

Valmöjlighet inom konkurrensutsatt hemtjänst -Vem kan välja i praktiken?

Linnea Galle¹ Annamaria Brandén² Yngve Gustafson³
Gösta Bucht⁴

¹Läkarexamen, Umeå Universitet, Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Geriatriska enheten. E:post: linnea.galle@gmail.com. ²Läkarexamen, Umeå Universitet, Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Geriatriska enheten. E:post: annamaria.branden@gmail.com. ³Professor i geriatrik, Umeå Universitet, Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Geriatriska enheten. ⁴Professor i geriatrik, Umeå Universitet, Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Geriatriska enheten.

Allt fler kommuner konkurrensutsätter sin hemtjänst samtidigt som allt sjukare vårdtagare vårdas i hemmet. Denna intervjustudie syftade till att beskriva hur socialt nätverk och hjälpbehov påverkar kundens reella valmöjlighet vid val av hemtjänstutförare. Studien genomfördes 2008. Deltog gjorde 28 vårdtagare som någon gång bytt hemtjänstutförare samt 37 vårdtagare som ej bytt utförare (responsrate 72% respektive 48%). Resultaten visade att vårdtagare med starkt socialt nätverk i högre utsträckning utnyttjar sin valmöjlighet. Det framkom även att en stor del av vårdtagarna inte agerar som kunder vilket torde hämma den kvalitetsförbättring man hoppas uppnå med systemet.

In municipalities in Sweden home-help service is increasingly exposed to managed competition and at the same time the elderly care recipients are becoming more ill. The aim of this interview-study, which was performed 2008, was to identify how social networks and need for assistance affect their possibilities to use freedom of choice. The participants in the study were 28 recipients that had abandoned their home-help service company for an other and 37 recipients that had not (responsrate 72% respectively 48%). The results show that care recipients with strong social networks more often use their freedom of choice. The study also shows that many of the care recipients do not act as customers, which probably inhibits the intended quality improvement of the system.

Inledning

Äldrevårdens drifts- och organisationsform har länge varit ämne för debatt och under senare år har det skett en tilltagande konkurrensutsättning, inte minst inom hemtjänsten. Argumenten bakom en marknadsanpassning av kommunal verksamhet stödjer sig på klassiska marknadsekonomiska teorier som säger att en producent som utsätts för konkurrens kommer att tvingas att styra sin produktion mot högre effektivitet och kvalitet genom att kunderna använder sin konsumentmakt. Samtidigt som man via kvalitetsförbättring får nöjdare kunder får man även en bättre fördelning av samhällets resurser i det att priskonkurrensen tvingar producenterna till effektivisering [1]. Kundens valmöjlighet och agerande kan således, enligt ovanstående resonemang, sägas utgöra den fundamentala drivkraften i ett ”win-win-system”.

De medel konsumenten har till sitt förfogande i utövandet av konsumentmakt kan beskrivas i termer av voice och exit; kunden kan påverka antingen genom att framföra önskemål/klagomål eller genom att överge verksamheten och välja ett annat alternativ [2]. Men hur ser denna konsumentmakt ut i praktiken? I en artikel i *Feminist Economics* uppmärksammas hur fullgoda formella förutsättningar såsom tillgång till information och ett adekvat antal utförare att välja mellan inte är tillräckligt för att generera ett konsumentagerande bland vårdtagare inom äldrevården. Det krävs också konsumentsoverhördhet, vilken enligt samma artikel är begränsad hos

¹Enligt uppgift från Nacka kommun

individer som av olika anledningar är i beroendeställning [3]. Likaså konstaterar Socialstyrelsen i sin slutrapport från Äldreuppdraget med avseende på brukarinflytande inom äldrevården att ”det är långt ifrån alla som har ork, kunskap eller vana att driva igenom sina krav” [4]. Så vad händer när man tillämpar konkurrensmekanismer på ett klientel som på detta sätt skiljer sig från det gängse klientelet? Kan man som vårdtagare nyttja sin valmöjlighet om man är gammal, sjuk och i många fall ensam?

Syftet med vår studie var att kartlägga hur individrelaterade faktorer såsom ålder, socialt nätverk och hjälpbehov påverkar en individs möjlighet att tillämpa sin valmöjlighet i ett kundvalsystem inom äldreomsorgen.

