



LUND UNIVERSITY

Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet

Edebalk, Per Gunnar; Svensson, Marianne

2005

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Edebalk, P. G., & Svensson, M. (2005). *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet*. (TemaNord). [Publisher information missing].
<http://www.norden.org/pub/sk/showpub.asp?pubnr=2005:507>

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00



Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden

Konsumentperspektivet

Av Per Gunnar Edebalk och Marianne Svensson

TemaNord 2005:507

Kundval för äldre och funktionshindrade

Konsumentpersktivet

TemaNord 2005:507

© Nordiska ministerrådet, Köpenhamn

ISBN 92-893-1119-3

Omslag: Kjell Olsson

Omslagsfoto: Stefan Fallgren/Bildhuset

Tryck: Datagraf A/S, Auning 2005

Layout: Publikationsenheden, Nordisk Ministerråd

Upplaga: 3000

Tryckt på miljövänligt papper som uppfyller kraven i den nordiska miljösvanemärkningen.

Publikationen kan beställas på www.norden.org/order. Fler publikationer påwww.norden.org/publikationer.

Printed in Denmark

Nordisk Ministerråd

Store Strandstræde 18

DK-1255 København K

Telefon (+45) 3396 0200

Telefax (+45) 3396 0202

Nordisk Råd

Store Strandstræde 18

DK-1255 København K

Telefon (+45) 3396 0400

Telefax (+45) 3311 1870

www.norden.org**Det nordiska samarbetet**

Det nordiska samarbetet hör till de äldsta och mest omfattande regionala samarbetsformerna i världen. Samarbetet omfattar Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige samt Färöarna, Grönland och Åland. Det stärker samhörigheten mellan de nordiska länderna med respekt för nationella skillnader och likheter. Samarbetet ger bättre möjligheter att hävda nordiska intressen i omvärlden och främja goda grannförhållanden.

Samarbetet formaliserades år 1952 då *Nordiska rådet* grundades som ett forum för parlamentarikerna och regeringarna i de nordiska länderna. År 1962 ingick de nordiska länderna Helsingforsavtalet, som sedan dess har utgjort den grundläggande ramen för det nordiska samarbetet. År 1971 bildades *Nordiska ministerrådet* som ett formellt forum för samarbete mellan de nordiska regeringarna och den politiska ledningen i de självstyrande områdena Färöarna, Grönland och Åland.

Innehåll

Förord	7
Sammanfattning	9
1 Inledning	15
1.1 Vad är kundval?	15
1.2 Varför kundval?	18
1.3 Forskningsuppgiften och frågeställningar	20
1.4 Arbetsmetod	21
1.5 Rapportens uppläggning	23
2 Teoretisk inramning	25
2.1 Kvasimarknader	25
2.2 Perspektiv på konsumenten	27
2.3 Systemutformning och valmöjligheter	30
2.4 Subventionerade tjänster	33
3. Omsorg och kundval i Norden	35
3.1 Danmark	36
3.2 Finland	38
3.3 Island	41
3.4 Norge	43
3.5 Sverige	45
3.6 Tendenser, likheter och skillnader	47
4. Valsituationen	51
4.1 Information	51
4.2 Att välja utförare	55
4.3 Att byta utförare	59
4.4 Val av privata utförare	61
4.5 Biståndsbedömarens ställning i valsituationen	63

5. Brukarna i systemet	65
5.1 Kvalitetssäkring	65
5.2 Helhetssynen	69
5.3 Nya tjänster och profilering	71
5.4 Hur uppfattar brukarna kvaliteten?	73
5.5 Brukarnas syn på valfrihet och kundval	78
6. Några kritiska frågor	81
6.1 Voucherns ekonomiska värde	81
6.2 Biståndsbedömarens roll	83
6.3 Behov av kommunal produktion	86
6.4 Behövs konsumentskydd?	87
6.5 Hur stor kan valfriheten bli?	89
6.6 Vad händer med servicen?	91
7 Några frågor för framtida forskning	93
English Summary	97
Referenser	103

Förord

Kundval inom social omsorg är en fråga med starka ideologiska undertoner. Här finns mycket av förhoppningar, tro och tyckande men inte mycket av vetenskapligt underbyggd kunskap.

Sommaren 2003 fick undertecknad i uppdrag av Nordiska ministerrådets Valfärdsforskningsprogram att leda projektet ”Konsumentperspektiv på offentliga och privata marknadsbaserade välfärdstjänster: Kundval på välfärdsmarknader”. Projektet, som genomförts tillsammans med Marianne Svensson, har i korthet haft som syfte att inventera de kundvalsmodeller, som finns inom nordisk äldre- och handikappomsorg samt att beskriva kunskapsfronten vad gäller kundvalssystemens effekter sett utifrån konsumentperspektivet. Frågeställningar och problembilder i samband med kundvalssystem skulle också uppmärksammas. I föreliggande rapport redovisas projektets resultat.

Under arbetets gång har vi haft god hjälp av en referensgrupp bestående av Myra Lewinter från Danmark, Teppo Kröger från Finland, Sigurveig H. Sigurdardottir från Island och Mia Vabø från Norge. Dessa referenspersoner har biträtt med materialinsamling och med tolkning av rapporter och skrifter från sina respektive länder. Med referensgruppen har vi haft tre sammanträden och i övrigt flitig korrespondens kring olika delar av rapporten. Till referensgruppen framförs ett varmt tack för ett gott samarbete.

Några andra inom området kunniga forskare har läst en tidigare version av denna rapport och bidragit med konstruktiva synpunkter. Ett varmt tack går därför också till Anders Anell, Staffan Blomberg, Rosmari Eliasson-Lappalainen, Kerstin Gynnerstedt, Torbjörn Hjort, Yoko Tada och Dolf Tops.

Lund i december 2004

Per Gunnar Edebalk

Sammanfattning

Kundval för äldre och personer med funktionshinder diskuteras i de nordiska länderna och i vissa fall har det också införts. Kundval i handikappomsorgen förekommer då personer med funktionshinder väljer sin personliga assistent. I äldreomsorgen finns det system där den äldre efter ett biståndsbeslut kan få välja vem som ska utföra vissa insatser. Några svenska kommuner var pionjärer i början av 1990-talet när de införde kundval i äldreomsorgen. Längst har utvecklingen gått i Danmark där ett nationellt reglerat kundvalssystem infördes år 2003. I Finland infördes också nyligen en lag som reglerar kundvalssystemet i de fall kommuner beslutar att införa det.

Denna studie har haft till uppgift att redovisa befintlig kunskap om effekter av kundvalssystem i nordisk äldre- och handikappomsorg. Studien tar sin utgångspunkt i brukarnas perspektiv och ger en beskrivning av hur kundvalsmodellerna är uppbyggda och vad vi idag vet om modellernas effekter.

En central slutsats i studien är att det hittills genomförts lite vetenskaplig forskning om kundval sett ur ett konsumentperspektiv i de nordiska länderna. Forskningen karaktäriseras av kommunvisa studier som gör det svårt att generalisera resultaten – inte minst mot bakgrund av att kundvalet i sin utformning skiljer sig mellan olika kommuner och länder.

Begreppet kundval är mångfacetterat. Brukarens situation blir beroende av hur kundvalssystemet är konstruerat; exempelvis om det för brukaren är obligatoriskt eller frivilligt att välja utförare, vilka tjänster brukaren kan välja mellan och hur många utförare som kan vara aktuella. Det saknas kunskap om hur olika ”typmodeller” av kundval fungerar sett ur ett brukarperspektiv.

Vad är kundval?

Kundval är ett system där brukaren har åtminstone två utförare att välja mellan, antingen mellan kommunens utförare och/eller privata utförare. En situation där brukaren är hänvisad till en viss utförare och de tillsammans bestämmer innehållet i tjänsten är inte kundval. Inte heller då brukaren väljer att tacka nej till vissa insatser, eftersom brukaren inte initialt fått välja mellan olika utförare utan blivit hänvisad till en utförare.

I ett kundvalssystem får brukaren efter en behovsbedömning en s.k. voucher. Detta är en form av ett värdebevis och kallas ibland för ”check” eller ”peng”. Vouchern är inte en check i verklig bemärkelse utan ett bevis för att den valda utföraren berättigas till offentlig finansiering.

Kundval i Norden

I Danmark är kommunerna skyldiga att erbjuda kundval inom varaktig hemmehjelp för äldre och funktionshindrade. I Finland innebär lagen om sk servicesedel en reglering av kundval i de fall kommunerna beslutar att införa det. Även om det skett en lagstiftning om kundval är valet frivilligt för den enskilde brukaren. I ett par svenska kommuner med kundval i äldreomsorgen är det obligatoriskt för brukaren att välja utförare. En likhet mellan de nordiska länderna är att kundval i äldreomsorgen omfattar hemtjänstinsatser. I Sverige finns det några kommuner där kundvalet även omfattar särskilt boende. Även om systemet omfattar hemtjänst finns det samtidigt skillnader i om hela hemtjänsten inkluderas eller enbart delar av den.

Personlig assistans för personer med funktionshinder finns i alla nordiska länder men skillnader i reglering, organisation och omfattning kan noteras. Till skillnad från övriga länder är assistansen en starkare rättighet i Sverige och det ekonomiska ansvaret är delat mellan kommun och stat. Även på Island finns ett delat ansvar för personlig assistans mellan stat och kommun. I de andra länderna har kommunerna det ekonomiska ansvaret. I Danmark, Finland och Norge ställs krav på att brukaren ska kunna vara arbetsledare för att få assistans, vilket inte har sin motsvarighet i Sverige eller Island. Danmark och Finland går längst genom att även ställa krav på att brukaren ska kunna vara assistentens arbetsgivare.

Vad vet vi om effekterna?

Brukaren har svårt att ta till sig information om själva kundvalssystemet och de utförare som brukarna har att välja mellan. Informationsmaterialet upplevs som omfattande och det är svårt att urskilja skillnader mellan utförarna. Möjligheter att ta till sig information påverkas av brukarens hälsa och den situation som brukaren befinner sig i.

Studier ger olika indikationer på hur aktiva de äldre är att välja utförare. Vad som framgår är att en del brukare (mellan 20 och 30 procent) inte hade klarat av att välja utan biståndsbedömarens hjälp och delaktighet. Samtidigt är det oklart vilka möjligheter biståndsbedömaren har att hjälpa den enskilde i valsituationen.

Det är främst nytillkommande brukare som väljer privata utförare. Andelen brukare som väljer en privat utförare är relativt få när kundvalet är nytt, men tycks öka efterhand. En viss profilering av utförare i äldreomsorgen och utförare som erbjuder personlig assistans tycks ha skett. Någon utveckling av nya typer tjänster har inte kunnat skönjas inom hemtjänsten.

Att kunna välja utförare upplevs ha ett större värde för personer med funktionshinder än för äldre med äldreomsorg. Medan assistentens personliga egenskaper är viktiga vid valet av personlig assistans är det geografisk närhet och rekommendationer som ger trygghet i valet av äldreomsorg. Förutsättningar för kundval och brukarens valmöjlighet varierar mellan olika kommuner. Bor brukaren utanför tätorten tenderar deras valmöjligheter att minska på grund av att färre utförare etablerar sig om de geografiska avstånden är för stora.

Det är få brukare i hemtjänsten som byter utförare, cirka tio procent. Även om kundvalssystemet i sin konstruktion underlättar byte av utförare pekar studier på svårigheter. Bytet innebär en kraftansträngning och osäkerhet. Brukarens beroendeställning till personalen kan innebära att man inte vill klaga i onödan. Känsломässiga hinder kan öka i takt med att vårdbehovet och vårdtiden ökar. Inom handikappomsorgen nämns också bristen på personliga assistenter som ett motiv till att man tvekar att byta assistent.

Biståndsbedömarens förutsättningar att få tid till uppföljning tycks minska när kundval införs och kundvalet i sig innebär en ökad administration för biståndsbedömaren. Informationen tar längre tid samtidigt som biståndsbedömaren har kontakt med fler utförare. Det går inte utläsa om

kvaliteten i omsorgen förbättras när kommunerna infört kundval i äldreomsorgen. För personer med funktionshinder innebär personlig assistans en ökad livskvalitet.

Frågor för framtiden

Informationen är viktig för att brukaren ska kunna föreställa sig konsekvenserna av sitt val. Hur ska information presenteras för att bli trovärdig och hur ofta och vid vilka tillfällen ska den ges för att brukaren ska kunna uppfatta den? Hur framgår det av informationen vilken profil utföraren har och vad som utföraren är bra på? Finns det någon anledning att ha särskilda informationsinsatser för olika kategorier av brukare? Ju mer omfattande kundvalet är, desto större krav bör ställas på informationen – inte minst med hänsyn till brukarens beroendeställning till utföraren och tjänsten.

Frågor om kvaliteten i praktisk service och personlig omsorg bör uppmärksammas i den framtida forskningen. Bedömningen av kvaliteten måste beakta kundvalets utformning. Det går inte att jämföra resultaten av kvalitetsstudier där kundvalet endast omfattar praktisk service med resultat från en kommun vars kundval omfattar hela hemtjänsten. Det också viktigt att öka kunskapen om hur olika kvalitetssäkringssystem fungerar. Med kundval överläts en del av kvalitetskontrollen till brukaren genom möjligheten att byta utförare. I vilken utsträckning kan detta göras i äldre- och handikappomsorgen? Kvalitetssäkringen är viktig, inte minst om det är obligatoriskt för brukaren att välja en utförare. Då sker ett val även i de situationer då brukaren inte själv kan eller vill välja utförare. Det kan diskuteras om de mest sköra och svaga brukarna bör ha möjlighet till ett personligt ombud i syfte att förstärka deras konsumentskydd och även att ge hjälp i själva valsituationen.

Behovet av ett holistiskt synsätt i planeringen av vård och omsorg för äldre och personer med funktionshinder med stora hjälpbehov har blivit allt mer uppmärksammat. Att skapa nya strukturer utifrån brukarens behov är en utmaning i de industrialiserade länderna där allt mer av vården och omsorgen kan ske i den enskildes eget hem. En kritisk fråga är om förutsättningarna för att skapa en samordnad vård och omsorg för denna grupp blir svårare om verksamheten omfattas av kundval med ett fritt tillträde av utförare.

Ett av motiven bakom kundval är att öka mångfalden av utförare. En framtida fråga är hur den kommunala verksamheten förändras när kundval införs och vilka effekter det får för ”deras” brukare. Och vilka är dessa brukare? Kundvalets konstruktion kan innebära att vissa brukare blir mer eller mindre hänvisade att välja en viss utförare. Vad innebär kundvalet för dessa brukare?

En avslutande reflektion gäller assistansersättning för yngre och äldre med funktionshinder. Yngre personer med funktionshinder kan vid behov få personlig assistans med den valfrihet som det för med sig. Personen kan också få ha kvar sin assistansersättning efter sin 65-årsdag. Någon motsvarande valfrihet finns inte i äldreomsorgen i övrigt. I Sverige blir skillnaden mellan systemen påtaglig. Den som i Sverige har personlig assistans får insatser som ska tillförsäkra brukaren ”goda levnadsvillkor”. Brukare av äldreomsorg skall emellertid enligt biståndet endast tillförsäkras en ”skälig levnadsnivå”. Hur kan dessa system fungera parallellt och vad blir syntesen på sikt av dessa oförenliga koncept?

1. Inledning

Syftet med denna rapport är att redovisa befintlig kunskap om effekter av kundvalssystem i nordisk äldre- och handikappomsorg. Studien tar sin utgångspunkt i konsumenternas, dvs. brukarnas, perspektiv. Inledningsvis ges i detta kapitel en beskrivning av vad vi menar med kundval. Motiven bakom införandet av kundvalssystem i de nordiska ländernas omsorger beskrivs kortfattat. Projektets forskningsuppgift och de frågeställningar som rapporten ska belysa framgår också av detta kapitel. Det ges också en beskrivning av den arbetsmetod som har tillämpats för att kunna sammanställa den kunskap om kundvalssystem som idag finns att tillgå i de nordiska länderna. Kapitlet avslutas med ett avsnitt om rapportens uppläggning och några begrepp som vi valt för att kunna beskriva systemens utformning och effekter.

1.1 Vad är kundval?

Offentlig verksamhet kan innehålla både privata och offentliga inslag. Blandformer brukar beskrivas utifrån två dimensioner: produktion och finansiering (Rehnberg & Garpenby, 1995, Söderström m.fl., 2001). Med offentlig *finansiering* menas alla typer av kollektiv finansiering t.ex. finansiering via skatter eller obligatoriska försäkringspremier. En direkt betalning vid ett vårdtillfälle eller en inbetalning till en privat frivillig försäkring är exempel på privat finansiering. I de nordiska länderna finansieras vård och omsorg huvudsakligen via kommunala skatter och statsbidrag. Brukaravgifter, där de förekommer, svarar för en liten del av finansieringen.

På samma sätt verkar offentliga och privata *producenter* parallellt inom äldre- och handikappomsorgen idag. Under 1990-talet kom t.ex. allt

fler kommuner i Norden att teckna avtal med privata utförare för att driva omsorg i kommunen. Entreprenad är en driftsform där verksamheten produceras privat men på uppdrag av en offentlig finansär. Med nya produktionsformer infördes också nya former för själva styrningen av produktionen, t.ex. prestationsbaserade ersättningar eller intern/extern konkurrens.

Den traditionella bilden är att *konsumtionen* i nordisk äldre- och handikappomsorg i huvudsak bestäms offentligt. Genom politiska beslut, som grundar sig på brukarnas behov, kommunalekonomiska ramar och ideologiska målsättningar, bestäms vilka tjänster som skall produceras och omfattningen av dessa. Genom de förtroendevalda politikerna ställer brukarna av äldre- och handikappomsorg indirekt krav på verksamhetens innehåll och kvalitet. Konsumtionen regleras både genom nationella lagar och kommunala beslut för att säkra att verksamheten uppfyller olika mål om t.ex. tillgänglighet och kvalitet. Utgångspunkten är en solidarisk finansiering för att kunna tillgodose behoven bland äldre och funktionshindrade personer – behov som inte nödvändigtvis behöver sammanfalla med efterfrågan på omsorg.

Kundval kan ses som ett led att utöka det privata inslaget i konsumtionen (Söderström m.fl. 2001). Genom kundval överlåter politikerna makt till medborgarna som genom sina ”köp” av service och omsorg styr fördelningen av produktionen mellan olika utförare. Efter en bedömning av den enskildes behov får vederbörande en s.k. voucher. Vouchern är en form av ett värdebevis och kallas i bland för ”check” eller ”peng”. Vouchern är emellertid inte en check i verklig bemärkelse utan ett bevis för att den valde producenten berättigas till offentlig finansiering (Edebalk & Svensson, 2002).

Tabell 1. Schematisk beskrivning av förhållandet mellan offentlig respektive privat konsumtion och produktion.

		Konsumtion	
		Offentlig	Privat
Produktion	Offentlig	A	B
	Privat	C	D

I tabell 1 har vi försökt att åskådliggöra skillnader mellan offentlig och privat produktion respektive konsumtion. Enligt Söderström m.fl. (2001) kan kundval betraktas som en form av privatisering av både konsumtion och produktion. Denna situation motsvaras av ”ruta D” i tabell 1. Det ska samtidigt noteras att rent principiellt behöver ett kundvalssystem inte innebära att det finns en stor andel privat produktion som ”ruta D” indikerar. Kundval, som vi här använder begreppet, innebär att det finns flera (minst två) utförare att välja mellan. Det kan här vara fråga om olika offentliga utförare (se ”ruta B” i tabell 1). Entreprenad-upphandling, som nämndes tidigare, är endast en form av privatisering av produktionen. Som framgår av ”ruta C” är konsumtionen i huvudsak offentlig i en sådan situation. Genom en offentlig upphandling och avtal mellan kommun och utförare specificeras tjänstens innehåll och vem som ska utföra tjänsten.

