
Antal unika ärenden	100 %	100 %

Anm. Summan av kommunal och enskild regi överstiger antalet unika ärenden vilket beror på att ett och samma ärende kan gälla flera utförare. Av samma anledning överstiger summan av andelarna 100 %
Källa: Socialstyrelsens ärendehanteringssystem (DHS); egna bearbetningar av Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010.

När det gäller kommunal hälso- och sjukvård finns totalt 142 beslutade ärenden för 2010 och 2011 som avser särskilt boende. Kommunal hälso- och sjukvård inom hemtjänst i ordinärt boende ingår inte i tabellen.

Fördelningen av anmälningar mellan kommunala och enskilda utförare jämförs med andelen äldre som bodde i kommunalt respektive enskilt drivna särskilda boenden vid motsvarande tidpunkt. Tabell 7 visar att de kommunala utförarna stod för 86 procent av klagomålen och de enskilda för 17 procent. Det innebär en svag övervikt för kommunala utförare, när fördelningen jämförs med att 80 procent av de äldre får särskilt boende i kommunal regi och 20 procent i enskild regi. Antalet ärenden är dock för lågt för att vi ska kunna dra några slutsatser utifrån detta.

Tabell 7. Enskildas klagomål, insatser enligt HSL på särskilt boende

Beslutade klagomål för insatser enligt HSL på särskilt boende år 2010 – 2011			Andel personer över 65 år med särskilt boende i kommunal respektive enskild regi, 1 okt 2010
	Antal	Andel	
Kommunal, egen regi	96	86 %	80 %
Enskild regi, entreprenad	19	17 %	20 %
Antal unika ärenden	112	100 %	100 %

Anm. Summan av kommunal och enskild regi överstiger antalet unika ärenden vilket beror på att ett och samma ärende kan gälla flera utförare. Av samma anledning överstiger summan av andelarna 100 %

Källa: Socialstyrelsens ärendehanteringssystem (DHS); egna bearbetningar av Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010.

Nattlig tillsyn

Natten den 8–9 november 2010 genomförde Socialstyrelsen oanmälda tillsynsbesök på 94 särskilda boenden, där minst en enhet var särskilt avdelad för personer med demenssjukdom. Dessa boenden fanns i 48 olika kommuner och inspektionerna genomfördes alltså samma natt i hela landet. Kommunerna och de särskilda boendena var framtagna genom ett slumpmässigt urval (18).

Tillsynen granskade bemanningen och förekomsten av inlåsning nattetid för att få en bild av hur personer med demenssjukdom får sina behov av trygghet och säkerhet tillgodosedda.

78 av dessa särskilda boenden var kommunalt drivna enheter och 16 drevs i enskild regi. Av de 78 kommunalt drivna enheterna fick 42 kritik för bristande bemanning (det vill säga 54 procent). Av de 16 enheterna i enskild regi fick 10 kritik (det vill säga 62 procent) för detta. Tillsynen gällde få enheter och med tanke på det finns ingen anmärkningsvärd skillnad mellan särskilda boenden i kommunal respektive enskild regi.

Effekter av konkurrensutsättning

Slutsatser

- Antalet studier är begränsat när det gäller vilken effekt konkurrensutsättning har på insatsernas kvalitet. Det gäller både verksamheter som har lagts ut på entreprenad och verksamheter i kommuner med valfrihetssystem. Flera forskningsöversikter konstaterar att antalet studier är alltför begränsat för att det ska gå att dra några entydiga slutsatser om kvalitetsskillnader utifrån regiform. När det gäller studier som mäter faktiska effekter, det vill säga jämför kvaliteten före och efter konkurrensutsättningen, är antalet studier än mer begränsat.
- Ett stort antal intervjustudier visar att äldre är positiva till möjligheten att själva välja utförare. Ändå har många avstått från att välja. Informationen om olika utförare är ofta otillräcklig, valet kanske brådskar och i vissa fall kan den kognitiva förmågan svikta. Valfrihetsmodellen förutsätter att det finns aktiva och insatta omsorgsmottagare som kan välja de bästa utförarna eller göra omval om de inte är nöjda. Det finns en risk för att de som inte klarar detta får insatser av lägre kvalitet.
- Några studier tyder på att valfrihetsmodellen innebär ökad administration i samband med valet och att handläggaren måste hålla kontakt med betydligt fler utförare än tidigare. Både handläggarnas och de äldres roller har förändrats. Handläggaren ska ge information om olika utförare men får inte vägleda den som är osäker. Samtidigt visar flera intervjustudier att många äldre gärna vill ha hjälp att välja.
- Enligt flera studier innebär konkurrensutsättningen att kommunen måste tänka igenom insatsernas innehåll och ambitionsnivå. Detta bidrar till ett ökat kvalitetsmedvetande i kommunen.
- Två studier visar att ju mer detaljerade förfrågningsunderlag kommunerna har, desto mindre tycks utförarnas incitament vara att utveckla och förbättra verksamheten.
- Ett par intervjustudier visar att med korta avtalsperioder för entreprenad tvekar utförarna att satsa och investera. Det kan även skapa oro bland äldre och anställda. Kommunerna ser dock en risk med längre avtalsperioder eftersom de binder upp sig i en relation som eventuellt inte fungerar så bra.
- Socialstyrelsens analys visar att äldre personer är något mindre nöjda med hemtjänst och särskilt boende i kommuner med en högre privatiseringsgrad än i kommuner med en lägre privatiseringsgrad. Det går inte att avgöra vad skillnaderna beror på och det är inte säkert att privatiseringsgraden i sig är den bakomliggande orsaken.

I detta kapitel beskrivs effekter av konkurrensutsättning på vården och omsorgen om äldre. Innehållet bygger främst på tidigare studier. Dessutom redovisar vi en statistisk analys av sambandet mellan äldres uppfattning om äldreomsorgen och privatiseringsgraden i kommunen. De tidigare studierna avser i första hand insatser enligt socialtjänstlagen och det är mer ovanligt med undersökningar som gäller effekter på den kommunala hemsjukvården.

Entreprenadmodellen och valfrihetsmodellen är de två vanligaste metoderna för kommuner som vill konkurrensutsätta sin verksamhet, och därför beskriver vi effekter av dessa båda modeller. Det finns också en tredje metod som går ut på att kommunen köper enstaka platser, men den beskrivs inte i den här rapporten.

Det finns få undersökningar som jämför kvaliteten innan en verksamhet har konkurrensutsatts med kvaliteten efteråt. Därmed är det svårt att tala om ”effekter” av konkurrensutsättning i strikt bemärkelse. De flesta identifierade studier är beskrivningar av hur de två modellerna fungerar och upplevs av olika aktörer. Studierna beskriver i första hand svenska förhållanden.

Effekterna som beskrivs handlar om kvalitet i bred bemärkelse, det vill säga alla de faktorer som direkt eller indirekt kan tänkas påverka de äldres upplevelser av insatserna. Bland dessa effekter ingår även de äldres erfarenheter av att själv välja utförare i de kommuner som har infört valfrihetssystem. Flera studier visar att kommunens roll som beställare och kvalitetsgarant är särskilt viktig när en ökande andel av vården och omsorgen drivs i enskild regi. Därför redovisas även studier om detta.

Entreprenadmodellen

Under 1990-talet var entreprenadmodellen den vanligaste metoden för kommuner som ville konkurrensutsätta hela eller delar av vården och omsorgen om äldre. Modellen innebär att kommunen köper insatser från privata aktörer enligt kontraktsavtalade villkor. Förutsättningarna för entreprenadmodellen regleras i lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU).

Enligt modellen fördelas ansvaret för en verksamhet på två olika aktörer: en huvudman (beställare) som bedömer behovet och vilka insatser den enskilde personen ska få, och en utförare som har i uppdrag att producera och leverera insatserna (19). Kommunen behåller sitt huvudmannaskap och är ytterst ansvarig gentemot omsorgstagaren. Avtalen gäller vanligen två till fyra år, ofta med möjlighet till förlängning. När en verksamhet läggs ut på entreprenad är det avtalet som avgör vilka krav kommunen kan ställa på utföraren (20).

Få studier om effekter på insatsernas kvalitet

Mattisson (2011) har på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting gjort en översikt över studier om konkurrensutsättning av kommunala verksamheter genom entreprenadmodellen. Enligt Mattisson kom kvalitetsfrågorna i skymundan i tidigare studier som huvudsakligen fokuserade på kostnader eller effektivitet. De flesta var kvantitativa studier som försökte ”justera för förändringar i kvalitet” eller ”antog att kvaliteten inte hade förändrats”. Det är ovanligt med studier som följer effekterna av enskilda upphandlingar. Mattisson har endast identifierat ett fåtal studier som avser vård och omsorg om äldre (19).

Socialstyrelsen publicerade 1996 en rapport om alternativa styr- och driftformer inom vården och omsorgen om äldre. Rapporten innehåller en sammanställning av tretton tidigare studier, varav elva innehöll en kvalitetsbedömning av insatserna utifrån omsorgstagarnas perspektiv. Samtliga visade att entreprenören hade uppfyllt kommunens kvalitetskrav och två studier visade att kvaliteten på vården och omsorgen hade blivit bättre. En slutsats var att det ännu var för tidigt att bedöma de långsiktiga effekterna av en ökad andel entreprenader inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen kom också fram till att det fortfarande fanns relativt få genomförda utvärderingar och att många av dem hade metodologiska brister (21).

Socialstyrelsen drog även slutsatsen att entreprenader inom hemtjänst och särskilt boende kan vara kostnadseffektiva för kommunerna på kort sikt utan att kvaliteten försämras för den enskilde personen (21). Mattisson menar dock att kostnadspress i samband med entreprenadupphandlingar kan riskera insatsernas kvalitet, vilket i sin tur ställer krav på kommunerna att skapa system för kvalitetsuppföljning (19).

År 2004 publicerade Socialstyrelsen en rapport om skillnaderna i kvalitet och kostnader i vård och omsorg om äldre som utförs av kommuner respektive av enskilda utförare (22). Rapporten byggde bland annat på lokala utvärderingar från 90 kommuner. Trots det stora materialet konstaterade Socialstyrelsen att det fortfarande fanns för lite kunskap om konkurrensutsättning inom äldreomsorgen. De flesta studier undersökte om entreprenörerna levererade enligt kontraktets specifikationer (det vill säga i enlighet med vad som hade upphandlats) och inte i vilken utsträckning tjänsternas kvalitet skiljde sig från hur det var före upphandlingen.