Material och metod

Kommunen och dess kundvalsmodell

Studien genomfördes under februari-mars 2008 i en kommun där man tillämpat en kundvalsmodell inom hemtjänsten sedan 1992. Vid studiens genomförande fanns 45 olika utförare, av dessa drevs 43 stycken i privat regi och 2 stycken i kommunal. Det totala antalet vårdtagare som via biståndshandläggare vid socialtjänstens äldreenhet beviljats hemtjänstinsats uppgick till c:a 1400 individer¹. Kundvalsmodellen i den aktuella kommunen fungerar på så sätt att vårdtagaren först ansöker om hjälpinsats hos socialtjänstens äldreenhet. Hjälpen beviljas sedan av en biståndshandläggare varpå vårdtagaren själv väljer vilket företag som skall ut-

föra den aktuella tjänsten. Till sin hjälp i detta val kan vårdtagaren få information om de olika utförarna från sin biståndshandläggare, från kommunens hemsida och från den katalog som kommunen sammanställt där samtliga utförare finns representerade. All information skall enligt lagen om offentlig upphandling vara helt objektiv[1].

Urval

Vårdtagarna som tillfrågades om deltagande i studien var alla över 65 år, hade en hjälpsats som omfattade mer än bara trygghetslarm och de var alla svensktalande.

För att kunna jämföra en aktivare kundgrupp mot en mer passiv indelades vårdtagarna i två grupper som sedan bildat utgångspunkt för vår analys. Grupp A utgjordes av vårdtagare som aldrig bytt hemtjänstutförare. I denna grupp slumpades vårdtagarna ut enligt födelsedatumprincip och tillfrågades via telefonkontakt om deltagande i studien. Totalt tillfrågades i grupp A 77 vårdtagare varav 37 (48%) tackade ja. Grupp B utgjordes av vårdtagare som någon gång bytt hemtjänstutförare. Då det inte förts någon statistik över vilka vårdtagare som bytt hemtjänst blev ett slumpmässigt urval av vårdtagare i denna grupp omöjligt. Istället ombads alla biståndshandläggare att försöka erinra sig vårdtagare de handlagt som bytt hemtjänst. Totalt hittades på detta vis 39 vårdtagare som bytt hemtjänst. Av de 39 som tillfrågades i grupp B valde 28 (72%) att delta i studien.

Intervjuer och skattningar

Vid ett hembesök genomfördes en

strukturerad intervju där vi utifrån ett frågeformulär med tydliga svarsalternativ försökte ringa in vårdtagarnas sociala nätverk samt hur de uppfattar sin roll som kund. Vid intervjutillfället gjordes även ADL-skattning enligt Katz ADL-index [5] på alla vårdtagare och ett minikognitionstest på de vårdtagare där demens eller minnesnedsättning inte stod omnämnt i biståndsbeslutet. Slutligen studerades samtliga vårdtagares biståndsbeslut utifrån ålder, kön, socialt nätverk, sjukdomar och antal timmars hjälp.

Vårdtagarna som deltagit i studien

Sammanlagt 65 vårdtagare valde att delta i studien. Översiktlig fakta över dessa presenteras i tabell 1.

Bortfall

Relativt många valde att tacka nej till att delta i studien. I grupp A tackade 40 (52%) vårdtagare nej jämfört med 11 (28%) i grupp B. Dessa vårdtagare studerades utifrån ålder och kön samt tillfrågades om orsaken till att de ej ville delta. Det visade sig att de vårdtagare som inte bytt utförare till stor del framförde sjukdom, ålder och trötthet som skäl att inte vilja delta, medan de vårdtagare som bytt utförare angav andra skäl, exempelvis att de var upptagna på annat håll. Vad gäller parametrarna ålder och hjälpbehov hade vi således ett icke-representativt urval av vårdtagare som valt att delta i studien och det var därför svårt att utifrån våra resultat säga något om vilken roll dessa parametrar hade vad gäller vårdtagarnas kundagerande. Även vad gäller parametern kön var det svårt att dra några slutsatser då det var en större