Kundvalsmodellen förknippas ofta med ökat inslag av brukarinflytande, dvs. att kundvalet i sig innebär att den enskildes inflytande över vem som ska producera tjänsten och innehållet i tjänsten stärks genom kundvalet. Så är dock inte alltid fallet. Ett ökat inslag av privat konsumtion behöver nämligen inte innebära att brukaren får mer inflytande över tjänsternas *innehåll* jämfört med en traditionell äldre- och handikappomsorg där både produktion och konsumtion är offentlig (ruta A i tabell 1). På samma sätt behöver inte nödvändigtvis ett ökat inslag av privat produktion innebära att den enskildes inflytande stärks vad gäller vem som utför tjänsterna (rutorna A och C i tabell 1). Till exempel konstaterar Szebehely (2003) att äldreomsorgen i Norden allt mer har förändrats från ”fasta hemhjälpare och fasta hjälptider” till att allt mer omfatta arbetsuppgifter som är bestämda i förväg. Detta innebär att den traditionella bilden av omsorg till äldre (och personer med funktionshinder) har förändrats och att brukaren tidigare hade ett visst inflytande även över tjänstens innehåll. Det kan också särskilt noteras att det tydligt framgår av forskningen, att många äldre brukare upplever det som viktigt att få hjälp av så få hemhjälpare som möjligt och att kunna påverka innehållet i hjälpen, dvs. vad hemhjälparen ska göra när de är hemma hos dem (Szebehely, 2003). Att stärka brukarinflytandet kan göras på olika sätt och det sker inte nödvändigtvis genom ett ökat inslag av privat konsumtion eller produktion. I ett kundvalssystem blir brukarinflytandet bl.a. beroende av voucherns utformning. Detta återkommer vi till i kapitel 2.

Minimikravet att brukaren åtminstone ska kunna välja utförare för att vi ska kunna säga att ett kundval existerar i äldre- och handikappomsorgen innebär att det finns vissa valsituationer som inte kan betraktas som kundval. Detta gäller t.ex. en situation där brukaren är hänvisad till en viss utförare och tillsammans med denna bestämmer innehållet i tjänsten. En sådan situation förekommer t.ex. i Sverige och kallas för Linköpingsmodellen. Detta är inte kundval enligt vår definition. En situation då brukaren väljer att tacka nej till vissa insatser definieras inte heller som kundval eftersom brukaren inte initialt fått välja mellan olika utförare utan blivit hänvisad till en utförare.

I de nordiska länderna förekommer kundvalssystem för äldre och personer med funktionshinder – åtminstone i viss utsträckning. Hur kundvalet är utformat kan emellertid variera. Inom handikappomsorgen förekommer en form av kundval genom att personer med funktionshinder själva kan få välja sin personliga assistent och i vissa fall kan vara assistentens arbetsgivare. Här ges också ett förhållandevis stort inflytande över tjänstens innehåll. I äldreomsorgen finns det idag system där den äldre efter ett biståndsbeslut kan få välja vem som ska utföra insatserna eller delar av dessa.

1.2 Varför kundval?

Motiven bakom utvecklingen av kundval i äldre- och handikappomsorgen skiljer sig framför allt i två avseenden. För det första har kundvalet för personer med funktionshinder utvecklats till stor del bland de funktionshindrade själva i deras strävan att kunna leva ett så oberoende och självständigt liv som möjligt, medan de politiska förtecknen har varit tydligare när det gäller utvecklingen av kundval i äldreomsorgen. Det andra är att intresset av att själv kunna välja sin personliga assistent har länge varit starkt i handikappomsorgen, medan det är först under de senaste

10–15 åren som kundval har nämnts och applicerats i den nordiska äldreomsorgen. För äldreomsorgen har kundvalet varit en politisk kontroversiell fråga.

Kundval för personer med funktionshinder har utvecklats från den s.k. Independent Living-rörelsen (Gynnerstedt, 2004). Denna rörelse introducerades av personer med funktionshinder som själva behövde hjälp i sin

dagliga livsföring. Rörelsens grundläggande ideologi är personens rätt att själv bestämma över sin situation. I början av 1980-talet startade det första europeiska kooperativet för Independent Living i Stockholm, där personer som var i behov av personlig assistans själva anställde sina egna assistenter. Dessa tidiga försök visade på positiva effekter och assistansens möjligheter kom att allt mer uppmärksammas politiskt. Detta har resulterat i att kommuner i de nordiska länderna har en möjlighet att tillhandahålla personlig assistans för personer med funktionshinder.

Äldreomsorgens kundvalssystem har inte utvecklats genom brukarnas engagemang. Istället har de politiska och ideologiska förtecknen varit centrala för utvecklingen. Bland de nordiska länderna ses en viktig skillnad på så sätt att i Danmark och Finland har kundvalssystemen utvecklats på central politisk nivå, medan kundval i norsk och svensk äldreomsorg har utvecklats på kommunal nivå. I Sverige kan man säga att kundvalet i äldreomsorgen är en vidareutveckling av den anbuds konkurrens som kommunerna började anamma under 1990-talet (Svensson & Edebalk, 2001). Vid denna tidpunkt fanns politiska mål om ökad valfrihet. Med ekonomiska svårigheter under 1990-talet kom emellertid detta mål att snabbt kompletteras med mål om sänkta kostnader, och upphandling blev ett medel att försöka förverkliga detta. Entreprenadupphandlingarna visade sig emellertid inte ge den ökade valfrihet som förväntats. Anbudskonkurrensen under 1990-talet hade också fokus på pris- snarare än kvalitetskonkurrens.

Motiven bakom kundval i äldreomsorgen är och har varit flera i de nordiska länderna. Vilka motiv som också är de mest framträdande varierar också. I Danmark var sannolikt ett av de viktigaste motiven att utveckla en marknad för olika servicetjänster till de äldre och funktionshindrade. Där fanns sedan tidigare en subventionerad ”hjemmeservice” som gav familjer och äldre möjlighet att köpa servicetjänster till ett subventionerat pris. Andra organisatoriska och administrativa förutsättningar såsom att separera beställarfunktionen från utförandet och utvecklingen av kvalitetsstandarder, hade redan införts till stor del i kommunerna, vilket underlättade införandet av ”frit valg” i Danmark år 2003 (Ankestyrelsen, 2004a; Eskelinen m.fl., 2004). Även i Finland har det uttalade motivet bakom kundval varit att utveckla nya servicetjänster som ett komplement till den kommunala verksamheten. Att genom kundvalet skapa en konkurrenssituation mellan utförarna tycks således inte ha varit ett centralt motiv

i vare sig Danmark eller Finland. Detta har däremot varit en målsättning i den norska regeringspolitiken under 2000-talet (Johnsen, m.fl., 2004) och i en del svenska kommuner under 1990-talet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att här finns flera motiv bakom införandet av kundval i de nordiska länderna. Att *öka valfriheten* för brukarna genom att låta de utförare som uppfyller kommunens kvalitetsmål vara verksamma i kommunen är ett av dem. Ett annat är att skapa en *kvalitetskonkurrens* mellan utförare. Ett tredje motiv är att skapa ett system som värnar om *långsiktig kontinuitet* på utförarsidan för att därigenom stärka kvaliteten och effektiviteten. I anbudskonkurrensen finns en inbyggd konflikt på så sätt att relativt korta avtalsperioder är en förutsättning för att upprätthålla konkurrensen, samtidigt som man förlorar en del av kontinuiteten på utförarsidan. Ett fjärde motiv är att *utveckla* inte minst *servicetjänsterna* genom att tillåta alternativa utförare i kommunen. Ett femte motiv, speciellt uttalat i Finland, är att ett sådant system som tillåter små företag att driva verksamhet i kommunen kan ge en positiv *stimulans på arbetsmarknaden* och då i synnerhet för kvinnor.

1.3 Forskningsuppgiften och frågeställningar

Denna studie beskriver de kundvalssystem som idag förekommer för äldre och för personer med funktionshinder i de nordiska länderna. Forskningsuppgiften kan beskrivas enligt följande:

- att kartlägga utbredningen av kundvalsmodeller i Norden.
- att ge en översikt över och värdering av nordisk forskning om kundval.
- att med utgångspunkt i nordisk men också brittisk, holländsk och japansk forskning studera kundvalsmodeller och diskutera möjliga utformningar. Japan studeras främst utifrån frågeställningen om hur fristående ”care managers” (personliga ombud) kan vara till hjälp i ett kundvalssystem. I Holland finns ett speciellt kundvalssystem med s.k. ”personlig budget”.
- att ge en översikt över relevanta nordiska forskningsmiljöer.
- att ge förslag på angelägna teman och problemställningar för vidare nordisk forskning.

Projektets huvudsakliga frågeställningar tar sin utgångspunkt i konsumentens perspektiv. Frågeställningarna är i huvudsak: Hur ser valmöjligheterna ut för den enskilde vad avser utförare och tjänster och har brukarna av äldre- och handikappomsorg tillgång till nödvändig information för att kunna göra rimliga val? Hur går valet till och under vilka betingelser kan man tala om verklig valfrihet? Hur fungerar rådgivning och stöd från t.ex. biståndsbedömare eller ”care manager” vid beslutsfattandet? Hur sker kvalitetssäkringen och vad händer med helhetssynen på de äldres vårdproblem? För vilka brukargrupper betyder valfriheten mest och vilka kan inte utnyttja valfriheten? Vilket inflytande har brukarna på utformningen av välfärdstjänsterna? I vilken utsträckning skapas nya tjänster? Finns behov av förstärkt konsumentskydd på dessa marknader?

1.4 Arbetsmetod

Rapporten innehåller en sammanställning av studier och forskningsresultat som har gjorts om de nordiska kundvalssystemens effekter sett ur ett konsumentperspektiv. Någon egen empirisk forskning har således inte genomförts, utan rapporten baseras på en sammanställning av befintlig kunskap. Litteratursökningar har gjorts i följande övergripande bibliografiska databaser: Medline, EconLit (CSA), CINAHL, Cochrane Library Online och Social Science Citation Index (SSCI). Kontrollsökningar har gjorts i förläggarranknutna bibliografiska databaser samt enskilda tidskrifter inom området.

För de nordiska länderna har utredningar m.m. eftersökts inom inhemska statliga verk, kommunförbund, universitetsinstitutioner och forskningsinstitut med hjälp av den referens-grupp som ingått i projektet. Uppgifter avser förhållandena sommaren 2004 om inget annat anges.

Det som tydligt framgår av denna genomgång är att det finns mycket lite vetenskaplig nordisk forskning som belyser kundvalets effekter ur ett konsumentperspektiv. Den begränsade forskning som finns analyserar främst kundvalsmodeller ur ett resursfördelningsperspektiv och som styrinstrument¹. Det finns också studier som berör personalperspektivet². Detta innebär i sin tur att det material som refereras till i denna rapport

¹ Se t.ex. Andersson (2002); Kastberg (2002); Sunnevåg (2003)

² Se t.ex. Gustafsson & Szebehely (2001)

har mycket skiftande kvalitet och vissa av studierna är endast mindre uppsatser som bygger på kvalitativa intervjustudier med ett fåtal (färre än tio) personer. Det saknas t.ex. jämförande studier mellan olika kundvalssystem eller studier som visar på systemens långsiktiga effekter. Studierna karaktäriseras istället av kommunvisa utredningar. Här noteras också en brist på konsumtionsforskning som avser äldre och personer med funktionshinder som konsumentgrupp. Bristen är som störst när det gäller kundval i äldreomsorgen, medan forskningen om personer med personlig assistans är något mer omfattande. Det kundvalssystem som infördes i Finland från och med år 2004 har först senare under året börjat implementeras, vilket förklarar bristen på studier som belyser utvecklingen.

Vi har valt ut de studier som är gedigna utifrån den empiri och metod som presenteras. Detta innebär att även mindre studier sett till antalet gjorda intervjuer, antal studerade kommuner och begränsade tidsperioder ändå kan inkluderas bland de studier som vi har valt att referera till. Studierna kan ge ”pusselbitar” och indikationer på relevanta frågeställningar för framtida forskningsprojekt, vilket är en central uppgift i projektet. De studier som inkluderas i rapporten och hänvisas till kan kategoriseras i fyra olika grupper.

- *Kommunala utredningar*, studier som kommunerna själva genomfört eller beställt av andra att genomföra. Denna typ av utredningar har främst funnits i Norge och Sverige.
- *Nationella utredningar*, här inräknas inte kartläggningar av t.ex. antalet kommuner med kundval utan nationella studier som visar på systemets effekter. Här finns visst material från Danmark och Sverige men i viss mån även från Finland.
- *Studentuppsatser*, viss granskning av metod och resultat görs av examinerare, men studiernas resultat kan däremot vara blygsamma och knappast generaliserbara. Sådana uppsatser har endast återfunnits vid svenska universitet och högskolor.
- *Vetenskapliga skrifter* – studier gjorda av utbildade forskare eller utredare på forskningsinstitut. Dessa skrifter kommer framför allt från Norge och Sverige och i mindre utsträckning från Danmark och Finland.

Till projektet har knutits kontaktpersoner från Danmark, Finland, Island och Norge. Dessa personer har ingått i en referensgrupp som bistått med material i de länder de representerar och inte minst har de hjälpt till med tolkningar och översättningar av nationsrelevant material. Kontaktpersonerna har haft som uppgift att kontrollera att beskrivningen av de olika ländernas system i rapporten är korrekta. Referensgruppen har bestått av välmeriterade och inom ämnesområdet kompetenta forskare. De är från Finland *Teppo Kröger*, docent i socialt arbete och lektor vid Universitetet i Jyväskylä, från Danmark *Myra Lewinter*, MPH samt PhD vid Sociologisk institut i Köpenhamn, från Island *Sigurveig H. Sigurdardottir*, lektor i socialt arbete med inriktning mot äldreomsorg vid Islands universitet i Reykjavik samt från Norge *Mia Vabø*, cand. sociol. och forskare vid NOVA i Oslo. Där inga källanvisningar anges för förhållanden i respektive land har uppgifter meddelats av kontaktpersonerna.

Utöver de personer som ingår i referensgruppen har två språkkunniga resurspersoner anlitats avseende Japan och Nederländerna. De är *Yoko Tada*, tidigare associate professor vid Doshisha University i Kyoto, Japan, och numera doktorand i socialt arbete vid Socialhögskolan i Lund samt *Dolf Tops*, fil. dr. i socialt arbete och forskare vid Socialhögskolan i Lund. Deras huvudsakliga uppgift har varit att söka forskningsresultat i sina respektive länder.

1.5 Rapportens uppläggning

I kapitel 2 ges en teoretisk inramning till rapportens övriga kapitel. Bland annat ställs frågan om vilka möjligheter äldre och personer med funktionshinder har att agera som konsument. Vi försöker också ge en bild av hur mångfacetterat begreppet kundval är genom att beskriva hur kundvalssystem rent principiellt kan vara utformade. I kapitel 3 ges en översikt av äldre- och handikappomsorgen i de nordiska länderna och i synnerhet en beskrivning av de kundvalssystem som förekommer.

I rapportens kapitel 4 redovisas erfarenheter från de valsituationer som uppkommer i samband med kundval i äldre- och handikappomsorg. Här studeras bl.a. brukarens möjligheter att tolka information och utifrån vilka grunder valet görs. I kapitel 5 berörs områden som kvalitetssäkring, helhetssyn i vården samt tillkomsten av nya tjänster och profilering. På vil-

ket sätt kan dessa områden påverkas av ett kundvalssystem? Frågor om hur brukarna uppfattar kvaliteten i omsorgen och deras syn på valfrihet och kundval berörs också. Därefter diskuteras i kapitel 6 några kritiska frågor om hur ett system med kundval ska fungera tillfredställande sett ur brukarens perspektiv. Rapporten avslutas med att lyfta fram frågor för framtida forskning i kapitel 7.

I denna rapport har vi försökt att finna enhetliga begrepp för att beskriva äldre- och handikappomsorgen i de nordiska länderna. Jämförelsen försvåras inte minst av att begrepp och kategorier i t.ex. statistiskällor inte stämmer överens mellan de olika länderna. Det svenska begreppet ”hemtjänst” motsvaras till exempel i Norge av ”praktiskt bistånd”, men inte helt eftersom här även kan ingå ”brukarstyrd personlig assistans”. I den norska ”hjemmetjensten” ingår också hemsjukvård, vilket inte är fallet i alla svenska kommuner. I exempelvis finländsk statistik finns tre olika begrepp, som mer eller mindre svarar mot svensk ”hemtjänst”.

Frånsett i kapitel 3 där äldre- och handikappomsorgen beskrivs för respektive land, används i rapporten ordet ”brukare”, dvs. en person som får hjälp av äldre- eller handikappomsorgen. ”Hemtjänst” är den hjälp som äldre och yngre personer med funktionshinder kan få i sitt eget hem. Hemtjänsten består av dels ”praktisk service” (exempelvis enklare hushållssysslor såsom städning, tvätt, inköp och matdistribution), dels ”personlig omsorg” (exempelvis hjälp med hygien, att klä sig och att äta). Begreppet ”särskilt boende” innefattar olika former av vårdboenden som exempelvis serviceboende, ålderdomshem, sjukhem, vårdhem och gruppboende. ”Biståndsbedömare” är den myndighetsperson som genomför en behovsbedömning och beslutar om brukaren har rätt till insatser och omfattningen av dessa.

2. Teoretisk inramning

I detta kapitel ges en teoretisk inramning till kommande kapitel i denna rapport. Först ges en kort beskrivning av vad som menas med en s.k. kvasimarknad och dess egenskaper. Därefter ställs frågan vilka möjligheter brukare av äldre- och handikappomsorg har att agera som konsument på en sådan marknad. Avslutningsvis ges en utförlig teoretisk beskrivning av hur kundvalssystem kan vara utformade och hur utformningen kan påverka brukarens valmöjligheter.

2.1 Kvasimarknader

Med kundval i äldre- och handikappomsorg skapas en s.k. kvasimarknad. En kvasimarknad är en marknad med både offentliga och privata inslag. Den är en ”marknad” eftersom den tillåter alternativa utförare att konkurrera med en offentlig producent som tidigare hade monopol att utföra tjänsten (Le Grand, 1991). Ordet kvasi är synonymt med orden sken och oäkta och används för att betona att verksamheterna verkar under andra förutsättningar än på en fri marknad. På utförarsidan konkurrerar producenter, som nödvändigtvis inte behöver ha ett vinstintresse eller vara privat ägda, om offentliga kontrakt. Samtidigt avgörs inte konsumenternas ”köpkraft” utifrån betalningsvilja eller -möjlighet utan beslutet om vilka insatser som är aktuella för den enskilde konsumenten tas av en tredje part. Finansieringen av verksamheten är i huvudsak offentlig, dvs. en kollektiv finansiering genom t.ex. skatter eller obligatoriska försäkringspremier.