Socialstyrelsens genomgång gav inga entydiga svar när det gäller skillnaderna mellan kommunalt och enskilt driven vård och omsorg. De slutsatser som fanns hade ofta en svag empirisk underbyggnad, på grund av att studierna byggde på ett litet underlag med få kommuner eller verksamheter. Därför gick det inte heller att dra några generella slutsatser om hur konkurrensutsättningen har påverkat vård och omsorg om äldre personer. De äldres upplevelser av kvaliteten var ungefär desamma oavsett vem som utförde insatserna. Det var snarare andra faktorer – till exempel kontinuitet, bemötande och möjligheter att påverka hjälpens innehåll och utförande – som avgjorde vad de äldre ansåg om insatserna (22).

I Stockholms stads utvärderingar gjordes ett försök att skatta kvalitetseffekterna av olika upphandlingar av äldreomsorg. Det gick dock inte att dra några entydiga slutsatser om skillnader mellan verksamhet driven i kommunal respektive enskild regi (23, 24).

Svensson, Edebalk och Rosén har jämfört 18 utförare inom särskilt boende och hemtjänst, varav hälften drevs på entreprenad och den andra hälften i kommunal regi. De verksamheter som ingick valdes för att vara så renodlade som möjligt när det gäller antalet omsorgstagare och vårdtyngd. En enkätstudie bland anhöriga till äldre på särskilt boende visade att enheterna som drevs på entreprenad fick bättre omdömen när det gällde kvalitet. Författarna påpekar dock att det fanns en åldersskillnad som kan ha påverkat svaren. De anhöriga till äldre på kommunala enheter var yngre, med eventuellt högre förväntningar på insatserna (25).

Laholms kommun har gjort två kvalitetsmätningar (1997 och 1999) hos tre utförare inom särskilt boende för äldre. I utvärderingen konstaterades att det inte gick att urskilja några skillnader som berodde på regiform. De skillnader

som fanns tycktes snarare vara beroende av lokalernas utformning och bakomliggande historik (26).

Ökat kvalitetsmedvetande i kommunen

Flera studier lyfter fram att entreprenadmodellen har ökat kommunernas kvalitetsmedvetande. Detta kan också ”spilla över” på verksamheter i kommunal regi (21, 22, 27). Svensson och Edebalk publicerade år 2001 en studie om sex kommuners erfarenheter av entreprenadmodellen. Deras slutsats var att entreprenadupphandlingarna på ett avgörande sätt har bidragit till ökat fokus på kvalitet och kvalitetsarbete inom omsorgen, både när det gäller kvaliteten i sig och metoder för verksamhetsuppföljning (28).

Jordahl har kartlagt den ekonomiska forskningen kring privata utförare av offentligt finansierade tjänster. De flesta empiriska studier i kartläggningen härrör från entreprenadmodellen. Jordahl menar att en av fördelarna med att öppna offentliga verksamheter för privat produktion är att beslutsfattare inom offentlig sektor tvingas göra jämförelser med privata företag när det gäller både kvalitet och kostnader (29).

Även i Stockholms stads utvärderingar fastslogs att upphandlingsförfarandet har hjälpt till att lyfta fram kvalitetsaspekter i verksamheten (23, 24).

Korta avtalsperioder skapar oro och osäkerhet

Almquist och Höglund har gjort ett antal intervjuer med privata utförare om upphandlingsprocessen. Intervjuerna visar att korta avtalsperioder i kombination med obefintligt ägande av lokaler eller inventarier ledde till att utförarna inte ville göra egna satsningar eller investeringar. Utförarna menade även att korta avtalstider medför bristande kontinuitet för de äldre samt en osäker situation för både personal och företag (24). Även Svenska kommunalarbetsförbundet menar att korta avtalsperioder skapar oro både hos personalen och hos de äldre (30).

Beställarna vill däremot inte ha avtal som gäller mer än tre år eftersom det finns en risk för att man binder upp sig under lång tid i en relation som eventuellt inte fungerar så bra (24).

Incitamenten till innovation och utveckling kan minska

Almquist och Höglund har studerat ett 30-tal upphandlingar från åren 1993–2003 avseende äldreomsorg i Stockholms stad (24). Genomgången visade bland annat att anbudsunderlagen blev alltmer detaljerade över tid. Detta ökade beställarens möjligheter till kontroll, men bidrog även till att entreprenörerna i högre grad såg utförandet som ett förvaltningsuppdrag snarare än en självständigt utvecklad entreprenad med utrymme för nytänkande, alternativa lösningar och innovationer.

Mattisson konstaterar att när entreprenören har begränsat ett utrymme att utveckla verksamheten måste i stället beställaren ta ett stort ansvar för att driva utvecklingsfrågor. Om inte utföraren utvecklar måste beställaren göra det, annars blir konsekvenserna på lång sikt förödande (19).

Få studier om anställdas erfarenheter

När det gäller personalens erfarenheter har vi identifierat tre studier som jämför arbetsförhållandena i verksamheter som drivs i kommunal respektive enskild regi. Ingen av studierna är dock särskild aktuell.

Svenska kommunalarbetsförbundet gjorde 1999 en fokusgruppsundersökning bland 24 anställda inom vård och omsorg om äldre som drevs på entreprenad. De flesta av de anställda hade även arbetat inom kommunal verksamhet, vilket ligger till grund för vissa jämförelser. Anställningen inom den kommunala äldreomsorgen beskrevs som trygg och utan stress med tydliga arbetsuppgifter. Arbetet i de verksamheter som drevs på entreprenad beskrevs som mer stressigt, men samtidigt mer ansvarsfyllt. Vårdbiträden och undersköterskor fick vara med och planera verksamheten på ett sätt som de inte hade upplevt i de kommunala verksamheterna, vilket upplevdes som stimulerande och positivt. Vidare upplevde de att chefen var mer tillgänglig i företag som har entreprenad (31).

Svenska kommunalarbetsförbundet gjorde en annan undersökning år 2000 genom telefonintervjuer med 500 vårdbiträden och undersköterskor inom vården och omsorgen om äldre. Hälften var anställda av kommuner och hälften av privata företag. Anställda inom den privata sektorn gav genomgående högre betyg när det gällde verksamhetens vårdkvalitet, möjligheten att hinna med arbetsuppgifterna på ett tillfredsställande sätt samt möjligheten att ägna tillräcklig tid åt de äldre. Samtliga dessa skillnader var statistiskt säkerställda. De anställda gav även höga betyg åt sin arbetsplats när det gällde förmåga att tänka i nya banor, se varje patients behov, nyttja resurserna effektivt och samarbeta med andra intressenter samt när det gällde trivsel och relationer med anhöriga. Även här fick den privata omsorgen genomgående högre betyg än den kommunala. Det var bara personalomsättningen som bedömdes mer positivt av de kommunalt anställda. När det gällde relationen till sin närmaste chef var både privat och kommunalt anställda överlag positiva. Även här gav privatanställda sina chefer ett något högre betyg (30).

Gustavsson och Szebehely har studerat personalens arbetsförhållanden i olika driftsformer. Deras undersökning bygger på en postenkät som skickades till samtliga anställda inom äldreomsorgen i åtta kommuner år 2003. Svarsfrekvensen var 66 procent och sammanlagt inkom 3 522 formulär med svar på frågor om bland annat relationen till arbetsledningen, inflytandet, arbetsbelastningen samt relationen till hjälptagarna (32).

Författarna använde multivariata analyser för att ta hänsyn till faktorer som kan påverka de anställdas uppfattning (ålder, kön, heltid respektive deltid, anställningstid samt kommuntillhörighet). För särskilt boende fanns statistiskt signifikanta skillnader inom två områden. Anställda på privata boenden ansåg i högre utsträckning att de hade en bra kontakt och ett bra samarbete med arbetsledningen. Vidare kände sig privatanställda i lägre utsträckning otillräckliga på grund av att hjälptagarna inte fick rimlig hjälp. Arbetsmiljön framstod med andra ord som något bättre inom de privata äldreboendena. Den multivariata analysen av arbetsförhållandena inom hemtjänsten visade inga statistiskt signifikanta skillnader utifrån regiform.

Sammanfattningsvis menar författarna att det inte finns några genomgående, entydiga eller stora skillnader mellan kommunalt och privat anställda omsorgsarbetsares bedömningar av arbetsmiljön som kan knytas till driftfor-

men i sig. Dessutom var skillnaderna i arbetsmiljö större mellan de olika kommuner som ingick i undersökningen än de skillnader som konstaterades mellan kommunal och enskild regi (32).

Enligt en kunskapssammanställning över nordisk äldreomsorgsforskning är det svårt att utifrån befintliga studier avgöra om skillnaderna i arbetsvillkor beror på skillnaderna i driftform (33).

Valfrihetsmodellen

De senaste tio åren har valfrihetsmodellen⁴ blivit allt vanligare bland kommuner som vill konkurrensutsätta delar av sin verksamhet. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009, för att underlätta för kommunerna att införa valfrihetssystem. Den 1 december 2011 hade 104 kommuner valfrihetssystem enligt LOV i drift (1).

I valfrihetsmodellen är utförarnas ersättning bestämd av kommunen och lika för alla utförare. Eftersom utförarna inte kan påverka priset brukar den konkurrenssituation som uppstår kallas kvalitetskonkurrens. Modellen har alltså inneburit en förskjutning från *priskonkurrens* (som är vanligt i entreprenadmodellen) till att kommunerna fastställer priset och inbjuder till *kvalitetskonkurrens* (10, 34).

I valfrihetsmodellen överlåter politikerna en del av styrningen till medborgarna, som genom sina köp eller val styr efterfrågan mellan olika utförare (35). Utförarna konkurrerar genom att på olika sätt stärka sin kvalitet och få omsorgsmottagarna att välja just dem (34). I motsats till entreprenadmodellen har utföraren i valfrihetsmodellen inga ”garanterade” kunder utan måste förlita sig på att gamla kunder stannar kvar och att nya tillkommer (36).

Det är bara ett fåtal kommuner som har infört valfrihetssystem som avser särskilt boende och nästan alla studier som refereras nedan avser därför hemtjänst i ordinärt boende. Även här finns variationer mellan kommunerna när det gäller vilka delar av hemtjänsten som har konkurrensutsatts. Vissa kommuner har valt att införa valfrihet enbart för serviceinsatser medan andra kommuner har valt att även låta de äldre välja vem som ska utföra deras omvårdnadsinsatser.

Få studier om effekter på insatsernas kvalitet

Intervjustudier med utförare tyder på att det finns förutsättningar för att kvalitetskonkurrens ska kunna leda till bättre kvalitet i insatsernas utförande. Utförarna lyfter fram mötet med omsorgstagaren som centralt i den konkurrenssituation som uppstår och menar att de lägger stor vikt vid personalens kompetens och bemötande (34, 37). Det finns dock få studier av faktiska kvalitetseffekter till följd av införande av valfrihetsmodellen.

Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) publicerade år 2011 en forskningsantologi med en inventering av tillgänglig forskning och statistik om effekterna av konkurrens i produktionen av välfärdstjänster. I kapitlet om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning konstateras att det finns få empiriska studier om införandet av konkurrens och valfrihet. Den befintliga forsk-

⁴ I denna rapport används begreppen valfrihetssystem och valfrihetsmodellen genomgående, även då vi refererar rapporter som använder begreppen kundval eller kundvalssystem.

ningen visar inga entydiga konsekvenser vare sig när det gäller kvalitet eller kostnader (10).

Kastberg (2010) har gjort en översikt om valfrihetssystem på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting. Även han menar att forskningen inte ger några entydiga svar på frågan om kvalitetseffekter (38).

Edebalk och Svensson (2005) har sammanställt studier om effekter av valfrihetsmodellen i nordisk äldre- och handikappomsorg. En central slutsats är att det hittills finns lite vetenskaplig forskning om valfrihetsmodellen ur omsorgstagarnas perspektiv. Forskningen karaktäriseras också av kommunvisa studier som gör det svårt att generalisera resultaten, inte minst eftersom valfrihetssystemens utformning skiljer sig åt mellan olika kommuner och länder (39).

Endast ett fåtal undersökningar har identifierats som mäter effekter för kvalitet i betydelsen att de inkluderar mätningar både före och efter införandet av valfrihetssystem. Undersökningar i Stockholms stad visar ingen skillnad i äldres tillfredsställelse med hemtjänsten bland dem som hade hjälp före år 2002 och dem som fick hjälp efter införandet av valfrihetsmodellen. Bemötandet från personalen var mycket bra, medan personalens förmåga att passa tider samt möjligheten att komma i kontakt med personalen fick sämre omdömen efter införandet av valfrihetsmodellen. Det finns också undersökningar i Oslo som visar att omsorgstagarnas upplevelser av hemtjänsten blev marginellt bättre efter införandet (39).

Utredarhuset följde år 2003 upp införandet av valfrihetssystem i Solna stad. År 2001 skickade Solna stad en enkät till samtliga som hade hemtjänst och två år senare, efter införandet av valfrihetsmodellen, skickades en ny enkät till 517 personer med hemtjänst. En fråga återfanns i båda enkäterna, vilket innebär att det går att jämföra resultat från före och efter införandet. Frågan avser hemtjänstmottagarnas samlade bedömning av kvaliteten. Andelen ganska och mycket nöjda var 82 procent år 2003 i jämförelse med 57 procent år 2001 (37).

Ökat kvalitetsmedvetande i kommunen

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av kommunernas stimulansmedel för att införa valfrihetssystem och skickade då en enkät till de berörda kommunerna. Enligt svaren hade införandet av valfrihetssystem generellt inneburit att kommunerna måste gå igenom och analysera sina egna verksamheter. Kommunerna menade att införandet av valfrihetssystem hade höjt kvaliteten inom äldreomsorgen eftersom de måste gå igenom verksamheterna och bestämma vad de ville uppnå. På så sätt fick de ett bättre grepp om sina verksamheter, vilket är mycket värdefullt (40).

När flera aktörer erbjuder insatser måste kommunerna kunna följa upp och värdera insatsernas säkerhet och kvalitet, på ett samlat sätt och på lika villkor. Enligt samma undersökning arbetar många kommuner med att utveckla kriterier och metoder för en sådan konkurrensneutral verksamhetsuppföljning. Valfrihetssystemen har alltså haft positiva effekter även när det gäller förutsättningarna för att göra verksamhetsuppföljningar och utveckla kommunernas verksamhet i egen regi (40).

Svårare för handläggare att hinna följa upp sina beslut

Flera studier konstaterar att kommunernas handläggare har svårt att hinna med uppföljningar av besluten inom äldreomsorgen (39, 41, 42). Edebalk och Svensson har gjort en kunskapsöversikt om valfrihetssystem för äldre och personer med funktionsnedsättning i Norden. Enligt översikten finns studier från flera nordiska länder som visar att valfrihetsmodellen i sig gör det svårt för handläggarna att hinna göra individuppföljningar. Biståndsbedömarnas tid till uppföljningar har minskat efter införandet av valfrihetsmodellen eftersom den innebär en ökad administration i samband med biståndsbedömningen (39).

Enligt Szebehely innebär valfrihetsmodellen att mer tid går åt i samband med biståndsbedömningen, genom att biståndsbedömaren måste hålla kontakt med fler utförare och mer resurser måste läggas på uppföljningar och kontroller (10).

Svårare att samordna många aktörer

Äldrecentrum har genomfört dialogseminarier med 103 handläggare och åtta chefer i Stockholms stad. Seminarierna visar att införandet av valfrihetsmodellen gjort det svårare för biståndshandläggarna att samordna olika aktörer inom vården och omsorgen om äldre. I varje stadsdel finns 70–94 utförare inom hemtjänsten. Sedan tillkommer dagverksamheter, korttidsvård samt vård- och omsorgsboenden, men också vårdcentraler, sjukhus, överförmyndarnämnden, tolkar med mera. Äldrecentrum konstaterar att en biståndshandläggare kan ansvara för 140 ärenden och drar slutsatsen att handläggarna rimligen inte kan hinna med detta för samtliga ärenden (43, 44).

Äldrecentrum har även granskat gränssnitten mellan kommunens och landstingets ansvarsområden i Täby kommun och Stockholms stad. Det övergripande syftet var att undersöka om vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare. Studien gjordes dels genom att intervjua tjänstemän i Täby kommun och två av Stockholms stadsdelar, Skärholmen och Östermalm, dels genom att sammanställa andra aktuella undersökningar. Studien visar att det finns brister i samordningen och att det ibland är otydligt vem som egentligen är ansvarig. Huvudmännen saknar samsyn kring vilken hälso- och sjukvård det särskilda boendet ska klara. Vidare befinner sig distriktssköterskor och vårdbiträden i olika organisationer och samarbetet dem emellan är i hög grad personberoende. Information vid in- och utskrivningar från slutenvård når inte alltid fram till rätt person, och är heller inte alltid fullständig. Av intervjuerna framgår att samordningsproblemen har förvärrats av det stora antalet utförare (45).

Många studier om själva valet

Många studier om valfrihetssystem handlar om hur de äldre upplevt själva valet och vilka faktorer som har varit avgörande i samband med detta. År 2011 sammanställde Socialstyrelsen empiriska studier om äldres val (46) och gjorde även en fokusgruppsundersökning om äldres och anhörigas erfarenheter av att välja utförare inom hemtjänst och servicebostad (47). Studierna om själva valet sammanställs nedan.

Många har inte valt utförare ...

Det saknas nationella studier om hur vanligt det är att äldre gör aktiva val av utförare. Utredarhuset följde år 2003 upp införandet av valfrihetssystem i Solna stad. Totalt fick 517 äldre med hemtjänst besvara en enkät om valet av utförare och deras uppfattning om insatsens kvalitet. Av de som svarade uppgav 55 procent att de själva hade valt utförare, 12 procent uppgav att en anhörig hade valt och 33 procent att biståndshandläggaren hade gjort valet (37).

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning till kommuner som har fått stimulansmedel för kostnader som rör förberedelser för att införa LOV. I samband med uppföljningen uppgav Stockholm stad att cirka 56 procent av personerna med hemtjänstinsatser hade gjort ett eget val av utförare. Andra kommuner angav att endast någon eller några få procent av de äldre hade valt utförare dittills. Erfarenheter från kommuner som har tillämpat valfrihetssystem en längre tid visar att det dröjer innan omsorgsmottagarna har vant sig vid använda valmöjligheten (40).

Svensson och Edebalk konstaterar att idén med valfrihet förutsätter att den äldres val återspeglar rationella bedömningar av de utförare som finns att välja emellan (34). Flera intervjustudier har dock visat att många var förhindrade att agera som kunder på en marknad. Många äldre upplever svårigheter i samband med valet av utförare och att långt ifrån alla gör ett aktivt val. Många äldre kan inte heller tillgodogöra sig kommunens information om olika utförare. Ibland brådskar det med själv insatsen och man hinner helt enkelt inte sätta sig in i frågan. Andra gånger medför ett nedsatt allmäntillstånd att man inte orkar eller helt enkelt saknar förmågan att göra ett aktivt val (38, 39, 41, 42, 46-52). Majoriteten av de intervjuade upplevde att det var svårt att ta till sig den information som lämnades och många önskade att de hade fått hjälp av biståndshandläggaren att välja (35, 53).

Dessutom tyder flera studier på att få äldre gör omval (40, 54). De vill ogärna vara till besvär, även om de känner sig missnöjda med en insats (48). I en intervjuundersökning framgår dock att de äldre var positiva till möjligheten att byta utförare och hade påtalat detta för personalen när de uttryckt missnöje utan att det gjorde någon skillnad. Efter att ha hotat med att byta utförare, förbättrades situationen (48).

Socialstyrelsen har undersökt närståendes erfarenheter av att hjälpa äldre vid val av särskilt boende, och den visar ytterligare ett problem just för denna insats. Det finns få lediga platser och när en plats blir ledig kan man känna sig tvungen att acceptera den, även om det inte är hos den utförare man hade önskat (47).

... men är positiva till att möjligheten finns

Trots att många äldre inte har valt utförare verkar de flesta vara positiva till att möjligheten finns. I den enkätundersökning som Utredarhuset gjorde i Solna stad fick äldre med hemtjänst ange hur viktigt det är att få välja utförare. År 2001 ansåg 61 procent att det är ganska viktigt eller mycket viktigt att få välja utförare. År 2003, efter att Solna stad hade infört valfrihetssystem, var det 68 procent som ansåg detta (37).

I en studie som Hjalmarsson och Norman gjorde för Socialstyrelsens räkning var samtliga intervjuade positiva till möjligheten att få välja och byta utförare. Flera ansåg att det var något självklart, trots de svårigheter som är

förknippade med att välja och trots att alla inte hade gjort något aktivt val (49, 53).

Nya roller för äldre och biståndshandläggare

Valfrihetsmodellen innebär förändrade roller för både äldre och biståndshandläggare. De äldre förväntas uppträda som kunder på en marknad och göra aktiva och rationella val av utförare. Enligt Hjalmarsson är många äldre förhindrade att ta denna roll på grund av nedsatt allmäntillstånd och har därmed begränsade förutsättningar att göra rationella val. Många av de äldre upplever det också som svårt att ta till sig den information som ges och önskar att de kunde få hjälp att välja. Hjalmarssons slutsats är att de äldre förväntas göra ett val om något de inte har kännedom om, under stor tidspress, i en svår livssituation (35).