Tabell 1. Vårdtagarna som deltagit i studien

	Totalt n=65	Grupp A n=37	Grupp B n=28
Medelålder (år)	82,5 (□ 7,9)	81,3 (□ 7,9)	84,1 (□ 7,7)
Antal kvinnor	42 (64,6 %)	22 (59,5 %)	20 (71,4 %)
Antal män	23 (35,4 %)	15 (40,5 %)	8 (28,6 %)
Hjälpbehov A enligt Katz ADL-index	30 (46,9 %)	22 (59,5 %)	8 (29,6 %)
Hjälpbehov B enligt Katz ADL-index	22 (34,4 %)	13 (35,1 %)	9 (32,1 %)
Hjälpbehov C enligt Katz ADL-index	7 (10,9 %)	2 (5,4 %)	5 (17,9 %)
Hjälpbehov D enligt Katz ADL-index	1 (1,6 %)	0	1 (3,6 %)
Hjälpbehov E enligt Katz ADL-index	3 (4,7 %)	0	3 (10,7 %)
Hjälpbehov F enligt Katz ADL-index	1 (1,6 %)	0	1 (3,6 %)
Hjälpbehov (antal beviljade hemtjänsttimmar i genomsnitt)	29,9	19,9	43,3
Antal vårdtagare med kognitiv nedsättning	17 (26,2 %)	6 (16,2 %)	11 (39,3 %)
Antal som är sammanboende	11 (16,9 %)	3 (8,1 %)	8 (28,6 %)

andel kvinnor som valde att inte delta i studien bland vårdtagarna i grupp A, jämfört med grupp B.

Statistisk bearbetning

Vid bearbetning av insamlad data användes SPSS statistikprogram. För att beräkna proportionella mått användes Chi-2 test. Vid beräkning av medelvärden från kontinuerliga variabler användes T-test. För icke parametriska data användes Mann Whitney U test.

Resultat

Närståendes roll

Alla intervjuade vårdtagare utom en hade en eller flera närstående nämnda i bostadsbeslutet: 16,9% hade sambo, 81,5% barn och 36,9% annan närstående nämnd. Vid jämförelse mellan grupp A och grupp B syntes en signifikant skillnad gällande samboskap. Bland dem som ej bytt hemtjänstutförare var det drygt 8% som bodde tillsammans med någon, jämfört med

nästan 30% bland dem som någon gång bytt utförare (p 0,045).

När sambofaktorn studerades ytterligare framkom att det inte fanns några skillnader mellan gruppen som hade sambo och gruppen som inte hade sambo gällande nöjdhet eller hur mycket önskemål/klagomål som vårdtagaren själv eller anhängig framfört. Dock kunde vissa tendenser skönjas gällande hur vårdtagarna upplevde att de kunde ställa krav och hur de upplevde att de blev hörsammade av utföraren: bland de med sambo upplevde 81,8% att de kunde ställa krav och 85,7% att de blev hörsammade vid framförande av önskemål/klagomål. Motsvarande siffror i gruppen utan sambo var 66,7% respektive 67,6%. Skillnaderna var dock ej statistiskt signifikanta.

Alla tillfrågade hade telefonkontakt med närstående minst en gång per månad och 60% fick telefonsamtal från

närstående nästan varje dag. Här fanns en signifikant skillnad mellan grupperna A och B: bland dem som aldrig bytt utförare fick 50% telefonsamtal nästan varje dag, jämfört med drygt 70% bland vårdtagarna i grupp B ($p=0,047$). Att få besök av närstående var för de flesta vårdtagarna mer sällsynt: 12,3% fick besök av närstående nästan varje dag, 47,7% minst en gång per vecka, 26,2% minst en gång per månad och 13,8% fick besök av närstående mindre än en gång per månad. På frågan hur ofta de själva kom ut och besökte närstående var det relativt vanligt att det inte hände ens en gång per månad (63,1%). Skillnaden mellan grupperna var obetydlig.

Av samtliga intervjuade vårdtagare upplevde 84,6% att de hade närstående att vända sig till. Här var det ingen tydlig skillnad mellan grupperna. Däremot fanns en signifikant skillnad mellan vårdtagare i grupp A och grupp B i hur hög utsträckning närstående framfört klagomål/önskemål till utföraren: i gruppen som aldrig bytt utförare uppgav 2,7% att närstående, enligt vårdtagarens kännedom, någon gång har framfört klagomål/önskemål till hemtjänstutföraren, medan motsvarande siffra i grupp B var 32,1% ($p 0,002$).