Begreppet kvasimarknad används ofta för att beskriva den organisationsform som införts i den sociala sektorn i Storbritannien under 1990-talet (se t.ex. Le Grand & Bartlett, 1993, Bartlett m.fl., 1994, Glennerster

& Le Grand, 1995, Wistow m.fl., 1996, Bartlett m.fl., 1998). Motiven bakom reformerna var flera, inte minst ideologiska. Som på många håll i Europa befarande man finansiella svårigheter p.g.a. ett framtida ökat vårdbehov i takt med att andelen äldre ökar. En marknadsanpassning av välfärdstjänsterna sågs som ett alternativ för att uppnå ökad effektivitet i produktionen och stärka brukarnas inflytande över verksamheten. En central målsättning med reformerna var att gå från en utbudsstyrd till en mer beställarstyrd verksamhet där dessutom den enskilde brukaren skulle ges större inflytande (Bartlett m.fl., 1994). En annan målsättning var att uppmuntra en struktur som hade mer marknadsmässiga inslag. Kommunerna skulle minska sin roll som utförare och istället beställa vård och omsorg av oberoende utförare. Anledningen till att separera beställaren från utföraren var inte enbart att öka träffsäkerheten i vården, dvs. att utbudet av vård och omsorg anpassades efter brukarens behov, utan också att skapa förutsättningar för konkurrens mellan utförare. Konkurrensen förväntades öka såväl kostnadseffektiviteten som valfriheten i omsorgen.

För att en kvasimarknad teoretiskt ska fungera bra krävs att vissa principer är uppfyllda (Le Grand & Bartlett, 1993). *För det första* krävs en konkurrenssituation, dvs. att det finns konkurrerande producenter och att möjligheter finns för nya producenter att komma in på marknaden. Det senare är inte minst viktigt om antalet utförare är få. I en sådan situation är det snarare hotet om konkurrens som ”upprätthåller” konkurrenssituationen. Om man inte når en konkurrenssituation kan en dominant utförare utnyttja sin monopolställning för att höja priset eller att sänka kvaliteten.

För det andra förutsätter kvasimarknaden tillgång på information. Både för den som beställer tjänsten och för producenten är det viktigt att få relevant information om bl.a. tjänstens kostnad, omfattning och kvalitet. Även konsumenten måste ha tillgång till information om tjänstens innehåll och kvalitet för att kunna välja utförare. Informationen bör vara innehållsrik, mångsidig, lättförståelig och tillförlitlig. Prisets roll är av mindre betydelse på en marknad där den enskildes avgifter är subventionerade.

För det tredje krävs att produktionen är flexibel, dvs. att utförarna anpassar sig till en eventuell ökad efterfrågan både avseende omfattning och innehåll i tjänsterna. För att kvasimarknaden ska fungera bra krävs att det finns motiv hos producenten att anpassa sin verksamhet efter den enskilde

konsumentens preferenser. Denna flexibilitet måste också finnas för att konsumenten ska bli intresserad av att välja.

Det ska särskilt noteras att dessa principer bygger på en teoretisk modell. Kvasimarknadens förutsättningar att fungera i ”praktiken” är inte minst beroende av vilka välfärdstjänster som studeras. Hugemark och Mannerfelt (2003) menar t.ex. att utgångspunkten för att införa kundval i grundskola och i handikappomsorg skiljer sig på en rad punkter. T.ex. är regelverket mer bindande för skolverksamhet jämfört med personlig assistans för personer med funktionshinder. Det sker en prövning av producenterna inom grundskolan innan de ”släpps in på marknaden”. Någon sådan motsvarighet finns inte i Sverige för personliga assistenter. Här finns också skillnader i ”rättslig status”. Grundskolan är en rättighet och plikt, medan personlig assistans ges först efter en behovsbedömning. Tidsperspektivet skiljer också för producenterna på så sätt att åtagandet i grundskolan är flerårigt, medan tidsperspektivet för en personlig assistans är beroende av den enskildes situation ”här och nu”. Skolan karaktäriseras också av etablerade yrkeskårer, medan personliga assistenter är en mer heterogen yrkesgrupp. Assistanstjänsten utförs också i den enskildes hem och till enskilda personer. Undervisningen ges däremot kollektivt. Personlig assistans är i Sverige en lagstiftad rättighet, men till skillnad från grundskolan, utfaller den inte automatiskt. Man måste ta ett eget initiativ för att få del av tjänsten.

En avgörande skillnad mellan barn- och äldreomsorger är enligt Möller (1996) att det finns anledning att anta att den enskildes anspråk på verksamheterna skiljer sig åt mellan brukare i äldreomsorgen och småbarnsföräldrar. Möller visar bl.a. i sin studie att föräldrarna är mer aktiva att framföra klagomål, medan den äldre är mer passiv och har låg tilltro till sin egen förmåga att påverka. Lewinter (1999) visar dessutom att äldre är rädda för att klaga eftersom det kan gå ut över den hjälp de mottar. Beroende på vilken välfärdstjänst som studeras varierar perspektivet på konsumentens roll på en kvasimarknad.

2.2 Perspektiv på konsumenten

Enligt teorin finns det i princip två sätt för den enskilde att kunna påverka sin situation; antingen genom att framföra sina önskemål eller klagomål

för att därigenom försöka nå en förändring eller att överge verksamheten och att välja ett annat alternativ. Dessa två huvudstrategier kallas *voice*-respektive *exit-kanaler* (se t.ex. Hirschman, 1970). Ett kundvalssystem i äldre- och handikappomsorgen skulle principiellt innebära att exit-kanalen förstärks för brukaren eftersom kundvalet ger den enskilde möjlighet, inte bara att välja utförare, utan också att byta utförare om han/hon inte är nöjd. De två huvudstrategierna utesluter inte varandra utan kan i kombination förstärka varandra. Genom att hota om utträde (exit) kan voice-kanalen förstärkas.

För att strategin med exit ska fungera krävs att det finns alternativa producenter av omsorgstjänster. Ett annat krav är att den enskilde kan utnyttja möjligheten att välja eller byta utförare. I vilken utsträckning som detta kan ske beror bl.a. på vilka tröskeleffekter som uppstår inför valsituationen och ett eventuellt byte och hur brukaren upplever dessa hinder. Möller (1996) menar att det inom välfärdssektorn finns såväl praktiska som känslomässiga tröskeleffekter som kan försvåra den enskildes möjligheter att påverka sin situation eller att framföra sitt missnöje. Kundvalssystemet bygger på att brukaren kan välja utförare och också byta utförare om han/hon inte är nöjd. Frågan är då om vi kan förvänta oss att brukare i äldre- och handikappomsorgen kan byta utförare eller framföra sitt missnöje till utföraren.

Enligt Möller (1996) var begreppen brukare och brukarinflytande vanligt förekommande begrepp under 1980-talet i förvaltningspolitiska sammanhang. Vilket inflytande en brukare har i olika välfärdsområden varierar däremot utifrån vederbörandes autonomi gentemot staten. Om den enskilde har möjlighet att söka sig till andra alternativ än det offentliga karaktäriseras rollen som en *konsument*. Om möjligheten till utträde, dvs. att avstå och välja annat, är obefintlig, betraktas den enskilde som *klient*. I en situation där det finns en möjlighet att avstå, om än i liten utsträckning, betraktas den enskilde däremot som *brukare*. Brukaren är mer delaktig och självständig jämfört med en klient där personen betraktas som objekt.

I en kundvalssituation blir enligt resonemanget ovan brukarens roll mer lik konsumentens på en fri marknad genom sin rätt att byta (exit) (Möller, 1996). Perspektivet på konsumenten är dock ett annat på en välfärdsmarknad jämfört med på en fri marknad. För det första byter man inte utförare av välfärdstjänster lika lättvindigt som tjänster eller produkter på en fri marknad. Å andra sidan innebär möjligheten att byta att bru-

karen utrustas med en maktresurs som liknar konsumentens. Brukaren kan hota med att byta utförare om vederbörandes synpunkter inte tillgodoses av utföraren. För det andra skiftar perspektiven på konsumenten mellan olika välfärdstjänster. Enligt Möller (1996) är mycket gamla brukare knappast beredda att överväga att byta servicehus eller hemtjänstpersonal, medan föräldrar till barn i barnomsorgen uppfattar, åtminstone på ett hypotetiskt plan, förekomsten av "exit" som en maktresurs att få gehör för sina synpunkter. Detta innebär att förutsättningarna för att skapa en kvasimarknad varierar beroende på vilka välfärdstjänster som studeras.

Möller (1996) har i en intervjustudie jämfört brukarens möjligheter att påverka inom äldre- och barnomsorg. Resultaten visar att den delaktighet som man förknippar med brukarrollen finns hos småbarnsföräldrarna, medan brukare i äldreomsorgen har en mer underlägsen roll, likt klientens. Bland de äldre finns en rädsla att man kan förlora något man är i behov av samtidigt som det finns en tacksamhet som innebär att man inte vill kräva sin rätt eller påtala brister. Småbarnsföräldrarna har också orken att engagera sig i en annan omfattning än vad de äldre har. Bland de äldre finns också en större utsatthet och ett konkret beroendeförhållande till personalen och att säga ifrån ses som ett uttryck för otacksamhet. Småbarnsföräldrarna upplever också ett beroende till personalen, men detta är inte större än att de ofta vågar framföra klagomål.

Orsakerna bakom denna skillnad är enligt Möller (1996) dels omsorgens karaktär, dels kraftlösheten. I äldreomsorgen ligger tonvikten på omvårdnad, medan barnomsorgen snarare är av utbildningskaraktär. Föräldrarna har dessutom en indirekt brukarroll genom att vara ombud för sina barn. För att påverka tar också äldre hjälp av sina barn. Med orkeslöshet följer en tacksamhetsattityd där man vill undvika konflikter. Möller tillägger också att exit-möjligheten inte var särskilt utvecklad inom barnomsorgen eller äldreomsorgen när hans studie genomfördes i mitten av 1990-talet. Även om möjligheten fanns att byta daghem innebar bytet praktiska svårigheter för småbarnsföräldrarna. Man ignorerade hellre problem som gav motiv att byta utförare. I detta perspektiv var föräldrarna mer brukare än konsumenter i sin roll.

2.3 Systemutformning och valmöjligheter

Kvasimarknadens omfattning och sätt att fungera beror bl.a. på hur kundvalssystemet utformas. Härigenom blir den enskildes valmöjligheter mer eller mindre inskränkta. Syftet med detta avsnitt är att urskilja delar i utformningen av kundvalet och redovisa hur dessa, på ett teoretiskt plan, kan påverka den enskilde brukarens möjlighet att välja (tabell 2).

Tabell 2. Kundval är ett mångfacetterat begrepp

Voucherns utformning	vouchern uttrycks i pengar, timmar eller sysslor alt. en kombination av dessa.
Voucherns omfattning	vilka tjänster som ingår.
Antalet utförare	två eller flera
Prövning av utföraren	ingen prövning eller prövning genom upphandling alt. auktorisation.
Tillträde av utförare	fritt eller begränsat
Voucherns ekonomiska värde	enhetspris alt. differentierat
Valet	obligatoriskt alt. frivilligt

Som poängterades i rapportens inledning är vouchern ingen check i dess rätta bemärkelse utan ett bevis för att den utförare som brukaren väljer har rätt till offentlig finansiering. *Voucherns utformning* kan variera. Antingen kan den uttryckas i 1) pengar, 2) timmar eller 3) sysslor. Hur vouchern utformas styr den enskilde brukarens möjligheter att välja. Om vouchern uttrycks i pengar är det upp till brukaren att inom vissa ramar bestämma dels utförare, dels vad och hur mycket som ska utföras. I en sådan situation kan det också vara så att brukaren själv väljer att vara arbetsgivare och anställer någon som hjälper honom/henne i sitt eget hem. Om vouchern istället uttrycks i antal timmar är omfattningen bestämd, men den enskilde har fortfarande möjlighet att bestämma utförare och tillsammans med denna bestämma vilka sysslor som ska göras inom den angivna tiden. Här är således brukarens valmöjligheter lite mer begränsade jämfört med om vouchern uttrycks i pengar. I det sistnämnda alternativet anger vouchern vilka sysslor som ska utföras och brukarens valmöjlighet begränsas till valet av producent. Man kan också tänka sig att vouchern anges både i t.ex. timmar och sysslor.

Brukarens möjligheter att välja begränsas också av vilka tjänster som omfattas av systemet, dvs. *voucherns omfattning*. I ett kundvalssystem som enbart inkluderar praktiska serviceinsatser, t.ex. städning och tvätt, är den enskildes valfrihet mindre än om kundvalet omfattar alla tjänster och hjälpinsatser som inkluderas i äldre- och handikappomsorgen.

Voucherns utformning och omfattning kan också påverka brukarens inflytande över dels vem som ska producera tjänsten (utföraren), dels tjänstens innehåll. I en situation där vouchern uttrycks i pengar ges brukaren möjlighet att både välja utförare och tjänstens innehåll. Här anger inte kommunen vilka sysslor som ska utföras utan ger istället brukaren en ”peng” som, då inom vissa ramar, kan utnyttjas för att själv köpa de tjänster han är i behov av. Om vouchern istället uttrycks i sysslor innebär kundvalet att brukaren väljer utförare. I en sådan situation stärks (åtminstone i teorin) den enskildes inflytande över vem som utför tjänsten men det huvudsakliga inflytandet över tjänstens innehåll ligger kvar hos kommunen.

För att det ska vara möjligt för den enskilde att välja krävs att det finns ett *antal utförare* att välja bland. Är det endast ett fåtal utförare måste brukarens valmöjlighet betraktas som begränsad. Samtidigt ska det också noteras att om det är få utförare är det sannolikt lättare att välja jämfört med om det är många, kanske 30 utförare. Med många utförare kan den enskilde brukaren ha svårt att tillgodogöra sig all information om utförarna, vilket gör det svårt att välja.

Prövning av utförarna kan ske t.ex. genom offentlig upphandling eller genom auktorisation (certifiering). I dessa fall ställs i förväg vissa kvalitetsmässiga krav på utföraren, exempelvis krav på personalens kompetens eller utförarens utbud av service- och omsorgstjänster. Ett annat alternativ är att prövning inte sker. I en sådan situation överlåter kommunen prövningen till den enskilde brukaren. Om brukaren inte är nöjd med utföraren går det att ta hjälp av sin voucher och byta utförare. I detta sammanhang kan också tilläggas att om det finns ett skriftligt avtal mellan kommunen och utföraren har kommunen också förutsättningar att agera gentemot utföraren om brukaren inte är nöjd. Denna möjlighet har inte kommunen på samma sätt vid auktorisation av utförarna.

Kommunen kan ge utförare *fritt tillträde* till marknaden. Fritt tillträde kan ske antingen utan någon prövning eller med prövning. Prövningen sker i så fall genom ett auktorisationsförfarande. Alternativt kan kommu-

nen begränsa tillträdet, och då också antalet vårdföretag, genom en offentlig upphandling. Här finns divergerande principiella uppfattningar om vilket system som bäst tillgodoser marknadens krav. Ett fritt tillträde kan innebära fler utförare och större valfrihet för den enskilde. Det kan också innebära att fler mindre företag med skiftande inriktning kan etablera sig i kommunen. Å andra sidan innebär småskalighet och låg marknadsandel ökade risker för företagen och svårigheter att bli kvar på marknaden. För brukarna kan detta innebära bristande kontinuitet.

Även om vouchern för den enskilde brukaren inte anges i pengar, motsvarar vouchern ett visst ekonomiskt värde för utföraren. *Voucherns ekonomiska värde* kan antingen motsvaras av ett enhetspris, dvs. utföraren får samma ersättning per hjälptimme oavsett t.ex. när på dygnet hjälpen ges eller oberoende av vilka sysslor som utförs. En annan möjlighet är att differentiera värdet på vouchern efter t.ex. personalens restider till brukaren eller när på dygnet hjälpen ges. Här kan man tänka sig att om restider eller arbete under nattetid inte ersätts extra till utföraren kan valmöjligheten minska för de brukare som bor utanför tätorter och för dem som behöver hjälp under natten eftersom utföraren har svaga incitament att etablera sig i ytterområdena eller att erbjuda hjälpinsatser utöver dagtid. På motsvarande sätt kan brukarens möjligheter att välja utförare med särskild inriktning försvåras om brukaren bor i ytterområden och utföraren inte ersätts extra för restiden. Normalt sett utgår man i de nordiska kundvalssystemen från kommunens självkostnad när vouchervärdet bestäms.

Kundvalet kan antingen vara *obligatoriskt eller frivilligt*. Om kundvalet är obligatoriskt måste brukaren göra ett val, antingen att den enskilde själv väljer utförare av hemtjänst eller att brukaren väljer att överlåta sitt val till någon annan. I det senare fallet kan man tänka sig att anhöriga, eller någon utomstående som den enskilde utser till ombud, väljer utförare. Här kan uppstå svårigheter om brukaren inte kan eller vill göra ett val. Om valet är frivilligt innebär kundvalet istället att brukaren tar ställning till om man vill välja annan utförare än kommunen. Om den enskilde inte vill eller inte kan välja överläts omsorgen normalt till en kommunal utförare. Man kan uttrycka det så att i en sådan situation tar den enskilde ställning till om man vill omfattas av kundvalet eller inte.

2.4 Subventionerade tjänster

Utgångspunkten för resonemangen ovan är att den enskilde har ansökt om att få hjälp av kommunen och ett biståndsbeslut har tagits utifrån vilka behov den enskilde har. Den enskilde har således tilldelats en voucher efter det att kommunens biståndsbedömare gjort en behovsbedömning. I Sverige ges i en del kommuner viss hemtjänst utan att insatsen föregås av ett biståndsbeslut. Detta brukar kallas för Linköpingsmodellen. I princip innebär denna modell att den äldre vid en viss ålder själv kan kontakta utföraren om att få ett antal hemtjänsttimmar till subventionerat pris. Vad hjälpen ska innehålla bestäms, inom vissa gränser, mellan utföraren och brukaren. Detta betraktas emellertid inte som kundval enligt vår definition. Minimikravet för att ett kundval ska existera är att brukaren får välja utförare.

En annan kundvalssituation som inte föregås av ett biståndsbeslut uppstår i ett system där vissa tjänster på den fria marknaden subventioneras av välfärdspolitiska skäl för någon del av befolkningen. Ett exempel skulle kunna vara att pensionärerna ges möjlighet att köpa vissa hushållsnära tjänster till ett subventionerat pris eller att de får göra skatteavdrag för hjälp som sker i hemmet. Detta förekommer i Danmark respektive Finland sedan några år tillbaka. Här finns alltså en mer renodlad marknadssituation än vad som vanligtvis förknippas med en kvasimarknad.

3. Omsorg och kundval i Norden

Den formella omsorgen om äldre och funktionshindrade i de nordiska länderna har vissa likheter (Nordisk Socialstatistik Komité, 2004; Szebehely, 2003). Gemensamma drag är det kommunala ansvaret för omsorgen och den i allt väsentligt kommunala finansieringen genom skatter. Genom bl.a. regelverk, ekonomiska ramar, tillsyn och kontroll ansvarar staten för att säkra att villkoren för äldre- och handikappomsorg är likvärdiga.

Andra likheter är en prioritering av hemmaboende genom insatser som hemtjänst, hemsjukvård, dagcentraler och någon form av stöd för anhöriga vårdgivare. Sådana insatser utgår från grundläggande principer om självbestämmande och normalisering. Ambitionen är att underlätta för den enskilde att kunna bo kvar i det egna hemmet. För att få hjälp genomförs en biståndsbedömning av kommunen. I de nordiska länderna finns inte något lagstadgat ansvar för vuxna barn att ha ett omsorgsansvar för sina föräldrar. Även om anhörigas insatser är betydande även i de nordiska länderna, så är de mindre än i länder utanför Norden. I alla nordiska länder kan personer med omfattande funktionshinder få personlig assistans eller ekonomiskt stöd för personlig assistans. Stödet är personligt utformat och ska hjälpa den enskilde med vardagliga sysslor och att bryta social isolering. Personen med funktionshinder ges möjlighet att själv påverka vem som ska utföra assistansen och när hjälpen ska ges.