Äldrecentrum har på uppdrag av Stockholms stad studerat valfrihetsmodellen i tre stadsdelar. Syftet var att undersöka hur den äldre har upplevt möjligheten att få välja utförare samt hur reformen har påverkat biståndshandläggarens roll gentemot den äldre. Totalt intervjuades 21 äldre personer och 12 biståndsbedömare. För biståndshandläggarnas del har valfrihetssystemet inneburit att de förväntas informera de äldre om vilka utförare som finns i kommunen, men inte ge några råd eller rekommendationer när de äldre ska göra sina val. Av intervjuerna framgår att många äldre känner sig vilsna och önskar att biståndshandläggaren kunde hjälpa till mer (53).

Små skillnader i äldres uppfattning mellan kommuner med olika privatiseringsgrad

Socialstyrelsen har analyserat sambandet mellan kommunernas privatiseringsgrad och de äldres uppfattning om insatserna. Med privatiseringsgrad avses här andelen enheter i varje kommun som driver äldreomsorg i enskild regi. Analysen gjordes separat för särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende och resultatet redovisas uppdelat på tre grupper. I den första gruppen ingår de kommuner som inte har någon enhet i enskild regi. I den andra gruppen ingår kommuner med upp till 74 procent av utförarna i enskild regi. I den tredje gruppen ingår kommuner där 75–100 procent av enheterna drivs i enskild regi. Syftet med gruppindelningen är att illustrera skillnader mellan kommuner med olika privatiseringsgrad. Däremot påverkar gruppindelningen inte beräkningarna av statistisk signifikans eftersom dessa beräkningar har gjorts för all ingående data.

Tabell 8 och 9 visar resultatet för särskilt boende i 273 kommuner och hemtjänst i 289 kommuner som ingår i Äldreguiden 2011. De värden som anges är NKI-värden och inte andel nöjda personer. NKI-värde är ett värde där de äldres svar vägs samman till ett index. Tabellerna visar det finns små men statistiskt säkerställda skillnader för drygt hälften av de områden som ingår i undersökningen om äldres uppfattning. Samtliga skillnader pekar på att de äldre är något mindre nöjda i kommuner med en hög privatiseringsgrad än i kommuner med en låg privatiseringsgrad.

Socialstyrelsen har inte analyserat mer ingående vad dessa skillnader beror på. Det kan vara så att kommuner med en hög privatiseringsgrad har medborgare med högre utbildning och inkomst, vilket kan medföra högre krav på

de insatser som beviljas. Skillnader mellan storstad och glesbygd kan vara en annan faktor som påverkar resultatet.

Tabell 8. Äldres uppfattning om särskilt boende, fördelat på andel privata enheter i kommunen

	Andel enheter i enskild regi i kommunen			Statistisk signifikans
	0 %	1–74 %	75–100 %	
Genomsnitt Nöjd Kund Index	70	68	67	Ja
Information	57	56	55	Nej
Bemötande	76	75	75	Nej
Inflytande	63	61	59	Nej
Trygghet	76	74	73	Ja
Hjälpens omfattning	75	73	73	Ja
Maten	61	61	59	Nej
Städning, tvätt och dusch	75	72	71	Ja
Vårdinsatser	84	82	81	Ja
Social samvaro och aktiviteter	57	57	54	Nej
Hjälpens utförande	75	72	72	Ja

Anm. Beräkningar av statistisk signifikans har gjorts på konfidensgraden 95 %. Den statistiska signifikansen är beräknad för all indata och beror därför inte på gruppindelningen i tabellen.
Källa: Äldreguiden 2011, Äldres uppfattning om äldreomsorgen 2011

Tabell 9. Äldres uppfattning om hemtjänst i ordinärt boende, fördelat på andel privata enheter i kommunen

	Andel enheter i enskild regi i kommunen			Statistisk signifikans
	0 %	1–74 %	75–100 %	
Genomsnitt Nöjd Kund Index	74	74	72	Ja
Information	61	61	59	Ja
Bemötande	82	82	82	Nej
Inflytande	69	70	70	Nej
Trygghet	79	79	77	Ja
Hjälpens omfattning	79	79	77	Ja
Maten	65	67	68	Nej
Städning och tvätt	74	74	73	Nej
Dusch och bad	81	81	80	Ja
Vårdinsatser	80	80	78	Ja
Social samvaro och aktiviteter	58	61	60	Nej
Hjälpens utförande	79	79	77	Ja

Anm. Beräkningar av statistisk signifikans har gjorts på konfidensgraden 95 %. Den statistiska signifikansen är beräknad för all indata och beror därför inte på gruppindelningen i tabellen.
Källa: Äldreguiden 2011, Äldres uppfattning om äldreomsorgen 2011

Kommunernas uppföljningsansvar

Det är alltid det den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde får de insatser som han eller hon har beviljats. Det gäller oavsett om insatserna utförs i kommunal eller enskild regi. Med detta ansvar följer en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp de beviljade insatserna (prop. 2005/06:115 s. 118).

Flera av de refererade studierna om entreprenadupphandlingar och valfrihetssystem betonar vikten av att kommunen följer upp insatsernas kvalitet. När allt fler aktörer erbjuder insatser måste kommunerna följa upp och värdera insatsernas säkerhet och kvalitet, på ett samlat sätt och på lika villkor (39, 40). Kommunerna kan dock ha mindre insyn hos enskilda utförare än i den egna verksamheten (55).

Nedan ges en bild av kunskapsläget när det gäller kommunernas arbete med individuella uppföljningar och verksamhetsuppföljningar. Med verksamhetsuppföljning avses här de uppföljningar som görs ur nämndens perspektiv. De verksamhetsuppföljningar som utförarna själva gör ingår inte i kartläggningen.

Uppföljning ur ett individperspektiv

I dag finns begränsad kunskap om hur kommunerna arbetar med uppföljningar av individuella beslut.

I enkätundersökningen till Äldreguiden 2012 fanns frågor till kommunerna om antalet personer som hade fått sina beslut om hemtjänst eller särskilt boende uppföljda av kommunen. Alla kommuner kunde inte besvara frågan eftersom uppgiften inte registreras i deras verksamhetssystem. De svar som uppgetts visar att knappt 35 procent av de äldre med hemtjänst hade fått sitt beslut uppföljt under det senaste halvåret. Bland äldre med särskilt boende var motsvarande andel 13 procent. I en öppen fråga hade kommunerna sedan möjlighet att kommentera dessa uppgifter. De flesta kommentarerna rörde svårigheter att ta fram uppgifterna eller tolkningar av frågorna. Det är dock intressant att hela 40 kommuner eller stadsdelar (av totalt 321 kommuner samt stadsdelar i Göteborg, Malmö och Stockholm) skriver att handläggarna inte gör några regelbundna uppföljningar av besluten om särskilt boende. I stället hänvisar man till utförarnas uppföljningar av genomförandeplaner. Flera kommuner anger att de endast följer upp beslut på begäran från utförare, anhöriga eller någon annan (56).

Winblad, Andersson och Isaksson har undersökt hur kommuner med valfrihetssystem inom hemtjänsten arbetar för att säkerställa insatsernas kvalitet. Studien omfattar bland annat kommunernas arbete med uppföljningar av individuella beslut, med en enkätundersökning som besvarades av 27 kommuner. Dessutom gjorde de kvalitativa fallstudier i fyra kommuner (Danderyd, Gotland, Umeå och Varberg) genom att intervjua tre till fyra personer i var och en av dessa kommuner (42). Kommunerna uppger att de följer upp individuella beslut för att kontrollera att de beviljade insatserna också har blivit utförda och att mottagarna är nöjda med insatserna. Tidpunkterna för

uppföljning varierar mellan kommunerna i undersökningen. Några säger att uppföljningen av biståndsbeslut ska göras en gång per år eller när behov uppstår. Andra menar att uppföljningen ska göras i samband med att man förnyar biståndsbeslut som är på väg att löpa ut (42).

Uppföljning ur ett verksamhetsperspektiv

Det finns få studier som gäller kommunernas arbete med verksamhetsuppföljningar. En undersökning gjord av Socialstyrelsen visar dock att många kommuner med valfrihetssystem arbetar med att utveckla kriterier och metoder för en konkurrensneutral uppföljning (57).

Metoder för verksamhetsuppföljning

De 27 kommunerna i Winblads, Anderssons och Isakssons enkätundersökning uppgav att det huvudsakliga syftet med verksamhetsuppföljningen är att granska om utförarna organiserar sin verksamhet så att den följer alla gällande lagar, förordningar och mål. Ett annat viktigt syfte är att undersöka om det finns några specifika brister eller förbättringsområden som måste ses över (42). De vanligaste metoderna framgår av tabell 10. Hur ofta de 27 kommunerna gör verksamhetsuppföljningar framgår inte av studien.

Tabell 10. Antal kommuner som uppgav att de använder följande metoder i sin uppföljning av hemtjänst

Metod	Antal kommuner (N=27)	Andel kommuner
Enkät till omsorgsmottagare eller anhörig	25	93 %
Uppföljning av biståndsbeslut	24	89 %
Klagomålshantering	23	85 %
Granskning av avvikelser	23	85 %
Granskning av företagens ekonomiska ålägganden*	22	81 %
Granskning av dokumentation	22	81 %
Granskning av genomförandeplan	21	78 %
Föranmälda besök i verksamheten	17	63 %
Utförarnas egna kvalitetsmätningar	16	59 %
Intervjuer med omsorgsmottagare	13	48 %
Oanmälda besök i verksamheten	10	37 %
Personalintervjuer	8	30 %
Enkät till utförare	7	26 %
Enkät till personal	6	22 %
Fokusgrupper	4	15 %

* Exempelvis genom kontroll av F-skattesedel och förekomst av skulder till kronofogden
Källa: Winblad, Andersson & Isaksson (2011).

De fyra kommunerna i Winblads, Anderssons och Isakssons fallstudie uppgav att kommunens uppföljningar av utförare behöver bli bättre. Exempelvis ville en kommun göra mer systematiska uppföljningar för att få en bild av verksamheternas kvalitetsarbete. I nuläget gjorde kommunen uppföljningar vid behov, när något inte fungerade. En handläggare i studien berättade att situationen tidigare var hanterbar eftersom antalet utförare fortfarande var litet. Sedan dess har en allt större andel av hemtjänsten börjat bedrivas i enskild regi, och därmed fanns det nu ett behov av ett bättre system för upp-

följningar. Dessutom behövde kommunen någon som var särskilt ansvarig för kvalitetsfrågorna (42).

I en utvärdering av valfrihetssystemen i tolv kommuner framgår att alla följer upp verksamheternas kvalitet löpande. Av studien framgår dock inte *hur ofta* kommunerna gör dessa uppföljningar. Samtliga kommuner uppger att de tillämpar samma former för uppföljning och utvärdering av utförare, oberoende av utförarnas regiform (54).