Kundagerande och insatthet i systemet

Av de 65 intervjuade vårdtagarna var det 14 (21,5%) som inte visste huruvida deras hemtjänst bedrevs i privat eller kommunal regi. Fördelningen var lika mellan grupp A och grupp B. En signifikant skillnad fanns dock gällande huruvida man kände till namnet

på sin egen utförare: i gruppen som ej bytt var det nästan 46% som inte visste namnet på sin utförare, jämfört med 14,3% i gruppen som någon gång bytt ($p 0,007$). Av alla 65 intervjuade var det en tredjedel som inte kände till företagsnamnet på sin utförare.

Sammanlagt 4 av de 65 intervjuade vårdtagarna (6,2%) uppgav att de inte upplevde att de kunde byta utförare och totalt 8 (12,3%) var osäkra på huruvida de kunde byta eller ej. Av dessa sammanlagt 12 personer återfinns 8 i gruppen som ej bytt utförare.

När gruppen som ej bytt tillfrågades om varför de ej bytt utförare svarade en övervägande del att de var nöjda eller relativt nöjda som det var. Andra orsaker som framhölls var att det är svårt att ta initiativ, att det är svårt att "hålla reda på allt" samt att man faktiskt inte kände till att man kunde byta utförare. När samma vårdtagare tillfrågades om de upplevde ett byte som besvärligt svarade hälften jakande. Av dem som angivit en specifik orsak framhöll i princip samtliga att det kändes svårt att vänja sig vid ny personal och nya rutiner.

I den grupp som bytt utförare upplevde en fjärdedel bytet som besvärligt och även här framhölls personalbytet och nya rutiner som främsta orsak. En person uppgav att det kändes svårt av lojalitetsskäl gentemot den gamla personalen. På frågan om man skulle byta utförare igen om man inte var nöjd svarade nästan en fjärdedel att de inte skulle det. Som skäl framhölls bl.a. att det skulle innebära så många nya män-

niskor, att det nog inte skulle bli bättre av att byta igen samt att det kändes litet besvärande att byta för många gånger.

Sammanlagt 20 av de 65 intervjuade vårdtagarna (30,8 %) upplevde inte att de kunde ställa några krav. Det var ingen skillnad mellan grupp A och B.

Samtliga vårdtagare fick frågan om vad som låg till grund för deras val när de för första gången blivit beviljade hemtjänst. Dessa svar redovisas i figur 1.

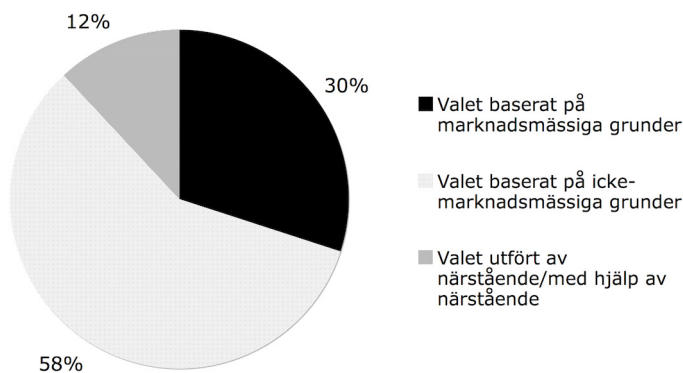
Få vårdtagare var benägna att själva kontakta företagen för att få information eller för att genomföra ett byte. Istället valde man att sköta en stor del av kontakten med företagen via biståndshandläggaren eller via närstå-

ende (tabell 2-5). Detta gällde både de vårdtagare som någon gång bytt hemtjänstutförare och de som inte gjort det. En relativt stor andel i gruppen som inte bytt var även osäkra på vart de skulle vända sig i dessa ärenden (tabell 2 och 4).

Hur nöjda var vårdtagarna?

På frågan "hur nöjd är du med din hemtjänstutförare?" svarade 70,8% av de intervjuade att de var nöjda med sin utförare och 21,5% uppgav att de var relativt nöjda med sin utförare. Här fanns ingen nämnvärd skillnad mellan grupperna. Av de som inte var nöjda med sin utförare återfanns något fler i grupp B jämfört med grupp A (14,3% respektive 2,7%). Denna skillnad var dock ej signifikant.