Även vissa gemensamma utvecklingsdrag kan ses i de nordiska länderna. Demografiska förändringar innebär en större koncentration på tyngre vårdfall inom omsorgen och de sjukvårdande insatserna blir allt viktigare. Det innebär dessutom att den personliga omsorgen ökar jämfört med mer praktisk hjälp. En annan tendens är att äldre tiders institutioner ersätts med ett mera modernt serviceboende.

I de nordiska länderna ses också ett ökat inslag av privata utförare inom äldreomsorgen och numera är privata entreprenörer vanliga. I samt-

liga länder har dessutom kundvalssystem diskuterats och i vissa fall införts. Några svenska kommuner var i detta avseende pionjärer i början av 1990-talet. Men längst har utvecklingen gått i Danmark där ett nationellt reglerat kundvalssystem infördes år 2003. I Finland infördes också nyligen en lag som reglerar kundvalssystemet i de fall kommunen beslutar att införa det.

I detta kapitel ges en översikt av kundvalets omfattning och rättsliga ramar i äldre- och handikappomsorgen i de nordiska länderna. Varje avsnitt inleds med kort beskrivning av äldre- och handikappomsorgens innehåll i respektive land.

3.1 Danmark

Enligt den danska lagen om social service skall kommunen erbjuda ”personlig hjælp og pleje” och ”hjálp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet” till dem med nedsatt fysisk eller psykisk funktionsförmåga. I Danmark finns tre typer av särskilda boenden för äldre: 1) ældreboliger, 2) ældre plejeboliger och 3) plejehem (vårdhem). Hemtjänst (hjemmepleje) ges inte enbart till dem som bor i ordinärt boende utan också i de s.k. ældreboliger. Hemsjukvård ingår i det kommunala ansvaret och är reglerad i särskild lagstiftning. I stort sett samtliga kommuner har en gemensam organisation för hemtjänst och hemsjukvård.

Förutom skatter finansieras omsorgen med vissa statsbidrag. Varaktig hemtjänst är gratis för brukarna. Om kommunen inte kan ställa upp med nödvändig hemtjänst eller avlösning kan en kontant ersättning utbetalas för inköp av tjänster. Detta förekommer dock i begränsad omfattning.

Utöver den kommunala äldre- och handikappomsorgen finns i Danmark en särskild lag om hjemmeservice. Lagen omfattar praktisk hjälp (städning och dylikt) i eget hem som ges av godkända företag. Lagen gäller från och med år 2004 enbart för pensionärer och de som utnyttjar tjänsterna betalar cirka 60 procent av timlönen. Här saknas aktuella uppgifter om i vilken utsträckning som detta används av pensionärer. Uppgifter från år 2000 visar att 43 procent av de som utnyttjade tjänsten var äldre än 67 år (Lewinter, 2004a). De tjänster som pensionärer då i huvudsak använde var trädgårdsskötsel, städning och fönsterputsning. Hjemmeservicen har emellertid begränsats under senare år och omfattar idag inte

t.ex. fönsterputsning. Uppföljningar visar också att inkomsten tycks ha betydelse för i vilken utsträckning som pensionären utnyttjar hjemmeservice.

För hemtjänsten infördes den 1 januari 2003 ett generellt kundvalssystem. Detta innebär att en brukare av hemtjänst har rätt att välja en annan utförare än kommunen. De som bor i äldre-boliger omfattas av kundvalet eftersom här utgår hemtjänst. Möjlighet till kundval förekom i 17 av landets 271 kommuner även tidigare, men det var då frivilligt för kommunerna att införa kundval. Huvudtjänsterna i det danska kundvalssystemet är matservice, praktisk hjälp och personlig omsorg (pleje). Kommunen skall ställa upp kvalitetskrav och andra krav på verksamheten. Kommunen skall också fastställa enhetliga priser för givna vårdbehov. Dessa priser svarar mot kommunens egen självkostnad för motsvarande verksamheter. Kommunstyrelsen får själv välja om de vill upphandla eller certifiera utförarna. Om kommunen väljer offentlig upphandling krävs att utförarnas verksamhet både omfattar hjemmepleje och plejehem. Vidare måste kommunens egenregi ingå i upphandlingen och kontrakten med utföraren får inte vara längre än två år. Endast åtta procent av de danska kommunerna hade våren 2004 använt sig av upphandlingsmodellen (Ankestyrelsen, 2004a).

I mars 2003 hade 54 av landets 271 kommuner godkänt 153 privata utförare. Våren 2004 var det 165 kommuner som hade godkänt privata utförare för serviceinsatser (praktisk hjälp) och 107 kommuner med godkända privata utförare för personlig omsorg (Ankestyrelsen, 2004a). Vilka kommuner som ingått avtal med privata leverantörer varierar med kommunstorlek där i huvudsak de större kommunerna har tecknat avtal. I flertalet kommuner finns det endast en alternativ leverantör vid sidan av kommunen. De privata leverantörerna har rätt att erbjuda tilläggstjänster utöver basutbudet. Av de danska hemtjänstbrukarna hade våren 2004 cirka 27 000 personer hjälp av en privat utförare. Detta svarar mot 16 procent av de brukare, som hade möjlighet att välja. I en tredjedel av de danska kommunerna fanns inget privat alternativ att tillgå.

Personlig assistans till personer med funktionshinder är en del av landets sociallagstiftning och det är kommunen som avgör om assistans kan ges istället för annan service. Två krav som ställs för att assistans ska beviljas är att personen har en hög ”aktivitetsnivå” och kan vara den personliga assistentens arbetsgivare. Det förstnämnda kravet innebär inte att

den enskilde behöver vara yrkesverksam, utan vederbörande kan delta i olika aktiviteter, som sport, studier eller ha ansvar för ett eller flera barn. Personen ska också vara i behov av daglig hjälp, 15–20 timmar per dygn. Kommunen har det ekonomiska ansvaret för assistansen, men staten kan ersätta vissa dokumenterade extra kostnader. Det finns ingen övre åldersgräns för att få personlig assistans, men på grund av arbetsgivaransvaret får man inte vara yngre än 18 år. År 2002 var det 1 475 personer som hade personlig assistans och således är insatsen begränsad till ett fåtal av de funktionshindrade (Nordisk Socialstatistik Komité, 2004).

Personer som är yngre än 67 år och som inte uppfyller kraven på personlig assistans kan få en kontant ersättning för att kunna ordna hjälp i sitt eget hem. Personen med funktionshinder ska då vara i behov av hjälp i minst 20 timmar per vecka. Ersättningen ges enbart till tjänster som utförs i hemmet. Detta kan bli aktuellt för personer som har haft personlig assistans men som inte längre har den ”aktivitetsnivå” som krävs. Även här ställs dock krav på att den enskilde själv ska kunna ansvara för och ordna de tjänster han/hon är i behov av. År 2000 var det ca 300 som hade beviljats sådan ersättning (Askheim, 2001a).

3.2 Finland

De finländska kommunerna, 444 till antalet, har ansvaret för att tillhandahålla både socialvårds- och hälsovårdstjänster. En kommun kan självständigt producera tjänster eller göra det i samarbete med andra kommuner. Kommunen kan också köpa tjänster av privata företagare, organisationer som bedriver icke-vinstgivande verksamhet eller av andra kommuner eller samkommuner.

De viktigaste serviceformerna inom den finländska äldre- och handikappomsorgen är hemvårdshjälp (personlig omvårdnad och omsorg), hemsjukvård, stödtjänster (olika serviceinsatser t.ex. måltidsservice och färdtjänst), stöd till anhörigvårdare, serviceboende, institutionsvård och hälsovårdstjänster (bl.a. primärvård). I Finland utförs tjänster för äldre och funktionshindrade såväl inom socialvården som inom hälsovården. Långtidsvård på institution och olika mellanformer av tjänster för äldre ges såväl inom socialvården som inom hälsovården men delvis också i samarbete mellan dessa. Institutionsvård ges på hälsovårdscentralernas

bäddavdelningar och på ålderdomshem. Socialvården svarar vanligtvis för boendeservice och stödtjänster men också för dagcentraler. Socialvården och hemsjukvården utför hemvård antingen gemensamt eller separat.

De privata företagen har under senare år ökat sin andel av social- och hälsovårdstjänsterna. Tillsammans med utförare som drivs av frivilliga organisationer utgör de för närvarande ungefär en femtedel av alla social- och hälsovårdstjänster. Av det kommunerna köper är merparten privata socialtjänster. Av hälsovården köps endast en liten del av den privata hälsovården.

Av de totala kostnaderna för de kommunala social- och hälsovårdstjänsterna finansierades nio procent med brukar- och patientavgifter, 21 procent med statsbidrag och 70 procent med kommunalskatter år 2001.

I Finland ges skatteavdrag till hushållsnära tjänster. Avdraget som infördes år 2001, gäller för samtliga medborgare och omfattar ett brett utbud av tjänster t.ex. underhållsarbete av egen bostad, hushållsarbete (såsom städning, matlagning etc.) och omsorgs- och vårdarbete som sker i hemmet. Vid anställning får hushållet dra av tio procent av lönekostnaden (dvs. utbetald lön plus sociala avgifter). Om hushållet anlitar ett privat företag får avdrag göras för 60 procent av den momspliktiga ersättningen för arbetsinsatsen. Avdraget är maximerat till 1 150 euro per skatteskyldig person och år. Cirka tio procent av dem som utnyttjar avdraget är pensionärer. Ordningen med hushållsnära tjänster föregicks av ett treårigt nationellt försök där det i en del av landet gavs skattesubvention till företagen av servicetjänster, medan det i den andra delen av landet gavs möjlighet till skatteavdrag för dem som utnyttjade servicetjänsterna. Det var den senare ordningen som kom att gälla från och med år 2001.

Den 1 januari 2004 införde Finland en s.k. servicesedel för långvarig och regelbunden hemservice. Denna hemservice omfattar hemvårdshjälp och stödservice. Däremot ingår inte hemsjukvårdande insatser i servicesedeln. Lagen innebär ingen skyldighet för kommunen att erbjuda servicesedel. Eftersom implementeringen av vouchersystemet pågår, saknas erfarenheter av systemet. Här kan också nämnas att beslutet om servicesedeln togs den 30 december 2003 och trädde i kraft redan i januari 2004.

Det är kommunen som utifrån en behovsbedömning avgör om servicesedeln är aktuell. Den enskilde kan tacka nej till servicesedel och alltså inte utnyttja sin möjlighet att välja utförare. Det är endast privata utförare som omfattas av servicesedeln. Detta innebär att endast juridiska personer

omfattas av systemet och att sedeln inte kan användas för att ersätta anhöriga för deras insatser. Ett annat krav som ställs är att det inom kommunen måste finnas en kommunal utförare för den typ av tjänst som servicesedeln avser. Det är upp till varje kommun att själv besluta om de privata tjänsterna ska upphandlas eller om certifiering ska ske efter villkor som kommunen ställer upp. Värdet på servicesedeln är reglerat i lag och är relaterat till hushållets storlek och inkomster. Sedelns värde påverkas dessutom om det är aktuellt med insatser nattetid och under helger. Eventuell höjning av sedelns värde beslutar respektive kommun. Den enskilde betalar ingen avgift till kommunen utan betalar istället en s.k. självriskandel till utföraren för de tjänster som utförs. Denna självriskandel får emellertid inte överstiga den egenavgift som kommunen skulle tagit ut för motsvarande tjänst.

Lagen om servicesedel föregicks av ett antal försök. Under två års tid på 1990-talet (åren 1995–1997) pågick en försöksverksamhet med servicesedel inom närståendevården (Social- och hälsoministeriet, 1999). I försöket deltog totalt 20 kommuner och servicesedeln omfattade avlösarservice för närstående som vårdade barn eller äldre med funktionshinder. Även anhöriga till dementa omfattades av servicesedeln. Utgångspunkten i systemet var att brukarna skulle få servicesedeln och med hjälp av den skulle de kunna välja olika vårdformer som de tyckte var lämpliga. Av försöken framkom emellertid att en stor del av brukarna inte kunde ordna hjälpen själv. Det innebar i praktiken att den anhörige fick servicesedeln och tog beslut om hjälpinsats samtidigt som de såg till att ordna hjälpen. En slutsats från försöken var att det krävs ett förhållandevis stort brukarunderlag för att systemet ska fungera. Försöken upplevdes som lyckade.

Under perioden 2002 till 2004 pågick också ett försök med servicesedel i fem kommuner i Lahtisregionen (Social- och hälsoministeriet, 2004). Vouchern omfattade köp av extra hjälpinsatser utöver den hjälp som man redan fick av kommunen. Det kunde röra sig om avlösning på helger eller under semestertider när kommunens egen produktion inte räckte till. Vouchern motsvarade en fast ersättning som var lika för alla. Försökets målgrupp var åldrande vårdare och vårdbehövande inom närståendevården. Erfarenheterna av försöket var goda. Bland annat visade det sig att det var förhållandevis enkelt att få företag att registrera sig och ingå i systemet. Brukarna upplevde att hjälpen kunde ordnas snabbare och mer flexibelt. Systemet verkade vara en bra lösning för de äldre som kun-

de jämföra olika alternativ. Här kan också nämnas att en del kommuner hade olika typer av vouchersystem redan innan lagen om servicesedel trädde i kraft. Det gällde t.ex. voucher för lunch och taxiresor för funktionshindrade och vouchersystem i barnomsorgen (Räty m.fl., 2004)

Kommunen ansvarar också för personlig assistans till personer med omfattande funktionsnedsättning s.k. personlig hjälpare. Liksom i Danmark ställs det krav på att den enskilde ska kunna vara arbetsgivare för att assistans ska beviljas. Den enskilde ska också kunna definiera sitt hjälpbehov. Arbetsgivaransvaret kan överlåtas till den funktionshindrade personens förmyndare. Huvudregeln är att den enskilde ska kunna vara arbetsgivare för sin assistent, men här har det skett en successiv förändring på så sätt att även kommunen är arbetsgivare för personliga assistenter. Assistansen ska kunna ges oavsett typ av funktionsnedsättning. Det finns ingen angiven nedre åldersgräns i lagen, men mot bakgrund av de krav som ställs på den enskilde är den inte aktuell för barn i skolåldern.

Antalet personer med funktionshinder och som har personlig assistans var 3 517 personer år 2002 (Nordisk Socialstatistik Komité, 2004). Uppgifter från år 1998 visar och hälften av dem med personlig assistans hade mindre än 20 timmar per vecka och att de var få som fick mer än 40 timmar per vecka (Askheim, 2001a). Assistansens utbredning varierar stort mellan olika kommuner.

3.3 Island

Ansvar för äldre- och handikappomsorg på Island regleras i lagen om kommuners sociala service, lagen om äldreomsorg och lagen om funktionshindrade. Hemservice (hemtjänst) får de som bor hemma och den omfattar både service och personlig omvårdnad av äldre och personer med funktionshinder men ges även till andra grupper vid behov. Denna service ges också till dem som bor i servicelägenheter. Hemservicen består av två delar, social hemservice och hemsjukvård. Den sociala hemservicen innefattar hushållsservice (städning, inköps hjälp, tvätt etc.) men även personlig omsorg och socialt stöd. Idag är gränserna mellan vad som kan betraktas som personlig omsorg respektive omvårdnad otydlig – inte minst mot bakgrund av den integrering som idag sker av verksamheterna.

För serviceinsatserna i den sociala hemservicen utgår inkomstreglerade egenavgifter, men hemsjukvården, dit också den personliga omvårdnaden räknas, är gratis på Island. Social hemservice finansieras i huvudsak genom kommunalskatt. Hemsjukvården organiseras av hälsocentralerna som på Island är statligt finansierade. Hemsjukvården är en centralstyrd serviceenhet i Reykjavik, men organiseras av hälsocentralerna på landsbygden.

För hemmaboende finns också dagverksamhet som drivs av kommunen eller frivilliga organisationer men de finansieras oftast av staten. Det finns också avlastning för familjemedlemmar som vårdar äldre eller funktionshindrade. Hemmaboende kan också få hemskickad mat vid behov och delta i sociala aktiviteter organiserade av kommunerna eller olika organisationer.

Institutionsvården för äldre och funktionshindrade (sjukhem, ålderdomshem, gruppboende) är statligt finansierad, men brukaren betalar för sin vistelse med en del av sin inkomst. Frivilliga organisationer driver en stor del av institutionerna, delvis i samarbete med kommunerna, även om staten finansierar driftskostnaderna.

En del kommuner, däribland Reykjavik som är den största av landets 105 kommuner, erbjuder också anhörigvård till personer med funktionshinder. Den anhörige anställs av kommunen, men hur tjänsten utformas överläts till den funktionshindrade och anhörige. Denna möjlighet utnyttjas i begränsad omfattning och kan också utnyttjas av äldre.

På Island har intresset för brukarinflytande ökat (Sigurdardottir, 2004). Här förekommer kommunala projekt i syfte att kunna erbjuda mer individuell service som den enskilde själv har varit med att påverka. Privata utförare förekommer inom äldreomsorgen, men hittills i begränsad omfattning. Diskussionen om alternativa driftsformer och ökad valfrihet pågår i Reykjavik, men i de små kommunerna anses det orealistiskt på grund av begränsat underlag, även om intresset finns.

På Island ges personlig assistans till äldre och personer med funktionshinder. Den enskilde brukaren bestämmer i stor utsträckning både servicens innehåll och omfattning. Han/hon kan också ha önskemål om vilken person som ska anställas att utföra insatserna. Anställningen görs av kommunen och en serviceplan upprättas mellan brukare, den personliga assistenten och kommunen. Fram till och år 2003 gavs personlig assi-

stans enbart till yngre personer med funktionshinder, men har utökats till att även omfatta äldre personer.

Enligt lagen om omsorg för handikappade finns det på Island också möjlighet till extra personligt stöd till dagliga sysslor, dvs. utöver det som kommunens sociala service ger. Denna service finansieras av staten och är ett komplement till hemtjänsten. Extra stöd kan ges i olika former, bl.a. kan personen upprätta ett kontrakt med Regionbyrån om servicens omfattning för att därefter själv anställa en stödperson för att utföra insatsen.

3.4 Norge

I Norge består den hembaserade omsorgen, ”hjemmetjenster”, traditionellt av dels ”hjemmehjelp”, som inkluderar s.k. ”praktisk bistand”, dels hemsjukvård, som förutom hemsjuk-vårdande insatser även omfattar personlig omsorg. Dessa hjemmetjenster är emellertid idag vanligtvis integrerade. Äldre och personer med funktionshinder kan också erbjudas olika former av aktivering och andra tjänster som t.ex. stödkontakt eller plats i dagcentral. De som är alltför sjuka eller har problem att klara sig själv kan erbjudas en institutionsplats för kortare eller längre tid. De kan också erbjudas anpassat boende.

Många kommuner erbjuder någon form av avlastning för anhöriga antingen i form av avlastning i hemmet, på institution eller på dagcentral. Den hembaserade omsorgen har också utvecklat en rad andra tjänster som exempelvis ambulering vaktmästare, matdistribution eller tjänster knutna till de cirka 250 statsunderstödda frivillighetscentralerna (centraler som organiserar frivilliga hjälpare och som drivs av kommuner eller frivilligorganisationer).