Svårt för kommunerna att hinna göra verksamhetsuppföljningar

Enligt Winblad, Andersson och Isaksson är det inte självklart att kommunerna kan göra regelbundna och omfattande granskningar av alla utförare. De menar att valfrihetsmodellen kan kräva andra metoder för att kommunerna ska kunna göra en effektiv uppföljning (42).

Nutek har intervjuat representanter från 24 kommuner om hur de arbetar med kvalitetsuppföljningar och funnit att det finns en stor variation i kommunernas uppföljningsarbete. Många poängterade själva att det är ett område med utvecklingspotential medan andra berättade att de redan arbetade systematiskt och strukturerat med uppföljningar. Några av de intervjuade uppgav att uppföljningen tydligt utgår från de kvalitetskriterier som har bestämts i förfrågningsunderlaget. Enligt vissa finns det knappt något rutinmässigt uppföljningsarbete. Nutek ser några möjliga förklaringar till detta, såsom tidspress, generell ovana vid uppföljningsarbete, bristande resurser för uppföljning samt otillräcklig kunskap om uppföljningsansvar och uppföljningsmetoder (58).

Diskussion och slutsatser

Kvalitet i kommunal och enskild regi

Inga stora entydiga skillnader

De datakällor som Socialstyrelsen har analyserat ger ingen entydig bild av kvalitetsskillnader i vården och omsorgen om äldre utifrån om verksamheten bedrivs i kommunal eller i enskild regi. Det går dock inte att dra några helt säkra slutsatser eftersom viktig information saknas. Fördjupade studier behövs därför. Slutsatserna i rapporten gäller under förutsättning att det inte finns några stora och systematiska skillnader mellan kommunala och enskilda utförare när det gäller tjänsteutbudet samt omsorgstagarnas behov och vårdtyngd.

Analysen bygger på flera olika datakällor som ibland pekar åt olika håll. I vissa avseenden tycks de kommunala utförarna vara bättre och i andra avseenden verkar de enskilda utförarna erbjuda högre kvalitet. Kommunala utförare har ett bättre resultat när det gäller strukturmått, såsom personaltäthet, personalens kompetens och boendestandard. Enskilda utförare lyckas å andra sidan bättre när det gäller processmått, det vill säga mått som visar hur man arbetar. Exempel på sådana mått är andelen äldre som har genomförandeplaner, andelen äldre som riskbedömts vad gäller fall, trycksår och undernäring samt andelen äldre med en nattfasta som är max 11 timmar.

I dag finns ingen nationell undersökning om äldres uppfattning som redovisar resultat på enhetsnivå. Därför har Socialstyrelsen samlat in sådana resultat från 17 kommuner som gjort en extrabeställning från Socialstyrelsens nationella undersökning. Dessutom har vi analyserat resultat från Stockholms stads undersökning. I analysen av de 17 kommunerna går det inte att påvisa några statistiskt säkerställda skillnader mellan kommunala och enskilda utförare i hur de äldre själva uppfatta insatserna, varken för hemtjänst eller för särskilt boende.

Däremot finns statistiskt säkerställda skillnader i Stockholms stads undersökning. När det gäller särskilt boende är de äldre nöjdare med insatser som utförs i enskild regi. Störst är skillnaderna för de mått som handlar om andelen äldre som anser att de har möjlighet att påverka sin vardag, som får komma ut i friska luften och som är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. Andelen äldre som är nöjda med dessa områden är dock generellt ganska låg, även för de enskilda utförarna. Även när det gäller hemtjänst är äldre som får insatser från enskilda utförare nöjdare. Sammantaget var 86 procent nöjda med hemtjänsten från de enskilda utförarna, och motsvarande andel var 65 procent för de kommunala utförarna i Stockholms stad. De enskilda utförarna har bättre resultat för alla områden utom för ett: andelen äldre som ansåg att hemtjänsten skapar trygghet.

De undersökningar om äldres uppfattning som refereras här representerar kommuner med vård och omsorg om äldre i både kommunal och enskild regi. Kommuner som enbart har insatser i kommunal regi har inte ingått i analysen.

Risken för allvarliga misstag

I den här rapporten ingår material från tillsynen som handlar om klagomål från enskilda personer, anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria samt resultat från en nattlig tillsyn. Materialet visar brister (eller indikationer på brister) inom vården och omsorgen om äldre som kommit till tillsynens kännedom. Dessa brister fördelar sig mellan kommunala och enskilda utförare på ett sätt som kan förväntas utifrån andelen äldre som får sina insatser från kommunala och enskilda utförare. Risken för allvarliga misstag – mätt som antalet avvikelser som tillsynen har fått kännedom om – verkar med andra ord inte skilja sig mellan kommunala och enskilda utförare.

Ett annat sätt att undersöka risken för allvarliga misstag är att analysera utförarnas förebyggande arbete. Arbete med att förebygga fall, trycksår och undernäring är en viktig del i en säker vård och omsorg för äldre personer. Äldre personer med sviktande hälsa och nedsatt rörelseförmåga drabbas oftare av fallskador, trycksår och undernäring som orsakar ohälsa och smärta samt gör dem mer beroende av stöd och hjälp. Det förebyggande arbetet är därför viktigt och går ut på att identifiera personer med risk, analysera tänkbara orsaker, genomföra förebyggande åtgärder och slutligen följa upp resultaten.

I Äldreguiden 2011 mäts det första av dessa steg: utförarnas arbete med att identifiera personer med en risk för fall, trycksår eller undernäring. Enligt vad som har inrapporterats till Äldreguiden gör enskilda utförare riskbedömningar i större utsträckning än kommunala utförare (se sid 22).

Socialstyrelsen vet dock inte i vilken utsträckning kommunala och enskilda utförare arbetar med att genomföra förebyggande åtgärder eller vilka resultat dessa åtgärder ger. I framtiden kan det vara möjligt att följa viktiga kvalitetsmått om utförarnas förebyggande arbete i kvalitetsregistret Senior Alert, men täckningsgraden i registret är fortfarande för låg för att uppgifter ska kunna redovisas uppdelat på fall, trycksår respektive undernäring (59).

Vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter

I jämförelsen av vinstdrivande och icke-vinstdrivande enskilda utförare har Socialstyrelsen använt Äldreguiden. Det betyder att vi har undersökt om det finns skillnader i struktur- och processkvalitet. Skillnaderna mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande utförare var små. När det gäller särskilt boende var skillnaden störst i andelen äldre som har fått sin genomförandeplan uppföljd. De vinstdrivande utförarna hade ett bättre resultat för denna indikator. Angående hemtjänst hade de vinstdrivande utförarna bättre resultat när det gäller andelen äldre som har varit delaktiga i sin genomförandeplan, andelen som har fått sin genomförandeplan uppföljd samt antalet anställda per chef. De icke-vinstdrivande utförarna hade en högre andel personal med en adekvat grundutbildning, en högre andel personal som arbetar mer än 85 procent samt en lägre andel personal som är timanställd.

Analyserna handlar om förutsättningarna för kvalitet snarare än resultatet och ger alltså inget djupare svar på frågan om det finns kvalitetsskillnader mellan enskilda utförare som är vinstdrivande och icke-vinstdrivande. För det behövs information om de äldres uppfattning eller andra resultatmått på enhetsnivå, helst med nationell täckning.

Utförarnas arbete enligt lagar och föreskrifter

I uppdraget ingår att undersöka om det finns några tydliga skillnader i utförarnas arbete enligt socialtjänstlagen och regelverket i övrigt. Som exempel nämns utförarnas arbete med kvalitetssystem samt systematisk utveckling av kvaliteten.

Givet den korta utredningstiden har Socialstyrelsen inte gjort några nya undersökningar utan i stället använt befintliga datamaterial samt tidigare studier. Efter genomgången av tidigare studier kan vi konstatera att ingen av dessa studier gäller kvalitetssystem och kvalitetsutveckling för verksamheter i olika regiform.

Det datamaterial som har använts går i viss utsträckning att koppla till lagar och föreskrifter eftersom dessa varit utgångspunkt för de indikatorer eller mått som finns. Exempelvis finns frågor i både Äldreguiden och den nationella undersökningen om äldres uppfattning som bygger på lagstiftarens krav på en trygg och säker vård och omsorg. I Äldreguiden mäts detta genom läkemedelsgenomgångar samt riskbedömningar av fall, trycksår och undernäring (se sid 22).

Dessa indikatorer ger dock endast svar på en liten del av frågan om eventuella skillnader utifrån regiform när det gäller utförarnas sätt att arbeta enligt lagar och föreskrifter.

Effekter av konkurrensutsättning

Få studier om effekter på kvalitet

Det finns få empiriska studier som gäller konkurrensutsättningens effekt på insatsernas kvalitet. Det gäller både när verksamheter har lagts ut på entreprenad och när kommuner har infört valfrihetssystem. Vi har refererat flera litteratursammanställningar och samtliga konstaterar att antalet studier är begränsat när det gäller jämförelser mellan kommunala och enskilda utförare. De flesta studier har gjorts i liten skala (få enheter eller få kommuner) och saknar nationell täckning. Vidare är det ovanligt med studier som mäter kvaliteten före och efter införandet av konkurrensutsättning, vilket är en förutsättning för att kunna analysera om konkurrensutsättningen har förbättrat eller försämrat insatsernas kvalitet.

Risk för segregerad kvalitet

Inom statsvetenskaplig forskning använder man sig ibland av begreppen "voice" och "exit" för medborgares möjligheter att påverka i samhället. I kommuner med valfrihetssystem kan medborgaren antingen påtala bristerna (voice) eller vända sig till en annan utförare (exit). Enligt Svensson och Edebalk (2010) kan valfrihetssystem principiellt innebära att exit-kanalen förstärks eftersom valfrihetssystemet ger de äldre två möjligheter: att välja utförare och att byta utförare om de inte är nöjda. De två huvudstrategierna utesluter inte varandra utan kan i kombination bli ett starkt alternativ. Genom ett hot om utträde (exit) kan voice-kanalen förstärkas (60). Vilka som använder sig av dessa kanaler kan få konsekvenser på insatsernas kvalitet. Det finns en risk att personer som är starka och gör aktiva val får bättre insatser än de som inte gör det.

Vilka är det som gör val och omval?

Möjligheten att välja och byta utförare stärker de enskilda som har förmågan att göra aktiva val och omval. Flera av de refererade studierna tyder dock på att många äldre inte gör aktiva val och att få gör omval. Det finns en risk för att de som inte själva gör aktiva val, eller får hjälp av närstående, får insatser av sämre kvalitet.