Valgrunder



Figur 1. Sammanställning av samtliga vårdtagares (n=65) svar på frågan "vad grundade du ditt val av utförare på?". Med "val baserade på marknadsmässiga grunder" avses aktiva val gjorda efter ett kritiskt granskande av de olika alternativen, d.v.s. val där utförarnas kvalitet eller brist på kvalitet är avgörande. Val baserade på "icke-marknadsmässiga grunder" avser således val som gjorts på andra grunder, exempelvis val som varit rent passiva, som baserats enbart på utförarens organisationsform eller efter närhetsprincip samt de fall där vårdtagaren bitt biståndshandläggaren om hjälp att fatta beslutet. Den tredje kategorin, "valet utfört av anhörig/ med hjälp av anhörig" säger ingenting om hur marknadsmässigt valet är.

Tabell 2. Tillvägagångssätt vid eventuellt byte, grupp A

Vart vårdtagare i grupp A (n=37) skulle vända sig för att byta utförare	Andel svar i procent (fler än ett svar kan anges, totalt antal svar=37)
Närstående	0
Biståndshandläggaren	54 %
Utföraren jag önskar byta till	14 %
Utföraren jag nu använder	0
Osäker	32 %

Tabell 3. Tillvägagångssätt vid bytet, grupp B

Vart vårdtagarna i grupp B (n=28) vände sig för att byta utförare	Andel svar i procent (fler än ett svar kan anges, totalt antal svar =29)
Närstående ordnade bytet	17 %
Biståndshandläggaren	63 %
Utföraren jag önskade byta till	3 %
Utföraren jag för tillfället använde	10 %
Osäker/minns ej	7 %

Tabell 4. Tillvägagångssätt för införskaffande av information vid eventuellt byte, grupp A

Hur vårdtagare i grupp A (n=37) skulle gå till väga för att skaffa sig information om utförarna	Andel svar i procent (fler än ett svar kan anges, totalt antal svar =40)
Be närstående om hjälp	5 %
Be biståndshandläggaren om hjälp	32 %
Höra mig för bland bekanta	8 %
Kontakta utföraren jag önskar byta till	3 %
Kontakta utföraren jag nu använder	5 %
Använda internet	0
Använda katalogen om auktoriserade utförare	18 %
Osäker	29 %

Tabell 5. Tillvägagångssätt för införskaffande av information vid bytet, grupp B

Hur vårdtagare i grupp B (n=28) gick till väga för att skaffa sig information om andra hemtjänstföretag när de ville byta utförare	Andel svar i procent (fler än ett svar kan anges, totalt antal svar=32)
Närstående ordnade bytet/info	19 %
Bad biståndshandläggaren om hjälp	25 %
Hörde mig för bland bekanta	19 %
Kontaktade utföraren jag önskade byta till	0
Kontaktade utföraren jag för tillfället använde	6 %
Använde internet	0
Använde katalogen om auktoriserade utförare	31 %
Osäker/minns ej	0

Diskussion

Flera studier kring kundval visar att de allra flesta vårdtagare uppskattar möjligheten att kunna välja utförare [6]. Det är också det intryck vi fått under intervjuerna. Det framgår dock tydligt i såväl vår studie som i flertalet tidigare studier [6, 7] att det är få vårdtagare som faktiskt utnyttjar sin valmöjlighet, i den aktuella kommunen återfanns endast 39 vårdtagare som någon gång de senaste åren bytt utförare. Detta skulle givetvis kunna förklaras med att de flesta säger sig vara nöjda med den hjälp de får och att incitament för ett agerande därmed skulle saknas. Här är det dock viktigt att poängtera att nöjdhet är ett högst subjektivt begrepp. Att en vårdtagare säger sig vara nöjd med sin omvårdnad innebär därför inte med nödvändighet att densamme har en omvårdnad av god kvalitet. Dessutom visar vår studie tydligt att det knapphändiga kundagerandet också skulle kunna bero på att den reella möjligheten för vårdtagaren att agera i denna typ av system är begränsad och avhängig faktorer den enskilde inte råar över.

Den genomgående trenden i våra resultat är att möjligheten att agera minskar om man saknar god kontakt med närstående. Hur parametrarna ålder, kön och hjälpbehov påverkar är som konstaterats under rubriken bortfall svårare att säga något om. Detsamma gäller parametern kognitiv nedsättning. Visserligen återfinns ett större antal vårdtagare med kognitiv nedsättning i grupp B, men dels är denna skillnad ej signifikant, dels visade det sig vara svårt att separera denna parameter från

parametern närstående.