Mer än 90 procent av äldre- och handikappomsorgen finansieras av kommunerna genom skatter och statsbidrag. Kommunerna kan kräva betalning av den enskilde för vistelse på institution. För långtidsvård är avgiften inkomstgraderad; för korttidsvård gäller en statligt bestämd avgift, oberoende av inkomst. Utanför institutioner kan kommunerna inte kräva avgifter för t.ex. hemsjukvård, personlig omsorg och avlastning. För ”praktiskt bistand” kan det utgå avgifter, som fastställs av den enskilda kommunen. Här finns alltså ingen central reglering bortsett från att avgifterna inte får överstiga kommunens självkostnad.

Privata inslag finns inom den norska äldreomsorgen. Ofta är de privata inslagen komplement till den kommunala verksamheten och de drivs med kommunala subventioner. Antalet privata företag och ideella organisationer som driver verksamhet inom institutionsvården svarar för cirka 10 procent av totala antalet institutioner. Dessa institutioner ingår vanligtvis i en kommunal plan. I vissa fall har verksamheter konkurrensutsetts genom s.k. anbudskonkurrens.

I Norge finns sedan ett par år ett nätverksarbete där elva kommuner arbetar med att utveckla modeller för brukarval och två av dessa kommuner, Bærum och Oslo, har infört kundvalssystem för ”praktiskt bistånd” respektive ”hjemmehjelp” (Vabø, 2004). Ytterligare tre kommuner (Kristiansand, Asker och Eide) har beslutat om att införa kundval (Sunnevåg m.fl., 2004). I Oslo omfattar kundvalet två av stadens stadsdelar.

I Oslo tecknas ramavtal mellan kommunen och utförare efter en offentlig upphandling. I Oslo är det ca 15 procent av brukarna i de två stadsdelarna som får hjälp av sex alternativa utförare (Kaupang, 2004b). I Bærum omfattas ca 700 brukare av kundvalet. Till skillnad från Oslo omfattar kundvalet i Bærum inte all hemmehjelp utan endast praktiska serviceinsatser (Bærum kommune, 2003). Systemet i Bærum innebär också att när den enskilde blir i behov av personlig omsorg (vilket inte omfattas av kundvalet) övergår ansvaret för insatsen till kommunens utförare. I Bærum finns endast en alternativ utförare jämte kommunens.

Från och med år 2000 är de norska kommunerna skyldiga att tillhandahålla ”brukarstyrd personlig assistans”. Insatsen riktar sig till personer med omfattande funktionshinder och som är i behov av stöd i eller utanför hemmet. Det är kommunen som ansvarar för och finansierar assistansen. Målgruppen för assistansen är inte definierad efter den enskildes vårdbehov eller diagnos, utan det är framför allt den enskildes möjlighet till att själv vara arbetsledare som är en förutsättning för att få insatsen. Att den enskilde ska kunna ta rollen som arbetsledare är en central utgångspunkt i den norska assistansmodellen. Det är kommunen som beslutar om assistans ska ges. Det är den enskilde som bestämmer vad som ska göras och som också kan vara arbetsgivare för den personliga assistenten. Kommunen är den huvudsakliga arbetsgivaren för assistenterna (ca 65%) och för ca tio procent av assistenterna är den funktionshindrade personen själv arbetsgivare. Cirka 25 procent av assistenterna har den brukarstyrda organisationen ULOba som arbetsgivare. Antalet timmar med personlig

assistans varierar stort, men är igenomsnitt ca 34 timmer per vecka. Assistanstjänsten omfattar idag ca 1 100 personer med funktionshinder. Det finns ingen övre åldersgräns för att få assistans.

3.5 Sverige

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder regleras i socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I Sverige är det kommunerna som har ansvaret för den enskildes grundtrygghet i form av stöd och service enligt SoL och LSS. Utifrån SoL beviljas hemtjänstinsatser och boende i särskilda boendeformer inte bara till äldre utan också till personer med funktionshinder som är yngre än 65 år. Det finns en principiellt viktig skillnad mellan SoL och LSS. Den som i Sverige har personlig assistans enligt LSS får insatser som ska tillförsäkra brukaren ”goda levnadsvillkor”. Brukare av äldreomsorg skall emellertid enligt SoL endast tillförsäkras en ”skälig levnadsnivå”.

Hemtjänsten omfattar såväl hushållsservice (städning, tvätt, inköps hjälp, matlagning etc.) som uppgifter inriktade på personlig omvårdnad för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Viss ledsagning liksom avlösning av anhörig kan ingå i hemtjänsten. För äldre med stora omvårdnadsbehov kan kommunen erbjuda service och omvårdnad i s.k. särskilt boende (en samlingsbenämning på det som tidigare benämndes serviceboende, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem).

Kommunerna ansvarar för sjukvårdande insatser i särskilda boendeformer och dagverksamheter (exklusive läkarinsatser). Därutöver har cirka hälften av Sveriges kommuner helt eller delvis givits ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende. I övrigt är det landstingen som ansvarar för sjukvårdande insatser. Kommunen beslutar själv om egenavgifter ska utgå för hemsjukvårdande insatser. Hemtjänsten är avgiftsbelagd, men får inte överstiga ett visst belopp i månaden (ca 1 500 kr).

Under 1990-talet har antalet entreprenader och köp av platser i enskild regi ökat kraftigt, såväl beträffande hemtjänst som särskilt boende. Av cirka 248 000 personer med hemtjänst, i särskilt boende eller i korttidsvård får ca 26 700 hjälp från privata vårdgivare (Svenska Kommunförbundet, 2004). Av den totala äldreomsorgskostnaden (ca 80 miljarder kr

år 2003) uppgick kostnader för entreprenader till 7 miljarder kr (Socialstyrelsen, 2004a).

I ett tiotal kommuner, främst i Stockholmsregionen, tillämpas en modell med kundval (Socialstyrelsen, 2004a). Verksamheten bedrivs i sådana fall genom att utförare auktoriseras av kommunen eller i enlighet med ramavtal med kommunen efter upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling. Endast i två kommuner tecknas ramavtal med privata utförare, Solna och Stockholm. I två kommuner omfattar kundvalet hemtjänstinsatser medan det i fyra kommuner också omfattar särskilt boende. Några kommuner har enbart kundval för servicetjänster (städning, tvätt och/eller inköp). Dessa kommuner har relativt nyligen infört kundval. I Sverige finns dock kommuner som haft kundval sedan början av 1990-talet. Mest uppmärksammas är Nacka kommun. Det är i dessa kommuner som kundvalet nått störst omfattning sett till vilka verksamheter som valet omfattar. Tendensen är att kundvalsmodellerna har börjat i begränsad skala för att utökas efterhand. Antalet privata utförare som brukaren kan välja mellan varierar stort mellan kommunerna.

Sedan år 1994 finns det en rättighetslagstiftning i Sverige som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor genom olika typer av stöd. Exempel på stödinsatser är personlig assistans, kontaktperson eller korttidsvistelse utanför hemmet. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kompletterar andra lagar, vilket innebär att andra stödinsatser som ges utifrån annan lagstiftning inte kan åsidosättas.

LSS inkluderar tio olika insatser/rättigheter och en av dessa insatser är att få biträde av en eller flera personliga assistenter. Det är brukaren själv som bestämmer när och hur assistansen ska ges. Antingen kan personen få assistans genom kommunen eller få ekonomiskt stöd och själv vara arbetsgivare eller anlita annan alternativ utförare för assistans. Assistans till och med 20 timmar i veckan beviljas och ersätts av kommunen. Om hjälpbehovet överstiger 20 timmar per vecka har personen rätt till statligt assistansersättning (LASS), vilken beviljas av försäkringskassa.

Personen får hjälp med vardagliga sysslor i och utanför hemmet, men assistans kan även utgå om den enskilde bor i gruppboende eller annat anpassat boende. Även äldre (65 år eller äldre) har rätt till personlig assistans om insatsen beviljats innan personen uppnått pensionsålder (Regeringens proposition 2000/01:5). Beslutet omprövas efter två år.

Alla personer med funktionshinder är inte berättigade till personlig assistans, utan stödet riktas till personer med mycket stora svårigheter i den dagliga livsföringen av psykisk och fysisk art. De grupper som är aktuella definieras i lagen.

År 2003 hade totalt 54 000 funktionshindrade beviljats någon form av stöd av kommunerna (Svenska Kommunförbundet, 2004). Av dem var 3 600 personer över 65 år. Samma år var det

4 300 personer som beviljats personlig assistent enligt LSS. Antalet personer med statlig assistansersättning var samma år 11 600 personer. Det är en liten andel av dem med personlig assistans som själv har valt att vara arbetsgivare. En tredjedel av assistenterna hade kommunen som arbetsgivare.

Kommunen kan avtala med annan verksamhet att anordna assistans. Det sker däremot ingen offentlig upphandling eller certifiering av de assistansorganisationer som etablerar sig. Det ställs heller inga krav på formell vård- och omsorgsutbildning för att arbeta som personlig assistent. Kommunen är skyldig att tillhandahålla assistansverksamhet i egen regi. Om den enskilde till följd av sjuklighet, ålderdomssvaghet etc. inte själv kan ”ta hand om” ett ekonomiskt stöd, kan kommunen besluta om att ersättning ska betalas ut till någon annan person i syfte att användas till kostnader för personlig assistent.

3.6 Tendenser, likheter och skillnader

Som framgått av länderbeskrivningarna ovan finns här en del likheter i den nordiska äldre- och handikappomsorgen. Det finns också skillnader som är värda att notera. Till exempel kommer nästan var fjärde ålderspensionär i Danmark i åtnjutande av varaktig hemtjänst jämfört med åtta procent i Sverige (Tabell 3). Hemtjänstbrukarna i Danmark får emellertid relativt få timmar jämfört med Sverige (se t.ex. Lewinter, 2004b). I Danmark är vidare den varaktiga hemtjänsten gratis för brukarna till skillnad från övriga länder och hemtjänst ges också i vissa särskilda boendenheter. I Norge får kommunerna inte ta ut avgift för den personliga omsorgen.

Tabell 3. Personer 65 år eller äldre med hemtjänst eller särskilt boende i relation till antalet ålderspensionärer (%), år 2002

	Danmark*	Finland	Island	Norge	Sverige
Hemtjänst	24,6	10,6	19,9	15,2	8,2
Särskilt boende	9,1	6,9	9,1	11,9	8,1

* 67 år

Källa: Nordisk Socialstatistik Komité, 2004 sid. 132 och 133

Not: I Danmark motsvarar uppgiften antalet brukare med hemtjänst en bestämd vecka och i Norge en viss dag. För Island och Finland avser antalet alla som var mottagare under hela år 2002. För Sverige motsvarar uppgiften antalet brukare med hemtjänst per den 1 okt. För Finland anges antalet hushåll med hjälp, medan det för övriga länder anges i antal personer. Uppgifter om särskilt boende i Sverige inkluderar vistelse på korttidsboende/avlastningsplats.

I tabell 4 redovisas hur stor andel av befolkningen yngre än 65 år (i Danmark 67 år) som hade hemtjänst eller bodde i särskilt boende år 2002. Som framgår har Sverige, i jämförelse med de andra nordiska länderna, förhållandevis få personer med funktionshinder som får stöd av hemtjänst eller bor i särskilt boende. En av orsakerna är att personer med omfattande funktionshinder även kan beviljas insatser genom Lagen om särskilt stöd för funktionshindrade (LSS). Dessa insatser inkluderas inte i statistiken nedan. Det gäller t.ex. insats i form av personlig assistans. För Finlands del bör noteras att en grupp som får hemtjänst i Finland är barnfamiljer. I Norge har det samtidigt skett en successiv utvidgning av grupper som får hemtjänst på tillfällig basis.

Tabell 4. Personer yngre än 65 år med hemtjänst eller särskilt boende i relation till befolkningen yngre än 65 år (%), år 2002

	Danmark*	Finland	Island	Norge	Sverige
Hemtjänst	0,7	0,7	1,4	0,7	0,2
Särskilt boende	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3

* 67 år

Källa: Nordisk Socialstatistik Komité, 2004 sid. 145

Som nämndes inledningsvis har intresset för *kundval inom äldreomsorgen* ökat i de nordiska länderna och i Danmark är kommunerna skyldiga att erbjuda kundval inom varaktig hemmehjelp för äldre och funktionshindrade. I Finland har lagen om servicesedel inneburit en reglering av kundvalet i de fall kommunerna beslutar att införa det. Även om det skett en lagstiftning om kundval är valet emellertid frivilligt för den enskilde brukaren. Endast i ett par svenska kommuner med kundval är det obligatoriskt för brukaren att välja utförare.

Utförningen av kundvalsmodeller varierar inte bara mellan länderna utan också mellan kommuner i de fall kundvalet är frivilligt som i Sverige. En likhet mellan de nordiska länderna är att i de fall kundval förekommer i äldreomsorgen omfattar kundvalet hemtjänstinsatser. I Sverige finns också några kommuner där kundvalet även omfattar särskilt boende. Även om systemet omfattar hemtjänst finns det samtidigt skillnader i om hela hemtjänsten inkluderas eller enbart delar av den. I Sverige finns system som enbart inkluderar städning. I Danmark skiljer man på tre olika insatser som kundvalet kan omfatta ”madservice”, ”praktisk hjälp” och ”personlig pleje” eller en kombination av dessa.

Prövning av utförare kan ske genom upphandling eller certifiering och i Danmark och Sverige förekommer certifiering av privata bolag i störst utsträckning. Även i Finland får kommunen välja mellan upphandling eller certifiering, medan kommunerna i Norge har valt upphandling för prövning av utförare. I Finland omfattas endast privata utförare av servicesedeln, medan vouchern i övriga länder också omfattar kommunala utförare. En likhet länderna emellan är att privata utförare, men inte kommunen, har möjlighet att erbjuda tilläggstjänster, alltså tjänster som inte omfattas av vouchern.

Tabell 5. Antal kommuner med kundval i äldreomsorgen.

	Danmark ¹⁾		Finland ²⁾		Island ³⁾		Norge ⁴⁾		Sverige ⁵⁾	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kommuner som infört kundval	172	66	25	5,6	0	0	2	<1	10	3,4
Har kundval på försök eller planerat att införa	–	–	40	9,0	0	0	3	<1	4	1,4
Totalt	172	66	65	14,6	0	0	5	1,1	14	4,8

1) Avser april 2004 och kommuner som har en alternativ producent inom åtminstone ett av områdena madservice, praktisk hjälp och personlig pleje. Uppgifterna baseras på svar från 261 av landets totalt 271 kommuner (Ankestyrelsen, 2004a tabell 5.8).

2) Avser april 2004 och avser svar från 52 procent av landets totalt 444 kommuner (Räty, 2004)

3) Avser våren 2004. Inga av landets 105 kommuner har planerat att införa kundval (Sigurdardottir, 2004).

4) Avser våren 2004 (Sunnevåg, m.fl. 2004) Totalt 443 kommuner i Norge.

5) Avser juni 2003 och baseras på svar från 274 av landets totalt 290 kommuner (Socialstyrelsen, 2004).

Personlig assistans för personer med funktionshinder finns i alla nordiska länder men skillnader i reglering, organisering och omfattning kan note-

ras. Till skillnad från övriga länder är assistansen en starkare rättighet i Sverige och det ekonomiska ansvaret är delat mellan kommun och stat. Även på Island finns ett delat ansvar för personlig assistans mellan stat och kommun. I de andra länderna har kommunerna det ekonomiska ansvaret. I Danmark, Finland och Norge ställs krav på att brukaren ska kunna vara arbetsledare för att få assistans, vilket inte har sin motsvarighet i Sverige eller Island. Danmark och Finland går längst genom att även ställa krav på brukaren att kunna vara assistentens arbetsgivare.

Det är stora skillnader i assistansens omfattning där Finland har minst antal timmar per brukare. I Danmark ska den funktionshindrade ha ett dagligt behov av hjälp för att assistans ska vara aktuellt. I Sverige ställs inga krav på daglig hjälp, men behoven är liksom i Danmark omfattande, i genomsnitt 92,5 timmar per vecka redovisades år 2002 för brukare med statlig assistansersättning (Gynnerstedt, 2004). Sett till hur många som får assistansersättning är systemet mest utbrett i Sverige och minst i Norge och Danmark.

Tabell 6. Omfattning av personlig assistans i de nordiska länderna, antal personer och antal personer per 1 000 invånare

	Danmark ¹⁾	Finland ²⁾	Island ³⁾	Norge ⁴⁾	Sverige ⁵⁾
Antal personer	1 475	3 517	326	1 100	15 940
Pers. / 1 000 inv.	0,27	0,68	1,13	0,24	1,78

1) avser år 2002

2) avser år 2002

3) avser år 2003

4) avser år 2003

5) avser år 2003, assistans enligt LSS och LASS

Källa: Danmark och Finland (Nordisk Socialstatistik Komité, 2004), Island (Socialdepartementet, 2004) Norge (Andersen m.fl., 2003), Sverige (Socialstyrelsen, 2004b)

4. Valsituationen

Vouchersystemets värde ligger i att det uppstår en valsituation för den äldre eller personen med funktionshinder. Även i de fall brukaren tackar nej till att välja uppstår en valsituation. Valsituationen ställer samtidigt krav på information om de alternativ man har att välja mellan. Konsumenternas erfarenheter av valsituationen, t.ex. deras förutsättningar att tolka informationen och att förstå utifrån vilka grunder valet görs samt vilken hjälp de har vid valet redovisas i detta kapitel.

4.1 Information

Kundval förutsätter att den enskilde brukaren har möjlighet att ta del av information som kan vara till hjälp i valet mellan olika utförare. Frågan är om informationen är relevant och tillräcklig för att kunna göra ett val. Vem är det som informerar brukaren och kan brukaren ta till sig informationen?

Brukarens förmåga att ta till sig information och tolka denna för att välja utförare är en svårighet som uppmärksammats i litteraturen (Von Otter & Tengvald, 1992; Cave, 2001; Schneider & Lieberman, 2001; Vabø, 1998; 2003; Ware m.fl., 2003; Forssell, 2004; Greve, 2004). Även om brukare har möjlighet att själv besöka eller kontakta utförare och bilda sig en uppfattning om verksamheten är det inte möjligt att nå information om samtliga utförare om de är många. För mycket information i en valsituation kan vara lika negativt som för lite information. En annan aspekt är att informationen bör vara systematisk för att öka möjligheten till jämförelser mellan de alternativ som presenteras. Schneider & Lieberman (2001) betonar att det är viktigt att ”konsumenten” av hälso- och sjukvård

litar på den källa som informationen kommer ifrån. Vidare kan rekommendationer från familj och vänner och priset för vården vara mer betydande än den kvalitetsranking som kan finnas tillgänglig i amerikanens val av hälso- och sjukvård. Det är få bevis för att man faktiskt gör sitt val utifrån den information som finns tillgänglig. Svårigheten att jämföra information nämns t.ex. som en av orsakerna till att frivilliga äldrevårdsförsäkringar inte nått så stora volymer i USA (Elgin, 1993; Norman, 1996; Asubonteng Rivers, m.fl., 2000).