En internationell litteraturöversikt om patienters val av sjukhus visar att personer som har hög utbildning och hög inkomst oftare väljer sjukhus som ger vård av hög kvalitet. Faktorer som speglar vårdens kvalitet har mindre betydelse när personer med låg utbildning och låg inkomst väljer sjukhus (61). Huruvida detta förhållande återspeglas även i vården och omsorgen om äldre och om detta påverkar insatsernas kvalitet för olika socioekonomiska grupper har inte analyserats i någon av de refererade studierna.

Vem ska klaga när de starka byter utförare?

Enligt Edebalk och Svensson innebär valfrihetsmodellen att en del av kvalitetskontrollen överläts till de äldre och deras närstående (39). Här finns en risk för att de äldre som saknar förmåga att byta utförare kommer i kläm. De som har förmågan att välja bort en dålig utförare gör det, men de andra stannar kvar och riskerar därmed att få insatser med sämre kvalitet. Och vem ska klaga då, när de resursstarka har bytt till en bättre utförare?

Problemet förvärras om kommunerna inte tar reda på varför de äldre gör omval. I Winblads, Anderssons och Isakssons fallstudie gjorde inte kommunerna detta eftersom de undvika att personen i fråga omprövade sitt beslut. Missnöjda personer uppmanades i första hand att ta kontakt med den ansvariga chefen på företaget. Kommunerna var medvetna om att detta kunde innebära att fel och brister inte kom till deras kännedom. Tre av de fyra kommunerna i fallstudien uppgav att de inte heller hade någon samlad statistik över förekomsten av omval (42). Ett liknande förhållande beskrivs i Stockholms stads äldreombudsmans årsrapport för 2009. Äldreombudsmannen noterade att äldre som för fram klagomål fick förslaget att byta hemtjänstenhet eller vård- och omsorgsboende, utan att felen eller bristerna åtgärdades (10).

Det är viktigt att klagomål och synpunkter kommer till kommunernas kännedom så att de kan vidta åtgärder. Socialstyrelsen vill därför betona vikten av att kommunerna dokumenterar och följer upp de omval som görs.

Ökat kvalitetsmedvetande men risk för bristande kvalitetsutveckling

Enligt flera studier anser kommunerna att entreprenadupphandlingar ökar deras kvalitetsmedvetande. I samband med upphandlingen måste kommunerna noga gå igenom verksamheterna och tänka igenom insatsernas innehåll och ambitionsnivå. Detta kan bidra till att höja kvaliteten även i kommunens egna verksamheter. En studie av Socialstyrelsens visar att kommunerna även anser att deras kvalitetsmedvetande ökade i samband med införandet av valfrihetssystem.

När kommunerna tar fram detaljerade förfrågningsunderlag utövar de en starkare styrning av utförarnas verksamhet. Det kan tyckas vara positivt, men några studier lyfter fram att detaljstyrning kan hämma utförarnas benägenhet

att förbättra och utveckla verksamheten. Utförarens uppdrag blir då i stället närmast ett förvaltningsuppdrag. De studier som lyfte fram detta problem har studerat entreprenadmodellen och det är därför oklart om motsvarande risk finns i samband med valfrihetsmodellen.

Andra faktorer som är viktiga

Kommunernas har ett stort uppföljningsansvar

Socialstyrelsen vill understryka att det alltid är den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får de insatser som han eller hon har beviljats enligt socialtjänstlagen och det gäller oavsett om insatserna utförs i kommunal eller enskild regi. I kommunernas ansvar ingår att följa upp de individuella besluten och att kontrollera de utförare som har i uppdrag att verkställa kommunens beslut.

Det är oklart i vilken utsträckning kommunerna uppfyller detta ansvar i dag eftersom det knappt finns några nationella undersökningar om detta. I Äldreguidens kommunundersökning finns en fråga till kommunerna om andelen äldre som fått sitt beslut uppföljt av handläggaren när det gäller särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende. Undersökningen visade att det var en låg andel äldre som hade fått sina beslut uppföljda under det senaste halvåret. Flera kommuner skriver i de öppna svaren att de inte gör individuppföljningar vid beslut om särskilt boende, utan i princip överlåter detta till utförarna.

Äldre som bor i små särskilda boenden är mer nöjda

En analys av data från 16 kommuner visar att äldre som har särskilt boende på små enheter tycks vara mer nöjda än äldre på stora enheter. Det finns statistiskt säkerställda samband mellan enhetens storlek och de äldres uppfattning om de flesta av de områden som ingår i undersökningen: trygghet, information, bemötande, hjälpens omfattning, städning, tvätt och dusch, vårdinsatser, hjälpens utförande och boendemiljö. Motsvarande samband är inte lika tydligt när det gäller hemtjänst i ordinärt boende.

Antalet äldre per enhet är i genomsnitt högre för enskilt drivna enheter när det gäller särskilt boende. Bland utförare som erbjuder hemtjänst i ordinärt boende är antalet äldre högre på enheter som drivs i kommunal regi. Det beror på att det finns ett stort antal små företag som driver hemtjänst.

Äldrecentrum gjorde år 2004 intervjuer med 20 enhetschefer för olika typer av verksamheter inom äldreomsorgen. Intervjuerna tyder på att det finns samband mellan enheternas storlek och möjligheterna till ett aktivt ledarskap. I mindre enheter känner cheferna de äldre och vet vilka hjälpbehov de har. Det gjorde att cheferna kunde handleda personalen i deras arbete och att de visste vad vårdbiträdenas arbete innebar. De intervjuade cheferna med stora enheter hade dock fått prioritera bort dessa arbetsuppgifter. De hade inte så god kännedom om de äldre och hade därmed inte samma möjlighet att handleda personalen (62).

Påverkar personalens utbildning äldres uppfattning?

I arbetet med det här uppdraget har Socialstyrelsen sett indikationer på ett samband mellan andelen personal med adekvat grundutbildning och de äld-

res uppfattning om insatsen, åtminstone för hemtjänst i ordinärt boende. Analysen gäller data från 14 kommuner som kan redovisa resultat på enhetsnivå för hemtjänst i Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattning. Frågan har dock inte analyserats tillräckligt ingående för att vi ska kunna dra några säkra slutsatser. Vi kan dock konstatera att det för hemtjänst finns vissa statistiskt säkerställda samband mellan andel personal med adekvat grundutbildning och de äldres uppfattning. När andelen personal med adekvat grundutbildning är hög är äldre mer nöjda med hur väl personalen utför sina arbetsuppgifter, hur väl personalen utför vårdinsatser, trygghet (övergripande) samt trygghet när det gäller hur väl personalen känner till vilken hjälp som behövs. Däremot går det inte att se att personalens utbildning har betydelse för de äldres åsikt när det gäller bemötande, hur väl personalen tar hänsyn till önskemål om hjälpens utförande eller hur väl personalen hjälper till vid dusch och bad.

Tillstånd även för kommunala utförare?

Socialtjänstlagens och hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om god kvalitet gäller oavsett utförare. För att bedriva ett privat särskilt boende enligt socialtjänstlagen, SoL, krävs tillstånd från Socialstyrelsen (7 kap.1 § SoL). Den som ansöker om tillstånd måste till exempel redogöra för verksamhetens utformning, bemanningen och om möjligheten att ge de enskilda äldre inflytande. Tillståndet ska garantera att socialtjänstlagens och hälso- och sjukvårdslagens krav på kvalitet uppfylls.

Det behövs i dag inte tillstånd från Socialstyrelsen för att driva särskilda boenden i kommunal regi. Tillstånd behövs heller inte för de särskilda boenden som kommunen genom avtal har överlämnat till en enskild att utföra. För dessa särskilda boende räcker det att kommunen anmäler till Socialstyrelsen vilka särskilda boenden som kommunens själv driver eller genom avtal har överlämnat lämnat åt enskild att driva. Anmälningsplikten syftar till att ge uppgifter om samtliga särskilda boenden som drivs av kommunen eller på entreprenad för att ge ett aktuellt underlag för Socialstyrelsens tillsyn och utvärdering.

Socialstyrelsen är inte främmande för att utöka tillståndsgivningen till att även omfatta särskilda boenden i kommunal regi.

Förslag till fortsatt arbete

Metoder för att följa kvalitet utifrån regiform framöver

För att analysera frågan om eventuella kvalitetsskillnader utifrån regiform är det lämpligt att använda studier om äldres uppfattning på enhetsnivå. I denna rapport har vi gjort detta för 17 kommuner, men det är önskvärt att kunna göra analyser med nationell täckning. Socialstyrelsen har redan fått i uppdrag av regeringen att år 2013 mäta och redovisa sådana resultat på enhetsnivå i undersökningen om äldres uppfattning om vården och omsorgen. Genom dessa resultat på enhetsnivå blir det möjligt att jämföra de äldres uppfattning om kommunala och enskilda utförare på nationell nivå. Det kommer även att bli möjligt att göra fördjupade analyser av samband mellan exempelvis enhetsstorlek eller andel personal med adekvat yrkesutbildning och äldres uppfattning om insatserna.

Socialstyrelsen har i rapporten påpekat att det saknas viktig information för att vi ska kunna göra fullgoda analyser av kvalitetsskillnader. För att kunna jämföra kvaliteten hos kommunala och enskilda utförare på ett likvärdigt sätt behövs information som i dag saknas, bland annat om behov, vårdtyngd, tjänsteutbud och andra faktorer som kan påverka olika kvalitetsmått. Enligt ett uppdrag från regeringen kommer Socialstyrelsen att samla in behovsuppgifter i sitt register över SoL-insatser till äldre. Möjligheterna till analys kommer därmed att förbättras från och med år 2015.

Ett väl fungerande vårdgivarregister är en annan förutsättning för att Socialstyrelsen ska kunna samla in uppgifter på enhetsnivå. Den 30 juni år 2013 kommer Socialstyrelsen att ha en löpande insamling av uppgifter om samtliga enheter inom särskilt boende, hemtjänst och dagverksamhet.

I denna rapport har Socialstyrelsen inte använt kvalitetsregister för att besvara frågan om eventuella kvalitetsskillnader mellan kommunala och enskilda utförare. Inom äldreområdet är Senior Alert och Palliativa registret de kvalitetsregister som skulle kunna vara aktuella. Vi har undersökt möjligheten att använda Senior Alert i analysen men konstaterar att täckningsgraden fortfarande är låg eftersom det är få utförare som regelbundet registrerar sina uppgifter i registret. I takt med att kvalitetsregister används alltmer kommer de troligtvis att kunna användas även för den här typen av frågeställningar.

Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att fullt ut analysera material från tillsynen. I ett kommande projekt kommer vi dock att analysera enskildas klagomål mer ingående än vad som varit möjligt inom den aktuella tidsramen. I detta projekt kommer även regiform att ingå.