Konsekvenserna av ett begränsat reellt konsumentinflytande är flera och omfattar inte bara rättvisaspekten för den enskilde individen utan även systemet i stort. För om den kraft som förväntas utgöra motorn i marknadssystemet, d.v.s. kundens aktiva agerande, i realiteten visar sig vara kraftlös, vad är det då som driver systemet? Och i vilken riktning? När företagens strävan efter vinstmaximering saknar sin motkraft, var hamnar vi då?

Vid samtal med biståndshandläggare i kommunen framkommer ett exempel som skulle kunna illustrera problematiken. Enligt kundvalsmodellen får utföraren ersättning enbart för de timmar som faktiskt utförts hos vårdtagaren. Är vårdtagaren bortrest eller inlagd på sjukhus en längre tid ersätts således inte utföraren för mer än en viss karenstid. Kontentan blir att det är svårt för företagen att värdera sitt personalbehov, varför det är ekonomiskt fördelaktigt att ha intermitterande timanställda istället för fast anställd personal. Detta innebär i sin tur en hög personalomsättning för den enskilde vårdtagaren. Att vårdtagare i den aktuella kommunen upplever bristande kontinuitet bekräftas i en rapport från Socialstyrelsen från 2004 [6]. Detta är intressant då det i flertalet studier framkommer att kontinuitet gällande personal är det i särklass viktigaste önskemålet från vårdtagarnas sida [8]. Om marknadskrafterna fungerat så som de är tänkta att fungera borde företag med hög personalomsättning tvingats anpassa sig efter kundernas önskemål om kontinuitet men

så har alltså inte skett. I stället tycks det i detta fall i hög utsträckning vara företagens strävan efter vinst som sätter villkoren för hur verksamheten ser ut.

Intressant att notera är även att vårdtagare som bytt hemtjänstutförare tenderar att vara mer missnöjda än vårdtagare som inte bytt. I ett fungerande konkurrenssystem borde man som kund rimligtvis bli mer nöjd av att byta utförare och att så inte är fallet skulle i princip kunna bero på tre saker: att konkurrensmekanismen inte fungerar som den skall, att vårdtagare som bytt av någon anledning har högre krav än vårdtagare som ej bytt eller att kundvalssystemet i den aktuella kommunen är så effektivt det kan bli och att det därför ej lönar sig att byta utförare. Utifrån det faktum att det är få vårdtagare som någon gång bytt utförare och utifrån att studiens resultat generellt visar på ett knapphändert kundagerande framstår dock den sistnämnda förklaringsmodellen som osannolik.

Vår studie visar som genomgående tendens att vårdtagare som har nära anhörigkontakt i högre utsträckning framför önskemål/klagomål och även i högre utsträckning blir hörsammade gällande dessa önskemål/klagomål än de vårdtagare som har sämre anhörigkontakt. Visserligen kan vi i vår studie inte se någon skillnad i nöjdhet mellan de som har starkt anhörigstöd och de som inte har det, men frågan måste ändå väckas om det inte finns en risk att de vårdtagare som saknar reell voice- och exitmöjlighet missgynnas genom att utförarna lägger mer resurser på de vårdtagare som själva eller

via anhöriga kan tala för sig? Detta kan givetvis även ske i en verksamhet som inte är konkurrensumsatt. Det är rimligt att tro att de flesta vårdgivare oavsett organisationsform i högre utsträckning skulle tillgodose behoven hos vårdtagare med starka, aktiva anhöriga, detta på rent mellanmännsliga grunder. I ett konkurrensumsatt system tillkommer dock även ett ekonomiskt incitament för företagen att handla på detta vis eftersom de, om man hårdrar det, riskerar att förlora sin kund om de inte gör denna till viljes. Det finns därmed orsak att misstänka att ett bristande agerande från vårdtagarnas sida får större konsekvenser med avseende på jämlik vård i ett konkurrensumsatt system än i ett icke-konkurrensumsatt.