Studier tyder på att den enskildes val av utförare i äldreomsorgen försvåras av bristande information. Det är svårt att urskilja vilka fördelar en utförare har jämfört med en annan och på vad sett utförarna skiljer sig åt (Kastberg, 2002; Hjalmarsson, 2003; Levenius & Wolf, 2004). I en studie bland pensionärer i de svenska kommunerna Nacka och Stockholm framgår att den information som sammanställs av kommunen över vilka utförare man kan välja mellan endast blir läst av en mindre del av brukarna (Socialstyrelsen, 2004d). En av orsakerna är att materialet är för omfattande. En viktig källa för information är istället vänner och grannar (Socialstyrelsen, 2004d; Eskelinen m.fl., 2004). Också den muntliga information som biståndsbedömarna ger brukarna kan vara betydelsefull. Reflektioner över informationsmaterial som nämndes av dem som hade läst det var bl.a. att företagspresentationerna inte sa så mycket och att det var svårt att få en överblick på grund av ett stort antal enheter. Utredarhuset (2003) menar också att utbudet av praktisk service och omsorg kan vara mer varierat än vad som framgår av den information som brukarna får ta del av inför sitt val. Utöver den information som ges till brukaren inför valet har utföraren möjlighet att själv aktivt marknadsföra sin verksamhet till kommuninvånarna. I Danmark annonserar flertalet av de tillfrågade utförarna i lokalpressen (Ankestyrelsen, 2004b). På vissa ställen i Sverige tycks marknadsföringen inte varit särskilt stor. En orsak till detta är att många utförare har underkapacitet, vilket begränsar deras intresse för nya kunder (Kastberg, 2002; Pihlquist & Svensson, 2001). Samtidigt kan brukarna vara skeptiska till information som ges ut av utförarna själva (Sunnevåg, 2003).

Systematisk information om tillgängliga alternativa utförare med personlig assistans saknas i stor utsträckning (Norén, 2003). Kommunen har emellertid ett ansvar att upplysa de funktionshindrade om vilka rättigheter de har (Askheim, m.fl., 2004). Studier pekar också på att funktionshind-

rade inte alltid förlitar sig på att myndigheten ger relevant information, utan de måste själva vara aktiva i sitt informationssökande (RFV, 2002; Askheim, 2001a). Betydelsen av muntlig information mellan människor i liknande situationer tycks därmed vara stor.

Vidare visar studier att informationen inte alltid når brukaren. Erfarenheter från svenska kommuner med kundval indikerar att det är mellan 30–50 procent av hemtjänsttagarna som säger att de inte fått någon information om att de kan välja utförare (Utredarhuset, 2003; Utrednings- och statistikkontoret, 2003). Liknande siffror kan hämtas från Bærum kommun i Norge där 36 procent av brukarna av hemtjänst svarade att de inte fått någon information om kundvalet (Bærum kommune, 2003). I kompletterande intervjuer framkom att en del av brukarna inte förstått budskapet i den tillsända foldern, dvs. att de kunde byta utförare om de så vill. Orden ”kundval” och ”utförare” var också svåra att förstå.

I Utrednings- och statistikkontorets undersökning (2003) finns också indikationer på att yngre äldre (65–79 år) tenderar vara mer informerade om kundvalet än övriga äldre. Det är också en något högre andel i gruppen äldre med hjälp av privat utförare som också säger att de fått information om kundvalet. I Danmark genomfördes telefonintervjuer med drygt 900 brukare av hemtjänst fem månader efter det att lagen om kundval trätt i kraft. Samtliga tillfrågade hade haft hjälp av hemtjänsten redan tidigare. Vid mättillfället var det en av fem brukare som inte kände till att man kunde välja utförare (Ankestyrelsen, 2003). Mycket av informationen har de fått från media och många av de tillfrågade kunde inte berätta vilka informationsinsatser som kommunen gjort om kundvalet. Även i det finska försöket med voucher i Lahtis-regionen framkom att brukare hade velat ha mer information om själva systemet (Social- och hälsoministeriet, 2004).

Vilka möjligheter man har att ta till sig informationen kan också bero på i vilken situation som informationen ges. Situationen kan påverka om den enskilde kan ta emot, eller om biståndsbedömaren kan förmedla, informationen. I en studie från Stockholm framgår att biståndsbedömaren antingen skickar hem informationsmaterialet före hembesöket eller delar ut det i samband med hembesöket för nytillkommande hemtjänsttagare (Hjalmarsson, 2003). Viss tvekan finns att skicka hem materialet, eftersom ansökan om bistånd kanske inte beviljas. Hembesöket tar längre tid jämfört med tidigare eftersom man bl.a. ska presentera de olika alternati-

ven. Det blir mycket information som kan vara tröttande för brukaren. Nedsatt hörsel och synminne gör att det också är svårt för den äldre att ta till sig informationsmaterialet. I en intervjustudie i Nacka och Stockholm framkom också att flertalet av de intervjuade hade gjort sitt val i samband med utskrivning från sjukhuset – i en situation då det kan vara svårt att ta till sig ny information (Socialstyrelsen, 2004d). Brukarna upplevde också en tidspress att välja eftersom det var viktigt att man hade hemtjänst för att bli utskriven från sjukhuset. Detta skulle i sin tur innebära att själva valet av utförare inte var det primära i en sådan situation.

I Bærum kommun i Norge finns det endast en privat utförare vid sidan om den kommunala. Ändå svarade endast tolv procent av de tillfrågade brukarna med hemtjänst att de önskade fler utförare (Bærum kommune, 2003). Orsaken var bl.a. att informationsmaterialet skulle bli för omfattande och svårgenomträngligt. Här kan också finnas andra faktorer som har betydelse för möjligheten att ta till sig information. Hwang (2004) konstaterar exempelvis att föräldrar med eftergymnasial utbildning i högre utsträckning söker och utnyttjar information för att välja skola jämfört med övriga föräldrar. Brukarnas, och deras anhörigas, utbildningsnivå har sannolikt betydelse också inom omsorgsverksamhet.

En annan reflektion är att den som hjälper brukaren att välja måste ha tillräcklig information för att kunna informera brukaren i själva valsituationen. Svaren från en mindre enkätstudie i Stockholm tyder på att biståndsbedömarna önskar att de hade mer information om såväl de kommunala som privata utförarna och en stor del av de drygt 50 svarande handläggarna upplevde att tiden för att informera brukarna var för knapp (Rogler, 2003). Också care managers i England upplever att det saknas information om utförarna och att de till stor del får förlita sig på information från dem som upphandlat och kontrakterat utföraren (Ware, m.fl., 2003).

Äldre och funktionshindrade kan också på grund av en begränsad kognitiv förmåga ha svårt att tolka information och föreställa sig vilka konsekvenser valet i sig kan innebära. I en sådan situation är det t.ex. föräldrarna till det utvecklingsstörda barnet som tolkar informationen. I äldreomsorgen finns exempel där kommunens biståndsbedömare bedömer den äldres och funktionshindrades förmåga att tolka in informationen och kan inte brukaren så upphör kundvalet och omsorgen ges på traditionellt sätt (Sigtuna kommun, 2003).

Vi har inte funnit någon studie som direkt kan peka på anhörigas betydelse i att tolka informationen. Vad som framgår av en studie är att för 10 procent av äldre brukare i Stockholm valde anhöriga eller god man utförare (Utrednings- och statistikkontoret, 2003). I samma studie är hälften av brukarna, som säger att de fått information om kundvalet, ganska eller mycket nöjda med den information som de fått genom anhöriga, vilket tyder på anhörigas delaktighet vid valet. Att anhöriga har betydelse när det gäller att tolka information framskymtar också i den intervjustudie som gjorts i två svenska kommuner (Socialstyrelsen, 2004d). Även om inte frågan har ställts framgår av refererade citat att anhöriga, om de finns i den äldres närhet, är delaktiga att tolka informationen.

Avslutningsvis ska noteras att brukares möjligheter att ta till sig informationen och de krav som ställs på informationen påverkas av vouchers konstruktion. Informationens tillgänglighet varierar sannolikt med antalet utförare, dvs. är det endast ett par utförare att välja mellan är det lättare att ta till sig informationen än om utförarna är många. Informationskravet påverkas också av vouchers omfattning. Praktiska service-tjänster är sannolikt lättare att beskriva och därmed också lättare att som brukare ta till sig. Potentiella brukare av praktiska serviceinsatser är dessutom normalt yngre och piggare än de som har hjälp med personlig omsorg. Ju mer omfattande vouchern är desto större blir informationskravet – inte minst med hänsyn till brukarens beroendeställning. Här kan information om vad som inträffar vid förseningar, inställelsetider för att besvara larm inom vissa geografiska områden etc. vara angelägna sett ur ett brukarperspektiv.

4.2 Att välja utförare

Kundvalet förutsätter att den enskilde gör ett aktivt val, antingen att brukaren själv väljer utförare eller att brukaren aktivt överlåter valet till någon annan. Hur många väljer själv utförare och vem är det som väljer? Varför väljer de som de gör och vem hjälper dem som har svårt att välja?

I de nordiska länderna förekommer både system där kundvalet är obligatoriskt och system där det är frivilligt. I handikappomsorgen bygger systemen med personlig assistans på frivillighet. I Sverige är det två av ett drygt tiotal kommuner med kundval i hemtjänsten som har ett obligato-

riskt system. De två kommunerna i Sverige är dessutom de enda som tillämpar upphandlingsmodellen. I exempelvis Oslo, som också använder upphandling, är emellertid valet frivilligt. I Danmark innebär lagstiftningen om kundval att det är obligatoriskt för kommunerna att erbjuda brukaren valalternativ, men det är inte obligatoriskt för brukaren att välja.

I Stockholm, där valet är obligatoriskt, är det 40–50 procent av brukarna i hemtjänsten som uppger att de valt själva och ca en tredjedel av brukarna låter biståndsbedömaren välja åt dem (Utredarhuset, 2003; Utrednings- och statistikkontoret, 2003). Det är också något fler bland de äldre med kommunal hemtjänst som låtit biståndsbedömaren göra valet jämfört med funktionshindrade (yngre än 65 år) med kommunal hemtjänst. I Solna kommun, som också har ett obligatoriskt system, redovisas däremot uppgifter som tyder på att fler äldre har valt själva. Av dem som har bytt eller valt för första gången har 88 procent valt sin utförare själv och endast i två procent av fallen har biståndsbedömaren lottat utförare, vilket sker om brukaren eller anhörig inte vill/kan välja. Även uppgifter från två stadsdelar i Oslo visar på en högre andel som valt själv. Drygt 80 procent av nytillkommande brukare har gjort ett aktivt val (Kaupang, 2004b).

Studierna ger olika indikationer på hur aktiva de äldre är i valet i ett obligatoriskt system. En del av förklaringen hänger samman med hur den enskilde själv upplevde sin valsituation och hur aktiva de var i valet. Även om kommunen registrerar att det är brukaren som gör valet upplever sannolikt en del av brukarna att de inte hade klarat av att välja utan biståndsbedömarens hjälp och delaktighet. Biståndsbedömaren har också incitament att visa en neutral roll vid valsituationen, eftersom systemet förutsätter detta.

Att brukarna upplever biståndsbedömarna mer aktiva i valet än vad biståndsbedömarna själva gör framgår också vid en jämförelse mellan enkätsvar från biståndsbedömare och funktionshindrade med beviljad ledsagar- och avlösarservice i Stockholm stad. Medan 26 procent av de funktionshindrade svarar att de fått hjälp av biståndsbedömarna, menar var tredje biståndsbedömare att det är mycket ovanligt att hon hjälper de funktionshindrade att välja (Utrednings- och statistikkontoret, 2003 och 2004a).

Som framgår ovan är det i realiteten många gånger biståndsbedömarna som gör valet för brukare med hemtjänst, men samtidigt är det oklart

vilka möjligheter de egentligen har att hjälpa den enskilde i själva valsituationen. Av en intervjustudie framgår att pensionärer upplevde det ”som konstigt” att biståndsbedömaren inte får ge råd eller rekommendationer om utförare (Hjalmarsson, 2003). Man saknade aktiv hjälp vid valet. Detta bekräftas också av biståndsbedömarna som menar att nästan alla pensionärer ber biståndsbedömaren om råd. Pensionärerna upplever valet som svårt. När man för första gången är i behov av hjälp befinner man sig ofta i en situation där själva möjligheten att välja utförare kanske inte är så intressant – viktigare är beslutet om de ska ta emot hjälp eller inte. Det är också få av pensionärerna som aktivt sökt information själva. Anhöriga tycks inte vara involverade i de äldres val i särskilt stor utsträckning (Socialstyrelsen, 2004d). De äldre vill inte belasta sina barn – de har nog med sitt. I rapporten konstateras också att det inte är helt okomplicerat att överlåta valet till någon annan.

Inom handikappomsorgen betonas vikten av en ställföreträdare om den funktionshindrade personen inte själv kan föra sin talan. I sin strävan att kunna leva ett självständigt liv är det inte alltid som den funktionshindrade själv vill tala om vilka behov man verkligen har. Forssell (2004) konstaterar att det kan vara svårt för personer med funktionshinder att välja annan anordnare av personlig assistans än kommunen om nära anhöriga saknas. En orsak är bristande kunskap om alternativet. En annan att vissa icke-kommunala anordnare av personlig assistans i Sverige kräver att personen, eller anhöriga, är aktiva i rollen som arbetsledare. I en annan mindre intervjustudie framkom att brukare väljer det alternativ som man känt till sedan tidigare (Olofsson, 1996).

Jämfört med äldre tenderar de fysiskt funktionshindrade ha en starkare konsumentroll. Norén (2003) menar att de funktionshindrade personernas möjlighet att agera som konsument har ett stort symboliskt värde – inte minst för att stärka deras inflytande. Inflytandet över t.ex. insatsens utformning följer arbetsgivaransvaret (Socialstyrelsen, 2003b; Askheim, 2001a). Personen anser sig ha minst inflytande när kommunen är arbetsgivare. En viktig orsak till att man själv vill organisera sin assistans, genom t.ex. brukarkooperativ, är att man behöver individuellt anpassad service som andra organisationer inte ger (Gough & Modig, 1996; Askheim, 2001a). I en svensk studie (Forssell, 2004) antyds rentav att kooperativ och företag undviker att anställa personal med ett förflutet inom

kommunal äldreomsorg. Sådan personal befaras nämligen ha svårigheter att vara tillräckligt flexibla och att anpassa sig till nya arbetsuppgifter.

Statistik från år 2001 visar att även om det finns möjlighet att i Sverige själv vara arbetsgivare för sin personliga assistent är det endast 3 procent som har arbetsgivaransvar. Cirka en tredjedel hade samma år hjälp av brukarkooperativ eller assistansföretag. I Norge är det en högre andel funktionshindrade med arbetsgivaransvar; tio procent av assistenterna är anställda av funktionshindrade och ca 25 procent är anställda av brukarkooperativ. I Norge ställs högre krav på den enskildes förmåga att styra assistansen för att få assistansersättning beviljad, vilket sannolikt kan förklara en del av skillnaden mellan länderna. De norska brukarna av personlig assistans har en hög utbildningsnivå jämfört med andra personer med funktionshinder och med befolkningen generellt (Guldvik, 2003).

En annan intressant fråga är utifrån vilka kriterier som brukaren gör sitt val. Ett kriterium inom äldreomsorgen är den geografiska närheten till utföraren (Hjalmarsson, 2003; Roos, 2004). Ett annat är tryggheten. Att välja en kommunal utförare eller att välja efter rekommendation från någon annan ger trygghet i valet. Andra kriterier är utförarens rykte (Ankestyrelsen, 2004b) och att enheten drivs i privat regi. Att det finns enskilda, som väljer utifrån ett ideologiskt perspektiv nämns också i andra studier (Utredarhuset, 2003). I exempelvis en mindre studie i Nacka kommun antyds att brukare med borgerliga värderingar i större utsträckning uppskattar och utnyttjar valmöjligheten jämfört med brukare med socialistiska värderingar (Levenius & Wolf, 2004).

Några formella utbildningskrav ställs inte i de nordiska länderna på dem som arbetar som personlig assistent. Här betonas istället assistentens personliga egenskaper som centrala i ett kvalitativt perspektiv. Enligt Gough & Modig (1996) är de sociala likheterna mellan assistenten och brukaren viktiga och ses som en fördel i arbetet mellan arbetsledaren och assistenten. Man söker assistenter med gemensamma intressen med en själv. Vidare framgår av studien att man ofta söker assistenter i sin egen ålder, men att de flesta som söker arbete som personliga assistenter är förhållandevis unga.

I några studier redovisas också orsaker till varför den äldre inte själv vill eller kan göra ett val. I Hjalmarsson (2003) framkommer t.ex. att vissa pensionärer inte kan välja på grund av den situation de befinner sig i

när valet är aktuellt. Valet försvåras om behov uppstår akut. I en sådan situation uppfattas kanske inte valet som något positivt. En annan svårighet är om pensionärer inte vill ta emot hjälp från hemtjänsten – kanske på grund av att det är någon annan som påtalat behovet. Pensionärerna upplever i dessa lägen inte någon reell valsituation och då är det svårt att begära att de ska välja. Hjalmarsson (2003) nämner också att den enskildes kognitiva förmåga försvårar valet.

Att få möjlighet att välja har för de flesta ett positivt värde. Samtidigt är det inte lika självklart att man gör ett val när tillfälle ges. Orsakerna till det är flera, vilket framgick ovan. Voucherns konstruktion kan också påverka brukarens val. Ju mer omfattande vouchern är, desto mer angelägen är brukaren att det initiala valet blir ”korrekt”. Är valet frivilligt kanske den osäkra brukaren i en sådan situation avstår från möjligheten att välja utförare. Om valet istället är obligatoriskt ställer detta sannolikt större krav på hjälp för att kunna välja.

Brukarens intresse av att välja utförare kan också påverkas av om de olika utförarnas tjänsteinnehåll skiljer sig åt. I exempelvis norska Bærum måste brukare som valt den privata utföraren byta till den kommunala om han/hon får behov av personlig omsorg. För att undvika en situation där man tvingas byta personal kanske brukaren redan initialt väljer den kommunala utföraren. På motsvarande sätt kan brukaren ställa sig tveksam till att välja utförare vars insatser endast ges på dagtid, eftersom valet då kan innebära en sämre personalkontinuitet.

4.3 Att byta utförare

I ett system med kundval har den som inte är nöjd med den utförda praktiska servicen och omsorgen rätt att byta till en annan utförare. Hittills tycks det emellertid varit få brukare i hemtjänsten som bytt utförare, mellan fem och åtta procent av brukarna i Stockholm (Perrin, 2003; Utrednings- och statistikkontoret, 2003). En något högre andel (14 %) noteras bland yngre funktionshindrade med hemtjänst. Vidare tycks personer äldre än 89 år i större utsträckning än personer i åldern 65–79 år avstå från att byta utförare. Att yngre brukare byter oftare än de som är äldre anges också i Roos (2004). Där heter det vidare, som en möjlig förklar-

ing, att yngre pensionärer ställer större krav och har bättre kunskap om sina rättigheter jämfört med äldre pensionärer.

Som orsaker till bytet nämns i huvudsak att man varit missnöjd med utföraren eller att utföraren upphört med sin verksamhet i kommunen (Utrednings- och statistikkontoret, 2003). I den norska kommunen Bærum hade 14 procent av brukarna knappt ett år efter det att kundvalet infördes bytt utförare och flertalet av dem bytte till den privata utföraren i kommunen. Under det första året efter den danska kundvalsreformen bytte tre procent av brukarna utförare (Ankestyrelsen, 2004a). Av en dansk brukarundersökning framgår att en av tio brukare med hemtjänst skulle vilja byta utförare (Ankestyrelsen, 2003). Lika många var osäkra och svarade att de inte visste. Den främsta orsaken till att man skulle vilja byta var att man ville få större inflytande över den hjälp som ges och vilken personal som utför den.

Utförare och beställare av hemtjänst samt anhörig- och ledsagarservice anser att det är lätt för brukaren att byta utförare om man så skulle önska (Charpentier, 2004; Utrednings- och statistikkontoret, 2004b). Även om systemet i sig underlättar byten finns det flera studier som pekar på svårigheter. Ovan har exempelvis nämnts att åldersfaktorn har betydelse för om man byter eller inte. Det finns också andra orsaker till varför man inte byter utförare. I en aktuell intervjustudie i svenska Nacka och Stockholm framgår att det var få av brukarna som hade en ”lättisam inställning” till ett eventuellt byte (Socialstyrelsen, 2004d). Tveksamheten berodde främst på vilken personal som man skulle få efter bytet.