Tillsynen har i dag andra syften än den typ av analys som gjorts inom ramen för detta uppdrag. Exempelvis är det sällan ett slumpmässigt urval som avgör vilka enheter som ska granskas i en tillsyn. Det slumpmässiga urvalet är dock en förutsättning för att jämförelser ska kunna göras av kommunala och enskilda utförare. I den nattliga tillsynen (se sid 38) var dock urvalet slumpmässigt och därför kunde Socialstyrelsen göra en jämförelse utifrån regiform. Urvalet var för litet för att vi ska kunna dra några säkra slutsatser, men resultatet visar ändå att underlag från tillsynen kan gå att använda i samband med den här typen av analys.

Behov av ytterligare studier

Socialstyrelsen konstaterar att det finns få studier som jämför kvaliteten mellan kommunala och enskilda utförare inom vården och omsorgen om äldre. Vidare finns det få studier som visar vilka effekter konkurrensutsättningen har för den enskilde individen. De identifierade studierna handlar i första hand om insatser som har beviljats enligt socialtjänstlagen. Det finns få fördjupade studier om som handlar om effekter på den kommunala hemsjukvården.

Samordningen av de olika aktörer som är inblandade i vården och omsorgen hade brister redan innan det blev vanligt med valfrihetssystem. Vi har bara identifierat en studie som handlar om samordning i kommuner med valfrihetssystem. Studien gjordes i Stockholms stad, men med ett ökat antal utförare är det troligt att även andra kommuner får problem med samordningen. Denna frågeställning har dock inte studerats, såvitt Socialstyrelsen har kunnat utröna.

En annan viktig fråga är om möjligheten att välja påverkar insatserna som de äldre får tillgång till. Finns det kvalitetsskillnader i insatser som ges till äldre som gör aktiva val och insatser till dem som inte har denna förmåga? Szebehely konstaterar i sin genomgång av tidigare studier att det finns mycket få undersökningar som gäller de fördelningsmässiga konsekvenserna av valfrihetsmodellen (10). Det är med andra ord i stort sett okänt huruvida äldre personer i olika sociala grupper får vård och omsorg av lika god kvalitet.

Socialstyrelsens data visar att äldre personer är något mer nöjda med hemtjänst och särskilt boende i kommuner med en låg privatiseringsgrad. Skillnaderna är små men statistiskt säkerställda. Det kan vara så att skillnaden beror på socioekonomiska faktorer. Därför behövs fler studier som belyser sambandet mellan konkurrensutsättning och de äldres uppfattning om insatserna, och som samtidigt tar hänsyn till andra faktorer som kan påverka resultatet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Stimulansbidrag LOV - Delrapport 2012. 2012.
2. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av äldreomsorg. 2012; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/alldreomsorg>.
3. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2011. 2011.
4. Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010. 2011.
5. Socialstyrelsen. God vård - om ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet i hälso- och sjukvården. 2006.
6. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänst. 2007.
7. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2008. Verksamhetens kvalitet. 2008.
8. Utbildningsdepartementet. En politik för det civila samhället: Prop. 2009/10:55. 2010.
9. Statistiska Centralbyrån. Utförare och finansiärer inom vården, skolan och omsorgen, FinUt: Ekonomisk statistik 2009:1. 2009.
10. Szebehely M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. In: Hartman L, editor. Konkurrensens konsekvenser. Stockholm: SNS Förlag; 2011. p. 215-57.
11. Statistiska centralbyrån. Begreppsförklaringar inom nationalräkenskaperna. 2012 [2012-05-23]; Available from: http://www.scb.se/Pages/Standard___261483.aspx#H.
12. United Nations. Handbook on Non-Profit-Institutions in the System of National Accounts. 2003.
13. Newton Anthony R. & Young D. W. Management control in nonprofit organizations. 1999.
14. Europeiska ekonomiska och sociala kommittén. Socialt entreprenörskap och socialt företagande. INT/589. 2011.
15. Socialstyrelsen. Brukarundersökningar inom vård och omsorg för äldre. 2001.
16. Möller T. Brukare och klienter i välfärdsstaten. Om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg. Stockholm: Publica; 1996.
17. Socialstyrelsen. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Delrapport II. 2012. 2012.
18. Socialstyrelsen. Sammanställning av oanmäld tillsyn på nationell nivå inom äldreomsorgen med fokus på demensboende. 2010 [cited 2012-05-02]; Available from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/oanmaldtills>

- yndemensboendenov2010/Documents/Sammanställning_nattlig_tillsyn.pdf.
19. Mattisson O. Erfarenheter av konkurrensutsättning - en forskningsöversikt: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2011.
 20. Riksrevisionen. Statens styrning över kvalitet i privat äldreomsorg. 2008:21.
 21. Socialstyrelsen. Alternativa styr- och driftsformer inom äldreomsorgen. SoS-rapport 1996:8. 1996
 22. Socialstyrelsen. Konkurrensutsättning inom äldreomsorgen. 2004.
 23. Almqvist R. New public management - om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll. Malmö: Liber AB; 2006.
 24. Almqvist R. & Högberg O. "Management by Contract" - vad hände? Kommunal ekonomi och politik. 2005;9(2):7-36.
 25. Svensson M., Edebalk P-G. & Rosén P. Äldreomsorg i kommunal och privat regi - verksamhet, kostnad och kvalitet. Lund: IHE - Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. 1996.
 26. Laholms kommun. Omsorger om äldre och funktionshindrade i offentlig regi och på entreprenad i Laholms kommun - En jämförande utvärdering 1999. 2000.
 27. Konkurrensverket. Vårda och skapa konkurrens - Vad krävs för ökad konsumentnytta? 2002:2.
 28. Edebalk P-G. & Svensson M. 90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen: några utvecklingstendenser. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE). 2001.
 29. Jordahl H. Privat produktion av offentligt finansierade tjänster. Ekonomisk debatt. 2008;3(36):Sid 46-58.
 30. Svenska kommunalarbetsareförbundet. Vardagens hjältar. Undersköterskor och vårdbiträden i svensk äldreomsorg. 2000.
 31. Svenska kommunalarbetsareförbundet. Upplevelser och erfarenheter från arbete inom äldreomsorg och omsorg. 1999.
 32. Gustafsson R. Å. & Szebehely M. Privat och offentligt äldreomsorg - svenska omsorgsarbetsares syn på arbetsmiljö och politisk styrning. Socialvetenskaplig tidskrift. 2007;1:47-66.
 33. Trydegård G-B. Äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor i Norden - en forskningsöversikt. In: Szebehely M, editor. Äldreomsorgsforskning i Norden - En kunskapsöversikt. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet; 2005.
 34. Svensson M. & Edebalk P-G. Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg; 2006. Report No: 2006:6.
 35. Hjalmarsson I. Valfrihet och inflytande i äldreomsorgen. In: Thorslund M. & Wånell S-E., editors. Åldrandet och äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 75-92.
 36. Socialstyrelsen. Kundval inom äldreomsorgen. 2007.
 37. Utredarhuset. Uppföljning av kundvalsmodellen inom hemtjänsten. Solna stad: Ärendeförvaltningen; 2003.
 38. Kastberg G. Vad vet vi om kundval - En forskningsöversikt: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2010.

39. Edebalk P-G. & Svensson M. Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet: TemaNord; 2005. Report No: 2005:507.
40. Socialstyrelsen. Stimulansbidrag LOV - Slutrapport. 2010.
41. Äldrecentrum. Valfrihet i äldreomsorgen - en reform söker sin form: 2003:4.
42. Winblad U., Andersson, C. & Isaksson, D. Kundval inom hemtjänsten - erfarenheter av information och uppföljning: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2009.
43. Äldrecentrum. Biståndshandläggare - att vakta pengar eller bedöma behov Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:13.
44. Gemensam välfärd. Rapport från ett seminarium om hemtjänsten i Stockholm - en pressad verksamhet. Gemensam välfärd; 2012 [2012-04-16]; Available from: <http://gemensamvalfard.se>.
45. Äldrecentrum. Sköra länkar i vårdkedjan. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2012.
46. Socialstyrelsen. Vad vill äldre veta? - En sammanställning av studier om äldres val inom äldreomsorgen. 2011.
47. Socialstyrelsen. Val inom hemtjänst och äldreboende - fokusgrupper med äldre och anhöriga som valt utförare inom äldreomsorg. 2012.
48. Aydin Claesson U. Valfrihet - last eller lättnad? En kvalitativ studie om kundvalsmodellen inom hemtjänst [C-uppsats]. Ersta Sköndals högskola: Institutet för socialt arbete; 2010.
49. Hjalmarsson I., Norman E. Att välja hemtjänst: Socialstyrelsen. 2004.
50. Levenius A. & Wolf Å. Ger kundvalet de äldre ökade valmöjligheter? En fallstudie från Nacka kommun [C-uppsats]. Lund: Lunds universitet; 2004.
51. Roos J. Valfrihet genom kundval - en studie av kundvalsmodellen inom hemtjänsten [D-uppsats]. Lunds universitet: Socialhögskolan; 2004.
52. Socialstyrelsen. Valfrihetssystem ut ett befolknings- och patientperspektiv. Slutrapport. 2012.
53. Äldrecentrum. Valfrihet inom äldreomsorgen - en reform söker sin form; 2003. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Report No: 2003:4.
54. Sveriges Kommuner och Landsting. Utvärdering av valfrihetssystem i kommuner och landsting. 2009.
55. Stadsrevionen. Styrning, uppföljning och kontroll av beviljade insatser inom äldreomsorgen. Stockholms stad. 2012.
56. Socialstyrelsen. Ej publicerade bearbetningar av data från Äldreguiden 2012.
57. Socialstyrelsen. Stimulansbidrag till valfrihetssystem enligt LOV i äldreomsorg. Delrapport juni 2010. 2010.
58. Nutek. Värderingar av kvalitet vid upphandlingar av vård och omsorg. R2008:40.
59. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting. Vård och omsorg om äldre. Öppna jämförelser 2011. 2011.

60. Svensson M. & Edebalk P-G. Kundval inom äldreomsorgen. Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
61. Rhenberg C. & Goude F. Valfrihet och kvalitet inom hälso- och sjukvården - en litteraturöversikt om faktorer som påverkar patienters val av vårdgivare. Socialdepartementet: Sociala rådet; 2011.
62. Äldrecentrum. Om man ska vara stöttepelare åt andra måste man stå stadigt själv - En studie om äldreomsorgens chefer och deras förutsättningar. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2004:2.



REGERINGEN

Regeringsbeslut

II:16

2011-12-20

S2011/11253/FST
(delvis)

Socialdepartementet

SOCIALSTYRELSEN	
Ink	2011 -12- 22
Doss.	5.2-116/2012
Dnr	
Handl.	