En genomgång av litteratur på ämnet visar ett flertal problem som kan tänkas uppstå i konkurrensumsättningens kölvatten. I en avhandling vid Göteborgs Universitet visas hur funktionshindrade som anlitar privata företag för personlig assistans får fler assistanstimmar beviljade än de som får sin hjälp utförd av kommunala anordnare. Den förklaringsmodell som förs fram är att fler assistanstimmar innebär större vinst och företagen bistår därför ofta sina brukare i ansökningar och överklaganden om fler assistanstimmar [9]. Ett liknande scenario inom hemtjänsten beskrivs i en rapport från Stiftelsen Äldrecentrum från 2003. Vid intervjuer med biståndshandläggare framkommer här att dessa upplever att privata företag i lägre utsträckning än kommunala meddelar biståndshandläggaren när vårdtagarens hjälpbehov har minskat [10]. Utifrån dessa beskrivningar

kan man fråga sig dels om konkurrensutsättning verkligen bidrar till en effektivare användning av skattemedlen på det sätt teorin ger för handen, dels hur den enskilde brukarens/vårdtagarens rehabilitering påverkas när det inte finns några ekonomiska incitament för företagen att minska antalet assistans-timmar? Vidare uppmärksammas från flera håll att det finns risk att en god samverkan mellan utförare och andra aktörer såsom sjukvårdspersonal och biståndshandläggare kan komma att försvagas med ett stort antal utförare [8,10]. Slutligen kan man även fråga sig vad det innebär ur ett könsmaktsperspektiv att optimal omvårdnad kräver ett starkt anhängengagemang då det till största del är kvinnor som engagerar sig i omsorgen om äldre anhöriga [11]?

Slutsats

Inget system är fulländat, vissa negativa bieffekter måste alltid tolereras. Men för att kunna motivera tillämpningen av ett visst system måste de positiva effekterna överväga de negativa. Ytterst lite empirisk forskning är gjord gällande kvalitets- och effektivitetsutvärdering av kundvalssystem inom vård och omsorg. Vissa sammanställningar som gjorts visar att varken kvalitet eller effektivitet ökar genom införandet av valfrihet [12], andra pekar mot mer tvetydiga resultat [13]. I ovanstående diskussion visas exempel på hur en svag reell kundmakt kan hindra kundvalssystemet att generera de positiva mekanismer det är tänkt att generera och vi visar även på potentiellt negativa bieffekter som kan tänkas uppstå i ett kundvalssystem där det reella kunda-

gerandet är svagt och ojämnt fördelat.

Vår studie visar att det råder stor diskrepans mellan att ha en valmöjlighet och att använda sin valmöjlighet. Studien visar också att den reella möjligheten att agera minskar om man saknar god anhörigkontakt. Det är artikelförfattarnas slutsats att innan valmöjligheten kan utformas på ett sådant sätt att den är reell och lika för alla och innan systemets effekter är bättre kartlagda bör försiktighetsprincipen råda vad gäller införandet av kundvalsystemet i bredare skala. Risken finns annars att man genom obalanserade marknadskrafter hamnar i ett läge där systemets negativa effekter överskuggar de positiva.

Acknowledgement

Ett stort tack till Äldreenheten vid socialtjänsten i Nacka kommun.

Referenser

1. Konkurrensverket. Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande. Konkurrensverkets rapportserie: 2007:3.
2. Hirschman A. Exit, voice and loyalty. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press 1970.
3. Eika KH. The Challenge of Obtaining Quality Care: Limited Consumer Sovereignty in Human Services. Department of economics, University of Oslo, Norway 2009.
4. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget – slutrapport. Socialstyrelsen 2000. Artikelnummer: 2000-15-004.
5. Katz S et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970;10(1):20-30.
6. Socialstyrelsen. Att välja hemtjänst. Socialstyrelsen 2004. Artikelnummer: 2004-123-39.
7. Möller T. Brukare och klienter i välfärdsstaten. Om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg. Stockholm: Publica 1996.
8. Svensson M, Edebalk PG. Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg. Konkurrensverket Stockholm 2006.
9. Roos J. M. Quality of personal assistance: Shaped by governments, markets and corporations. Avhandling vid Göteborgs Universitet 2009.
10. Hjalmarsson I. Kundval - en reform som söker sin form. Rapport från Stiftelsen Äldrecentrum 2003.
11. Socialstyrelsen. Framtidens äldreomsorg – kommer de anhöriga vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden? Socialstyrelsen 2004. Artikelnummer: 2004-123-8.
12. Fotaki M et al. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. J Health Services Res Policy 2008;13:178-184.
13. Socialstyrelsen. Konkurrensutsättningen inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen 2004. Artikelnummer: 2004-131-25.