I en studie om brukare i äldreomsorgen nämns bl.a. brukarens beroendeställning till personalen som förklaring till att man inte vill klaga i onödan (Möller, 1996). Det finns en rädsla bland de äldre att framföra sina klagomål eftersom man fruktar att detta kan innebära sämre hjälp (Lewinter, 1999). Möjligheten att hota personalen genom att nämna att man kan tänka sig att byta utförare ses inte som en maktresurs bland de äldre. Möller (1996) menar också att de äldre har en låg tilltro till sin egen förmåga att påverka samtidigt som de upplever att det inte är lönt att försöka. För den äldre innebär bytet också en kraftansträngning. Samtidigt noterar Möller en klassdimension i hur den äldre uppfattar sina påverkansmöjligheter; högutbildade äldre upplever sig ha bättre påverkansmöjligheter än lågutbildade. Bland de äldre finns också en uppenbar tacksamhetsattityd, vilket gör att de så kallade voice- och exitkanalerna inte fungerar inom

äldreomsorgen i samma utsträckning som inom t.ex. barnomsorgen. I Roos (2004) framgår att det är svårt att byta utförare för den som är gammal och sjuk. I sådana fall är det ofta en anhörig, som påverkar och hjälper brukaren att byta.

Att man tvekar att byta utförare kan också bero på att man kanske tvingas byta tillbaka om man inte är nöjd med sitt byte (Hjalmarsson, 2003). Även om man skulle byta är det inte säkert att kontakten bryts helt med den man valt bort om t.ex. den nya utföraren inte ger hjälp på kvällar och nätter (Kastberg, 2002). Voucherns konstruktion kan också försvåra bytet. I de fall utföraren inte får ersättning av kommunen för långa restider till och från brukaren finns det en studie som pekar på att den enskilde har nekats hjälp (Sundström, 1999). Andra hinder inför ett byte kan vara känslomässiga. Dessa kan också öka i takt med att vårdbehovet och vårdtiden ökar och hur länge man haft sin vårdgivare. Informationströsklar är ett annat hinder, dvs. att det är svårt att få tillgång till eller ta till sig relevant information.

För personer med funktionshinder finns i Sverige en brist på personliga assistenter vilket också nämns som ett motiv till varför man tvekar att byta assistent (RFV, 2002). Detsamma tycks också vara giltigt i Finland (Kröger, 2004).

Hinder för byten kan sannolikt uppfattas olika beroende på vad det är för typ av insats som kundvalet omfattar. I Bærum omfattar kundvalet endast praktisk service. Till skillnad från Stockholm, där kundvalet omfattar all hemtjänst, kanske brukaren i Bærum inte upplever ett byte lika känslomässigt som brukaren i Stockholm. Bytet innebär sannolikt inte samma kraftansträngning dels för att behoven inte är lika stora, dels för att det är lättare att bilda sig en uppfattning om de praktiska serviceinsatsernas innehåll och kvalitet jämfört med omsorgssatser. Detta kan också vara en förklaring till varför funktionshindrade med beviljad ledsagar- och avlösarservice redovisar en högre andel som har prövat att byta utförare jämfört med funktionshindrade med hemtjänst.

4.4 Val av privata utförare

I Nacka kommun, där det är frivilligt att välja, har ca 40 procent av brukarna valt ett privat alternativ (Socialstyrelsen, 2004a). År 1994 var ande-

len 10 procent (Sundström, 1999). Fem månader efter den danska kundvalsreformen hade endast fem procent valt en privat utförare. Ett år senare var andelen 16 procent (Ankestyrelsen, 2004a). I april månad 2003, då försöksverksamhet med kundval infördes i Oslo, valde cirka två procent av brukarna en privat utförare; vid årets slut var det mer än tio procent (Kaupang, 2004a). Efter knappt 1,5 år med kundval hade ca 15 procent en privat utförare i de två stadsdelarna (Kaupang, 2004b). Det verkar alltså vara normalt att relativt få väljer privata alternativ, då ett kundvalssystem är nytt. Som tidigare nämnts så är det få som byter utförare. Slutsatsen är att det främst är nytillkommande brukare som i störst utsträckning väljer privata alternativ. Det tycks också vara så, då det är frivilligt att välja, att friskare pensionärer, som endast behöver praktiska serviceinsatser, väljer mer privata alternativ jämfört med mer skröpliga brukare (Kaupang, 2004b; Eskelinen m.fl., 2004). I Sverige har däremot studier visat att vårdtyngden inte skiljer mellan olika utförare (Perrin, 2003). I Danmark har 22 procent av brukarna av praktisk hjälp numera valt privata utförare jämfört med två procent av dem med personlig pleje (Ankestyrelsen, 2004a). Det ska dock noteras att denna skillnad inte enbart kan tillskrivas pensionärernas vårdbehov. I Danmark ges inte samma möjlighet att välja en alternativ utförare för alla typer av tjänster. Dessutom är det i vissa danska kommuner inte tillåtet för privata utförare att ge praktiska serviceinsatser om kommunen samtidigt ger personlig omsorg (Ankestyrelsen, 2004b).

I Danmark tycks kommunstorleken ha betydelse för brukarens möjlighet att välja en privat utförare. I mindre kommuner kan kundunderlaget vara för litet eller att brukarna är för geografiskt utspridda för att ytterligare en utförare ska kunna vara verksam (Eskelinen m.fl., 2004). Ett mindre kundunderlag nämns också som en orsak till att mindre kommuner i Finland är tveksamma att implementera servicesedeln (Räty, 2004). En slutsats från försöken med kundval i finska Lahtiregionen var att mindre kommuner var beroende av regionalt samarbete för att vouchersystemet skulle kunna utvecklas (Social- och hälsoministeriet, 2004).

Av de nytillkommande brukarna med hemtjänst i Stockholm år 2003 valde 31 procent en privat utförare. Samma andel redovisas i Oslo (Kaupang, 2004b). Även bland nytillkommande brukare i Solna kommun väljs egenregi i störst utsträckning. Beträffande Solna kommun finns också en annan dimension som har att göra med hur kundvalet infördes i kommu-

nen. Fem av sex hemtjänstområden lades ut på driftsentreprenad och samtliga utförare garanterades på så sätt de hemtjänsttagare som redan bodde i området. För den enskilde gavs möjlighet till att välja utförare först tre månader därefter. Detta förklarar varför ca 80 procent av brukarna har hjälp av privata utförare i Solna kommun. Sett utifrån de privata utförarnas marknadsandel förväntades att fler av de nytillkommande brukarna i Solna skulle välja en privat utförare. Så tycks emellertid inte ha skett. Om detta beror på biståndshandläggarens ”opartiskhet”, att utföraren nått sitt kapacitetstak eller den enskildes önskemål kan inte utläsas. Det kan tilläggas att det är svårt att jämföra uppgifter om hur många som valt att byta utförare och analysera orsakerna bakom bytet, eftersom detta sannolikt till viss del beror på hur kundvalet introducerades i kommunen.

4.5 Biståndsbedömarens ställning i valsituationen

Biståndsbedömarna har rollen som konsumentupplysare på så sätt att de skall presentera de olika alternativa utförarna för brukaren och ge korrekt och saklig information utan att återge någon subjektiv värdering. Deras roll kan emellertid försvåras om den enskilde inte själv kan välja av olika anledningar. I Stockholm uppstår då en situation där biståndshandläggaren utifrån sin professionella kompetens ska välja den utförare som bäst motsvarar brukarens behov. Kundvalet är obligatoriskt. I svenska Solna kommun är valet också obligatoriskt, men här sker en lottning mellan utförarna istället för att biståndsbedömaren gör valet.

I de fall kundvalet är frivilligt, t.ex. i de svenska kommunerna Sigtuna och Ulricehamn, erbjuder kommunen hjälp på vanligt sätt i en situation då brukaren inte kan eller vill välja. Om det framgår av biståndsprövningen att brukaren är oförmögen att hantera kundvalet, avråder handläggaren kundval och tjänsten utförs (i dessa fall praktiska servicetjänster) av kommunen. Detta tycks vara ett normalt förfarande i de nordiska kundvalskommunerna (se t.ex. Kaupang 2004).

Här finns en likhet med det kundvalssystem som utvecklats i Holland under 1990-talet. Brukaren gör själv ett val mellan att omfattas av en s.k. personlig budget eller av den traditionella omsorgsorganisationen (Tops, 2004). Med en personlig budget väljer sedan brukaren vem som ska utföra de tjänster som budgeten är beviljad för. Brukaren ska redovisa vilka

utförare man valt till den enhet som beviljat budgetnivån. Brukaren har också möjlighet att endast för vissa tjänster välja en personlig budget och utnyttja den traditionella omsorgen till andra insatser.

Det finska kundvalssystemet med servicesedel innebär inte ett obligatoriskt val, även om servicesedeln är lagfäst. Erbjuds servicesedeln till brukaren av kommunens biståndsbedömare kan brukaren tacka nej och då är det kommunen som ombesörjer tjänsten. Här kan också nämnas att frivilligheten är ömsesidig, dvs. brukaren kan heller inte kräva att få en servicesedel, eftersom kommunen inte har någon skyldighet att inrätta systemet.

I en studie av drygt 80 biståndsbedömare av ledsagar- och avlösarservice för funktionshindrade i Stockholm framgår att hälften av dem tyckte att det var ganska eller mycket lätt att vara opartisk i sin information till de funktionshindrade vid själva valsituationen. Samtidigt menade var fjärde biståndsbedömare att det var svårt (Utrednings- och statistikkontoret, 2004a). Att biståndsbedömarna inte ser på sin ställning i valsituationen på ett entydigt sätt bekräftas också i en mindre enkätstudie bland drygt 50 biståndsbedömare. Här instämmer var tredje i att man är neutral när utförarna presenteras för den gamle (Rogler, 2003). Närmare hälften av de tillfrågade instämde i att det är viktigt att inte berätta det hon själv vet om de olika utförarna för brukaren. Samtidigt är det var femte handläggare som inte instämmer i detta påstående och tycker således att det är viktigt att berätta vad de vet. Även om studierna är små tyder resultaten på att biståndsbedömarna inte ser på sin ställning i själva valsituationen på ett entydigt sett.

Det finns tveksamheter om biståndsbedömarens konkurrensneutralitet vid själva valsituationen (se t.ex. Ankestyrelsen, 2004b). Innan kundvalet infördes i Stockholm menade flertalet av de privata utförarna att biståndsbedömarna är partiska eftersom de är kommunala tjänstemän (Charpentier, 2002). Samtidigt menade en del från egenregion att handläggare kan bli partiska om de vill se fler privata alternativ i verksamheten. Det fanns också en oro från de kommunala utförarna att privata utförare i större utsträckning kan tacka nej till besvärliga kunder i de fall kapacitetstak finns angivet i deras uppdrag. Något kapacitetstak finns inte för en kommunal utförare. Efter ett år med kundval i Stockholm menade däremot en majoritet av utförarna att biståndsbedömarna var opartiska sett till driftsformen (Charpentier, 2004).

5. Brukarna i systemet

Sett ur den enskilde brukarens perspektiv är det viktigt att ställa sig frågor om och i så fall hur kvalitetssäkringen kan garanteras i ett system med kundval. Kan helhetsperspektivet i brukarens vård och omsorg försvåras när fler aktörer etablerar sig i kommunen? Med fler företag ges ökad mångfald, men har detta gett nya typer av tjänster? I ett kundvalssystem påverkas utförarens möjligheter att stanna kvar i kommunen av hur brukarna uppfattar kvaliteten. Vad vet vi om kvaliteten i den praktiska servicen och den personliga omsorgen och hur har den påverkats av kundvalet?

5.1 Kvalitetssäkring

I ett kundvalssystem blir brukarens roll mer likt konsumenten eftersom det ställs förväntningar på att brukare som inte är nöjda med utförarens kvalitet i praktisk service och omsorg antingen påtalar bristerna eller byter utförare. Eftersom systemet överlåter en del av ansvaret för kvalitetskontrollen till brukaren är det viktigt att studera hur kvalitetssäkringen kan garanteras i ett kundvalssystem.

De nordiska kundvalssystemen ställer vanligtvis upp kvalitetskriterier för verksamheten. Av Nacka kommuns allmänna och grundläggande krav vid auktorisation framgår t.ex. att utföraren ska ha eller påbörjat ett arbete med att upprätta ett kvalitetssystem enligt Socialstyrelsens allmänna råd och att utföraren ska godkänna kommunens uppföljningssystem (http://infobanken.nacka.se/sociala_tjanster/auktorisering.htm). Detta system innebär en regelbunden uppföljning av verksamheten, spontana och påkallade inspektioner samt offentlig dokumentation av de resultat som framkommer vid dessa. Vidare ska utföraren följa ”gällande lagar och förord-

ningar och måste ha ingående kännedom, kompetens och erfarenhet av verksamhetsområdet.”

I Solna kommuns avtalstexter med utförare framgår att verksamheten bl.a. ska kännetecknas av följande:

- Utgå från ett professionellt förhållningssätt baserat på kompetens, vetenskap och erfarenheter.
- Service och personlig omsorg ska vara individuellt utformad och av god kvalitet.
- Brukarens trygghet, säkerhet och integritet ska stå i centrum oavsett hjälpbehov.
- Insatserna som ges ska utföras i samråd med den enskilde och/eller dennes närstående. I största möjliga utsträckning ska individen/närstående ha möjlighet att påverka hjälpen.
- Den enskildes funktionsförmåga ska vidmakthållas och om möjligt utvecklas.
- Största möjliga kontinuitet ska eftersträvas för att ge förutsättningar för trygghet och förtroende.
- Valfungerande kontaktmannaskap.

Det förekommer också en precisering av punkterna ovan t.ex. att personalen ska ha som lägst vårdbiträdesutbildning och/eller erfarenhet av liknande arbete som kan jämföras med vårdbiträdesutbildning. Andra kvalitetskrav kan vara att personalen skall bära synlig legitimation, att samverkan ska ske med andra vårdaktörer och att utföraren ska kontakta biståndsbedömare när omsorgsbehoven förändras (se även Stockholm stad, 2004a).

Kvalitetskontroller i kommuner med kundval kan ske på olika sätt, t.ex. genom brukarundersökningar, regelbundna verksamhetsuppföljningar samt anmälda eller oanmälda inspektioner. Uppföljningen görs antingen av kommunen själv eller ger kommunen någon i uppdrag att utföra den. Kommunerna kan också ställa krav på utförarna att de själva ska genomföra kvalitetsuppföljningar. Det kan också ställas krav på att utförare ska till kommunen redovisa vilka klagomål som utföraren fått och att dessa offentliggörs. Dessa olika modeller av kvalitetskontroll används ofta parallellt och som komplement till varandra. I Danmark säger exempelvis 90 procent av kommunerna att de ställer upp krav på löpande kon-

troll av utförarna. Vidare framgår att två av tre kommuner ställer krav på brukarundersökningar när det gäller praktisk service och personlig omsorg till äldre (tabell 7). Lika många ställer krav på oanmälda stickprovskontroller (dvs. besök hos brukarna) och att utförarna själva ska genomföra interna kontroller t.ex. avvikelser vad gäller besökstillfällena och besökstider hos brukarna (egenkontroller). Som ”annat” i tabell 7 menas bl.a. uppföljningar av klagomål från brukare. Nästan nio av tio kommuner menar också att det är ingen skillnad på de krav som ställs på kontroller mellan kommunala och privata utförare. De uppgifter som anges i tabell 7 avser vilka kvalitetskontroller som ska genomföras enligt de danska kommunerna – om så verkligen sker framgår inte av studien.

Tabell 7. Former av kvalitetskontroller bland danska kommuner. Andel (%) kommuner som angett respektive svarsalternativ. År 2004

	Personlig omsorg	Praktisk service	Matdistribution
Brukarundersökningar	69	68	65
Stickprovskontroller	69	70	52
Registerdata	41	41	21
Egenkontroll	67	67	64
Annat	12	11	11

Källa: Ankestyrelsen, 2004a

Att kvalitetskontroll har fått ökad betydelse bekräftas också i en annan studie från Danmark (Eskelinen m.fl., 2004). Av denna framgår att kvalitetskontrollen sker regelmässigt en gång om året i samband med en revision av brukarens vårdbehov. Då tillfrågas brukaren om hur de upplever hjälpen. Stickprovskontroller hos utföraren tycks ske i liten utsträckning i de fyra kommuner som studien avser.

Några studier har gjorts om kvalitetskontrollen i nuvarande kundvalssystem. Biståndsbedömarna ansvarar för att följa upp vilka tjänster som den äldre och funktionshindrade får. I en studie noteras emellertid att denna kontroll brister och att det var svårt att klara av den redan innan kundval infördes (Hjalmarsson, 2003). Detta är ett problem och kanske innebär kundvalet försämrade möjligheter att skapa rutiner för detta. Biståndsbedömaren förutsättningar att få tid till uppföljning tycks ha minskat sedan kundvalet infördes och kundvalet i sig innebär en ökad administration för biståndsbedömaren (Hjalmarsson, 2003; Charpentier, 2004; Utrednings- och statistikkontoret, 2004a; Ankestyrelsen, 2004a; Kaupang, 2004b). Som orsaker till ökningen nämns att tiden för möten, in-

formation och kontroll ökar i takt med antalet externa leverantörer. Informationen till brukarna tar längre tid samtidigt som biståndsbedömaren har kontakt med fler utförare.

En förutsättning för att uppföljningen ska kunna göras är bl.a. att utförarna upprättar s.k. individuella arbetsplaner där det framgår vilka insatser som ska utföras och när detta ska ske. Uppföljningar i Stockholm åtta månader efter införandet av kundval visade att hälften av de tillfrågade utförarna inte utformat individuella arbetsplaner tillsammans med den enskilde (Perrin, 2003). Vidare ska utförarna, enligt avtalet med staden, sammanställa eventuella klagomål två ggr per år och lämna denna sammanställning till beställaren. Där fanns också brister – endast var tionde utförare hade lämnat in en sammanställning. Vidare framgår av samma studie att endast hälften av utförarna hade en fungerande klagomålshandling. I Oslo menar de privata utförarna att kontrollen endast görs av formella rutiner och inte i vilken utsträckning tjänsterna till brukaren levererats och med vilken kvalitet (Kaupang, 2004b). Enligt svensk lagstiftning om särskilt stöd till funktionshindrade har även funktionshindrade rätt till en individuell plan och kommunen har ansvar för att upprätta en sådan om brukaren begär det. Endast fem procent av brukare med s.k. LSS-insatser hade i början av 2000-talet en sådan plan (RFV, 2002).

Som framgått av tidigare avsnitt kan ett kundvalssystem antingen bygga på avtalsmässiga grunder mellan utförare och kommun genom så kallade ramavtal eller kan utföraren vara auktoriserad av kommunen att driva verksamhet i kommunen. I Sverige används upphandling i Stockholm och Solna kommuner. Även Oslo har valt detta system. Liksom i Sverige är auktorisation mest förekommande i Danmark; endast åtta procent av kommunerna upphandlar drygt ett år efter införandet av kundval (Ankestyrelsen, 2004a). Ett motiv bakom att välja upphandling är att kommunen genom avtalet kan agera direkt mot utföraren vid brister i vården och omsorgen. Om en upphandling inte skulle göras menar Stockholm att eventuella klagomål och brister blir en angelägenhet enbart mellan den äldre och utföraren (Stockholm Stad, 2003). Här finns dock divergerande tolkningar om vilka möjligheter kommunen har att agera och ställa krav på utförarna i en situation utan avtal (Pihlquist & Swensson, 2001; Svenska Kommunförbundet, 1999).