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

Uppdrag att granska om det förekommer systematiska kvalitetsskillnader mellan offentligt och enskilt driven äldreomsorg

Regeringens beslut

Socialstyrelsen ska utreda om det förekommer några systematiska skillnader i kvalitet i vård och omsorg om äldre som bedrivs av offentliga respektive enskilda utförare. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2012.

För uppdragets genomförande får Socialstyrelsen använda 500 000 kronor. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet, anslagsposten 4 Program för en god äldreomsorg. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisitionen ska hänvisa till det diarienummer som uppdragsbeslutet har. Medel som ej förbrukats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 30 juni 2012.

Ärendet

Som ett led i regeringens arbete att förbättra förutsättningarna för god kvalitet i vård och omsorg om äldre behövs ytterligare underlag om hur olika former av upphandling, styrning och uppföljning i praktiken fungerar. Rätt hanterat leder valfriheten till konkurrens om kvalitet. En mångfald av utförare kan också öppna nytänkande och innovation. Hittills har den statliga tillsynen inte kunnat finna några kvalitets-skillnader mellan enskilt och kommunalt bedriven vård och omsorg om äldre. Det behövs ytterligare kunskap för att bedöma om det finns systematiska skillnader mellan olika typer av utförare och i fall det är så, en analys av orsakerna till det.

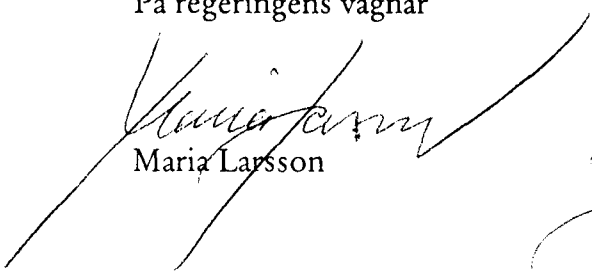
Regeringen menar att det är särskilt angeläget att Socialstyrelsen utreder om det finns några tydliga skillnader i tillämpning av socialtjänstlagen

(2001:453) och regelverket i övrigt mellan kommunala respektive enskilda utförare i fråga om hur man dels arbetar med kvalitetssystem, dels systematiskt utvecklar kvaliteten eller uppnådd kvalitet.

Närmare om uppdraget

I uppdraget ska Socialstyrelsen kartlägga om det finns några systematiska kvalitetsskillnader mellan sådan vård och omsorg om äldre som utförs av offentliga respektive enskilda utförare. Effekter av valfrihetssystem, konkurrens och kontraktsstyrning ska belysas. I uppdraget ingår att redovisa om det har någon betydelse för kvaliteten om en enskild utförare bedriver sin verksamhet i en associationsform som är vinstdrivande respektive icke vinstdrivande. Socialstyrelsen ska även undersöka om det finns några skillnader vad gäller riskerna för allvarliga misstag mellan kommunala och enskilda utförare.

På regeringens vägnar



Maria Larsson



Johanna Hedström

Kopia till

Finansdepartementet
Näringsdepartementet
Socialutskottet
Kammarkollegiet
Ekonomistyrningsverket
Statskontoret
Konkurrensverket
Sveriges Kommuner och Landsting

Bilaga 2. Kvalitetsområden i Äldreguiden 2011

Delaktighet

- Andel (procent) personer med minst en aktuell genomförandeplan för äldreomsorgsinsatser i hemtjänst och särskilt boende den 1 oktober 2010.
- Andel (procent) personer som varit delaktiga i att utforma minst en genomförandeplan för äldreomsorgsinsatser i hemtjänst och särskilt boende mellan den 1 juli till den 31 december 2010.

Personaltäthet

- Antal vård- och omsorgspersonal i särskilt boende per äldre person på enheten, oktober 2010 (tas bort 2012).
- Antal omsorgspersonal i hemtjänst per äldre person med insats, oktober 2010 (tas bort 2012).

Kompetens

- Andel (procent) omsorgspersonal med adekvat yrkesutbildning (relaterat till antal äldrepersoner). Med adekvat yrkesutbildning förstås genomgången vårdlinje, social servicelinje eller omvårdnadsprogram i gymnasieskolan eller minst 900 poäng i karaktärsämnena inom dessa program.
- Andel (procent) sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, relaterat till all vård- och omsorgspersonal i särskilt boende (tas bort 2012)

Kontinuitet

- Andel (procent) omsorgspersonal med sysselsättningsgrad om minst 85 procent av heltid i hemtjänst och särskilt boende.
- Andel (procent) omsorgspersonal som slutat sin tjänstgöring under perioden 1 november 2009 till 1 november 2010 (tas bort 2012).
- Andel (procent) årsarbeten utförd av timavlönad omsorgspersonal i hemtjänst och särskilt boende (tas bort 2012)

Boendemiljö

- Andel (procent) personer i särskilt boende med eget rum/bostad.
- Andel (procent) personer i särskilt boende med kokmöjlighet i det egna rummet/bostaden.

Mat

- Andel (procent) personer i ordinärt boende som hade möjlighet att välja mellan minst två olika maträtter den 1 oktober 2010 (tas bort 2012)
- Äldreboenden som kan, respektive inte kan, erbjuda en måltidsordning så att nattfastan blir högst 11 timmar (tas bort 2012)
- Andel personer i kommunens äldreboenden som kan erbjudas en måltidsordning så att nattfastan blir högst 11 timmar (tas bort 2012)

Förebyggande arbete

- Andel personer i särskilt boende med aktuell riskbedömning avseende fall 1 oktober 2010.
- Andel personer i särskilt boende med aktuell riskbedömning avseende trycksår 1 oktober 2010.
- Andel personer i särskilt boende med aktuell riskbedömning avseende undernäring 1 oktober 2010.

Ledning och styrning

- Antal omsorgspersonal per chef i hemtjänst och särskilt boende (tas bort 2012)

Bilaga 3. Kvalitetsområden i undersökning om äldres uppfattning om äldreomsorgen 2011

Information. Information om verksamheten är ett viktigt kvalitetsområde. Enligt socialtjänstlagen ska de ansvariga inom socialtjänsten informera om verksamhet som berör de äldre. Det är ett sätt att göra verksamheten tillgänglig. En fungerande information och kommunikation mellan de äldre och personalen är viktig och förbättrar den vardagliga verksamheten. De äldre har också rätt att få information om den hjälp de får, både formerna och mängden. Vikten av informationen till äldre och medborgare betonas även i Socialstyrelsens skrifter om God kvalitet i socialtjänsten.

Bemötande. Bemötande är en viktig kvalitetsfaktor för hur de äldre upplever äldreomsorgens tjänster. Hur bemötandet upplevs har i hög grad att göra med samspelet med personalen. Ett förtroendefullt bemötande från socialtjänstens sida är av stor betydelse för kvaliteten på tjänsterna. I sitt bemötande ska personalen visa lyhördhet och empati. I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken står det att de äldre ska ha inflytande över sin vardag och kunna åldras med bibehållet oberoende, samt bemötas med respekt. Flera utredningar betonar också vikten av att bemöta äldre med respekt och värdighet. Bemötandet har, eller förväntas ha, ett direkt samband med de äldres inflytande och självbestämmande i vården och omsorgen.

Inflytande. Denna kvalitetsfaktor kan innehålla flera aspekter av inflytande, men har här begränsats till den äldre människans möjligheter att påverka innehållet i sin vård och omsorg. Kommunen ska ta hänsyn till personens önskemål och åsikter när hjälpen utformas och ges. Så långt det är möjligt ska verksamheten anpassas efter den äldre personens önskemål och behov. Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken liksom flera utredningar framhåller att äldre ska ha inflytande över sin vardag och kunna åldras med bibehållet oberoende, samt bemötas med respekt.

Trygghet. Kvalitetsfaktorn trygghet har här begränsats till att gälla personkontinuitet. I vilken mån hjälpen ges av samma personer har betydelse för äldres sociala trygghet liksom att veta vem som kommer. Tjänsterna ska dessutom präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen. Den enskilda individen ska inte löpa någon risk att drabbas på ett negativt sätt. Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken betonar också vikten av att äldre ska kunna åldras i trygghet och ha tillgång till god vård och omsorg.

Insatsernas omfattning. I socialtjänstlagen anges att biståndsbedömningen av insatserna ska utgå från individens behov. Det är de äldres behov och inte deras ekonomi som ska avgöra omfattningen av insatserna. Insatserna ska också ges på ett sätt som motsvarar de äldres förväntningar.

Mat. Mat är en mycket viktig kvalitetsfaktor för de äldre, både för livskvaliteten och rätt näringsintag. Socialstyrelsen har också i olika sammanhang betonat hur viktig maten är för äldre. Det gäller i hög grad äldre i äldreboen-

den. Ett försummat näringsintag kan leda till ohälsa, speciellt hos äldre som redan är sjuka eller svaga. Ett dåligt näringstillskott kan på sikt leda till lidande med betydande negativa konsekvenser för den enskilda individen.

Städning, tvätt, dusch och bad. I flera propositioner anges vilka typer av tjänster som äldre kan ha rätt till. Förutom olika serviceuppgifter omfattar stödet och hjälpen till äldre även mer personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter avses bland annat städning och tvätt. Med personlig omvårdnad avses insatser som gäller fysiska, psykiska och sociala behov, inklusive personlig hygien.

Vårdinsatser. Kommunerna har ansvaret för viss hälso- och sjukvård som gäller äldre i behov av långvarig vård och som bor i äldreboende. Ansvaret avser uppgifter som utförs av legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i olika särskilda boendeformer. Genom avtal med landstingen kan kommunerna också ta över ansvaret för vårdinsatser i ordinärt boende.

Social samvaro och aktiviteter. Social samvaro och aktiviteter är ett viktigt kvalitetsområde som förstärker de äldres möjligheter till ett självständigt och meningsfullt liv. Det är kommunernas ansvar att skapa goda förutsättningar för detta. Det kan handla om en pratstund med personalen, att få komma ut när man vill eller att utföra aktiviteter som man trivs med.

Boendemiljö. Det här kvalitetsområdet avser endast äldre i äldreboende och omfattar flera aspekter av boende och boendemiljö. Enligt 5 kap. 4 § i socialtjänstlagen ska socialnämnden verka för att äldre människor har möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och att de har en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Verksamheten på äldreboenden ska bygga på respekt för de äldre.

Insatsernas utförande. God kvalitet i vården och omsorgen innebär att tjänsterna utförs på ett tryggt och ändamålsenligt sätt. Insatserna ska utföras med stor hänsyn till de äldres behov, önskemål och förväntningar, samt med hänsyn till deras personliga integritet.