I en jämförande studie mellan Nacka och Stockholm, där den förstnämnda kommunen auktoriserar och den andra tecknar avtal med utföra-

ren, dras slutsatsen att det i praktiken inte är någon skillnad mellan kommunerna avseende i vilken utsträckning som kvalitetsbrister följs upp av kommunen (Socialstyrelsen, 2004d).

Det förekommer i de nordiska länderna inte någon certifiering av personliga assistenter. Några formella utbildningskrav på dem som arbetar som personliga assistenter ställs inte upp. Under sommaren 2004 beslutade den svenska regeringen att tillsätta en kommitté som bl.a. ska överväga och föreslå hur olika former av tillsyn av enskilda verksamheter med personlig assistans ska kunna utformas (Socialdepartementet, 2004).

Betydelsen av kvalitetssäkring kan inte nog understrykas i äldre- och handikappomsorgen. Sett utifrån kundvalets konstruktion kan den i vissa sammanhang vara än viktigare än i andra. Kvalitetssäkring är inte minst viktig om kommunen tillämpar obligatoriska val, eftersom här sker val även i de situationer då brukarna inte själva kan eller vill välja utförare. Detta gör att deras förutsättningar för att påtala brister eller eventuellt byta utförare måste bedömas som små. I detta perspektiv kan behovet av kvalitetssäkring inte underskattas. Om kundvalet är frivilligt är också kvalitetssäkringen viktig, men kundvalssystemet i sig förstärker inte behovet av kvalitetssäkring i verksamheten. Den grupp brukare som själva väljer en alternativ utförare har sannolikt större förutsättningar att framföra eventuella klagomål eller kanske t.o.m. byta utförare.

Kvalitetssäkringen från kommunens sida bör vara än större då vouchern omfattar personliga omsorgsinsatser än om bara praktiska service-tjänster ingår i systemet. I det senare fallet har brukaren själv lättare att se om brister föreligger. För vissa omsorgsinsatser som har mer sjukvårdande inslag kan det emellertid vara svårt för en lekman att bedöma kvaliteten i tjänsten.

5.2 Helhetssynen

Ett stort problem i omsorgen om äldre och funktionshindrade är bristande samordning av insatser för brukare med stora hjälpbehov (SOU 2004:68). För brukare med sammansatta behov av vård och omsorg är helhetssynen viktig, dvs. att man ser till hela individens behov och oberoende av vem som ansvarar för den hjälp som ges. Äldrecentrum i Stockholm har i en rad studier under senare år påtalat behovet av äldrevårdsteam för multi-

sjuka äldre (Gurner, 2001; Gurner & Thorslund, 2003; Gurner m.fl., 2004). I studierna redovisas bristande kontinuitet, samverkan, anhörigstöd och läkarmedverkan och att vården och omsorgen formas efter huvudmännens organisation och inte utifrån brukarens situation och behov. Betydelsen av att primärvården och hemtjänsten behöver anpassa sina organisationer till de sammansatta behov som multisjuka har och att samarbetet kring den äldre måste inkludera olika kompetenser betonas särskilt. Inom de svenska landstingen ses också behov av ökad samverkan – inte minst för patienter med komplexa behov. Som en lösning på dessa problem ses utvecklingen av den s.k. närsjukvården i svenska landsting (Anell, 2004).

En bristande samordning för brukare med stora vårdbehov påtalas också av andra nordiska forskare (Salonen & Haverinen, 2004, Colmorton m.fl., 2004). Detta är också internationellt ett uppmärksammat problem (Matsuda & Yamamoto, 2001; Challis m.fl., 2001; Campbell & Ikegami, 2003; Weiner m.fl., 2003; Leichsenring, 2004).

Ju fler aktörer som finns i den äldres närhet desto svårare blir det för den äldre och anhöriga att veta vart man ska vända sig och behovet av en personlig vägledning ökar. Gurner och Thorslund (2004) konstaterar att det idag saknas en vägvisare (dirigent) för äldre med komplexa behov och att biståndsbedömaren inte kan betraktas enbart som den äldres ombud. De menar att biståndsbedömaren inte enbart tar sin utgångspunkt i den äldres behov utan också från tillgängliga resurser.

I de kundvalssystem som finns i Norden varierar antalet utförare stort från ett par stycken till som i Stockholm 36 stycken. I Danmark är det ca 14 procent av kommunerna som har fler än tio privata utförare inom antingen matdistribution, praktisk service eller personlig omsorg, medan hälften av kommunerna har mellan 1–5 stycken. Variationen i antalet utförare kan dessutom vara stor mellan olika stadsdelar i storstäderna. I Stockholm stad ställs kravet att utföraren måste kunna ge omsorgstjänster oavsett vilken kompetens eller tidpunkt för insatsen som det kräver. Har utföraren inte kapacitet eller kompetens för detta ska utföraren ta hjälp av underleverantörer för att stärka sin verksamhet. Erfarenheter från Stockholm visar att mindre företag tar hjälp av andra utförare för att kunna täcka sina åtaganden – inte minst nattetid (Charpentier, 2004).

Flertalet av de danska kommunerna ställer krav på de privata utförarna att de ska kunna ge personlig omsorg och praktiska serviceinsatser i hela

kommunen, dvs. inte avgränsat till vissa geografiska områden (Ankestyrelsen, 2004a). Utföraren kan däremot begränsa sitt åtagande till att endast erbjuda praktiska servicetjänster eller matdistribution inom kundvalet. Drygt ett år efter det att lagstiftningen trädde i kraft har 63 procent av kommunerna mer än en utförare av praktiska serviceinsatser, medan motsvarande siffra för personlig omsorg är 41 procent.

Det har framförts farhågor att helhetssynen på den enskilde brukarens behov av hjälp och stöd kan begränsas i ett kundvalssystem (Svenska Kommunförbundet, 2001; Sunnevåg m.fl., 2004; Eskelinen m.fl., 2004). När antalet utförare ökar i kommunen kan kontakterna med andra vårdgivare t.ex. allmänläkare och hemsjukvårdsteam i öppenvården försvåras. En närmare analys av i vilken utsträckning som kundvalet påverkar eventuell samverkan mellan olika aktörer är en aktuell frågeställning. Några studier om detta har emellertid inte kommit till vår kännedom.

Kundvalssystemets utformning kan också påverka aktörernas incitament till samverkan. Om utföraren av tjänsten endast ersätts för de tjänster som definieras i biståndsbeslutet finns en risk att utföraren inte medverkar i andra verksamheter som indirekt berör brukaren, t.ex. vårdplanering eller samverkansgrupper.

5.3 Nya tjänster och profilering

Ett motiv bakom införandet av kundval kan vara att öka utbudet av tjänster i verksamheten. I ett längre perspektiv skulle flera utförare i en kommun kunna generera ett utökat tjänsteutbud. Ett motiv bakom införandet av den finska servicesedeln var just att en ökad företagsverksamhet på sikt skulle öka tjänsteutbudet och därmed stärka arbetsmarknaden, i synnerhet för kvinnorna (Finska regeringens proposition, 2003). Fler utförare skulle också kunna ge en differentiering av tjänsteinnehållet när olika utförare specialiserar sig för att kunna tillgodose olika grupperns särskilda behov.

I Stockholm ingår alla de stora vårdföretagen i kundvalet – åtminstone i innerstaden. Enligt Charpentier (2004) representerar inte dessa nytänkande, vilket de gjorde initialt när de etablerade sig inom äldreomsorgen på 90-talet. Här förekommer en viss differentiering av tjänsteinnehållet mellan de olika utförarna. I Stockholm finns det några utförare som en-

bart utför praktiska servicetjänster, vilket ska specificeras vid upphandlingen. Bland utförare av omsorgstjänster finns det några privata utförare som nischat in sig på ”besvärliga kunder” eftersom ett högt vårdbehov ger högre ersättning. (Charpentier, 2004 sid 28). Charpentier gör bedömningen att Stockholm i viss grad nått en önskad effekt vad gäller profilering. Här finns utförare (större bolag) med inriktning på språk eller på brukare med speciella behov, t.ex. döva kunder.

Även i Nacka kommun ses en profilering mot brukare med större omsorgsbehov bland privata utförare. De flesta utförarna i Nacka har det gemensamt att de profilerar sig med språkkunskaper och olika tilläggs-tjänster. Finsktalande personal är vanligt, men även andra europeiska, afrikanska och orientaliska språk förekommer (Levenius & Wolf, 2004). Efterfrågan på tilläggs-tjänster, vilket privata utförare kan erbjuda sina brukare, har hittills varit mycket begränsad i de nordiska kommunerna.

Personlig assistans ger ökade möjligheter att själv styra hjälpinsatsen. I det initiala skedet när assistansen beviljas är det ca 70 procent av brukarna som upplever att de har måttligt eller stort inflytande på hjälpens omfattning (Guldvik, 2003). Den enskildes möjligheter att själv påverka sin assistans när man väl gjort sitt val av utförare kan emellertid variera med valet av assistansorganisation (Hugemark & Mannerfelt, 2003; Hugemark, 2004). Företag som i sitt informationsmaterial tonar ner den enskildes möjligheter till självbestämmande, påminner istället den enskilde om möjligheten att byta utförare. Vidare menar Hugemark att det skett en tydlig profilering inom handikappomsorgen där utförarna nischer in sig mot olika grupper med specifika funktionshinder.

Norén (2000) menar att det har utvecklats två olika servicekoncept med personlig assistans i Sverige. Det ena är kommunens som står för trygghet och det yttersta ansvaret gentemot brukaren. Det andra är den alternativa utföraren som står för ett koncept som bygger på personlig frihet och oberoende liv. Här finns skillnader i inriktning mellan de alternativa utförarna. Vissa tar hand om administrationen, medan andra stödjer uppdragsgivaren (dvs. den funktionshindrade personen) i att utforma en fungerande assistans.

Vilka former av assistanssamordnare som finns etablerade i kommunen (egenregi av kommunen, kooperativ, företag eller egensamordnare) beror på en rad faktorer. Lagstiftningen kan ha betydelse. Frånsett Sverige där personlig assistans är en rättighet under vissa förutsättningar, har kommu-

nerna i de övriga nordiska länderna ett inflytande över assistansens omfattning och utbredning. Svenska erfarenheter pekar på betydelsen av t.ex. ortens struktur, kommunens engagemang samt brukarnas krav på inflytande för utvecklingen (Bengtsson & Gynnerstedt, 2002). I Stockholmsområdet finns ett stort antal assistanssamordnare, som inbördes visar på variationer ifråga om organisationens form, storlek och tjänsteinnehåll. Storleken på bolagen varierar från små bolag med fem brukare och ca 20 anställda personliga assistenter till större bolag med etablering i flera av landets kommuner. Utöver personlig assistans erbjuder assistansorganisationerna tilläggstjänster. Detta kan gälla stöd till både brukare och assistenter i form av handledning, att stödja brukare vid myndighetskontakter eller att delge den funktionshindrade kunskap om sina rättigheter.

En viss profilering av utförare i äldreomsorg och utförare som erbjuder personlig assistans tycks ha skett. Samtidigt kan konstateras att någon utveckling av nya typer tjänster inte kunnat skönjas inom hemtjänsten. De nordiska kundvalssystemen innebär knappast, som tidigare påpekats, att brukarinflytandet över tjänsternas innehåll stärks i och med att kundval införs. Kommunen styr i stor utsträckning genom biståndsbeslutet vilka tjänster som ska ges och därmed vad som ska utföras.

Det ska också noteras att variationerna mellan de nordiska kommunernas kundvalssystem är stora och därmed förutsättningarna för tillkomsten av nya tjänster och profilering. Den ena ytterligheten representeras av den svenska kommunen Nacka, där hela omsorgen omfattas i kundvalssystemet och där det råder fritt tillträde till marknaden för alla företag, som uppfyller villkoren för auktorisation. Den andra ytterligheten representerar den norska kommunen Bærum, där det endast finns en upphandlad entreprenör vid sidan av kommunen och där endast praktiska serviceinsatser ingår i kundvalet. Med en voucher som enbart omfattar praktisk service bör utförarnas förutsättningar att forma nya tjänster (eller profilera sig) vara mer begränsade än om vouchern är mer omfattande och om fritt tillträde till marknaden gäller.

5.4 Hur uppfattar brukarna kvaliteten?

En relevant fråga är hur brukarna i ett kundvalssystem uppfattar omsorgskvaliteten. Att besvara frågan om hur brukarna uppfattar kvaliteten i

den service och omsorg de får är svårt – inte minst på grund av att kvaliteten beror på vilka resurser som finns tillgängliga. Med resurser menas inte enbart pengar utan också personella resurser, vilka kan skifta avseende kompetens och erfarenhet. En annan svårighet är att kvalitetsstudier inte jämför samma insatser. När man diskuterar hur brukare uppfattar kvaliteten måste man beakta skillnaden i vouchersystemets omfattning. Det går inte att jämföra studier från t.ex. svenska Nacka kommun med norska Bærum. I det senare omfattas enbart praktisk service, medan i det förstnämnda omfattas all service och omsorg i hemmet.

Kvalitetsstudier av omsorg i allmänhet brukar visa på en stor andel nöjda eller mycket nöjda brukare (Ds 2002:23). I Sverige saknas nationella studier om brukartillfredsställelse, men lokala undersökningar visar att det är ovanligt med studier där andelen nöjda brukare understiger 80 procent. Kritiken mot brukarundersökningar är att brukaren ofta har svårt att uttala sitt missnöje eftersom man befinner sig i en beroendeställning till personalen som utför tjänsterna. Att mäta nöjdhet är också ett trubbigt kvalitetsmått (se t.ex. Eliasson-Lappalainen & Szebehely, 1998). Studeras andra kvalitetsindikationer såsom personalkontinuiteten är det vanligt att man uppfattar denna sämre jämfört med omsorgen i sin helhet (Ds 2002:23). För att öka undersökningarnas värde borde dessa också i högre utsträckning kopplas till det faktiska utfallet i omsorgen (har personalen kommit i tid, utfördes samtliga insatser etc.). Brukaren kan t.ex. vara lika nöjd ett år som föregående år även om personalkontinuiteten försämrats mellan åren. Detta kan förklaras av att den enskilde brukarens förväntningar på personalkontinuiteten också har förändrats mellan åren.

En annan svårighet med brukarundersökningar är att det finns en diskrepans mellan vad brukaren respektive professionen uppfattar som viktiga kvalitetsegenskaper. Av Sunnevåg (2003) framgår t.ex. att när brukarna själva har fått definiera kvalitetsmålen ökar också deras tillfredsställelse med hjälpen. Vidare kan personalen utföra insatserna helt enligt den arbetsplan som upprättats, men brukaren kan ändå vara missnöjd om brukaren inte upplever att arbetsplanen överensstämmer med behoven. En annan målkonflikt ligger i att personalen, för att orka, behöver hålla en professionell distans gentemot brukaren, medan brukaren själv i sin värdering av insatserna också värderar vårdbitrådets personliga egenskaper och engagemang. Studierna begränsas också av att brukare

med kognitiva svårigheter inte kan uttrycka sina värderingar, vilket ställer andra krav på utvärderingsinstrumenten.

Många kommuner och privata utförare genomför kontinuerliga brukarundersökningar för att följa upp sin verksamhet. Undersökningar av hemtjänsten i Stockholm under tre mättillfällen (åren 1995, 1998 och 2003) visar att andelen nöjda brukare var något högre 1995 för att ligga på knappt 80 procent under åren 1998 och 2003 (Utrednings- och statistikkontoret, 2003). Detta indikerar att kvaliteten inte har försämrats jämfört med situationen före kundvalet infördes. Av samma undersökning ses ingen skillnad i de äldres tillfredsställelse med hemtjänsten bland de hemtjänsttagare som hade hjälp redan före 2002 jämfört med dem som fick hemtjänst först sedan kundvalet införts. Bland personer med funktionshinder och som har hemtjänst, har nytillkommande hemtjänsttagare i större utsträckning svarat ”mycket nöjd” jämfört med dem som fick hemtjänst redan före systemet trädde i kraft. Av studien framgår också att personer med funktionshinder inte är lika tillfredsställda med hemtjänsten som äldre brukare är. I studien jämförs också brukarens tillfredsställelse med personalen före och efter det att kundvalet infördes. Förändringarna är små och går i både positiv och negativ riktning. Utredningen lyfter däremot fram att bemötandet från personalen är mycket bra. Personalens förmåga att passa tider samt möjligheten att lätt nå personalen har emellertid fått sämre omdömen bland de äldre.

Av brukarundersökningar i Oslo framgår att brukarnas tillfredsställelse med hemtjänsten tycks vara marginellt högre år 2004 jämfört med före införandet av kundval (år 2002) (Kaupang, 2004b). Tillfredsställelsen bland brukare med kommunala utförare tycks emellertid vara densamma.

Socialstyrelsen (2004c) drar slutsatsen att det är osäkert om kvaliteten i Stockholm stads hemtjänst har förbättrats sedan kundvalet infördes. En av svårigheterna bakom bedömningen är dels att systemet har varit i gång en kort tid, dels att man inte kan belägga effekterna av konkurrensutsättningen eftersom det saknas metoder och instrument som kan fånga effekterna. Vidare saknas kunskap om hur t.ex. kvaliteten i äldreomsorgen varierar över tiden. ”Även om man kan härleda effekterna till konkurrensutsättningen av äldreomsorgen, är därmed inte orsakssambandet säkrat” (Socialstyrelsen, 2004c sid 28). Vidare konstaterar Socialstyrelsen att det saknas underlag för att kunna belysa kundvalssystemet kvalitativa effekter över tiden i Nacka kommun.

En enkätundersökning år 2003 bland brukarna i den svenska kommunen Solna, som införde kundval år 2001, visar att fler är ganska nöjda eller mycket nöjda (82 procent) jämfört med startåret, då siffran var 57 procent (Utredarhuset 2003). Det finns i och för sig en viss spridning mellan utförarna i enskilda kvalitetsvariabler, men den kvalitetsegenskap som sattes främst var bemötandet. En brukarundersökning i norska Bærum, där man bl.a. jämfört kommunal hemtjänst och den privata utföraren anger att skillnaderna mellan utförarna är små (Bærum Kommune, 2003). Skillnaderna är inte statistiskt signifikanta. Samtidigt kan noteras att kundvalet endast omfattar service och då är det kanske inte så stora skillnader mellan utförare.

För personer med funktionshinder som har avlösar- och ledsagarservice uppfattar biståndsbedömarna att brukarna och deras anhöriga har fått större inflytande genom kundvalet (Utrednings- och statistikkontoret, 2004a). Samtidigt upplever de att servicen har blivit bättre. Däremot är de tveksamma till om kontinuiteten har förbättrats eller om klagomålen har minskat till följd av kundvalet.

Flera studier har visat att genom personlig assistans har livssituationen för personer med funktionshinder förändrats till det bättre. Norska undersökningar visar på en hög tillfredsställelse bland brukare med personlig assistans (Askheim & Guldvik, 1999; Guldvik, 2003). De upplever en ökad flexibilitet och livskvalitet samt ett ökat medbestämmande. Tillfredsställelsen tycks också vara störst hos dem med måttliga eller stora hjälpinsatser. Som ett viktigt motiv bakom tillfredsställelsen nämns möjligheten att själv välja en egen assistent. Föräldrar till utvecklingsstörda barn nämner att barnens tillvaro blir mer självständig på detta sätt (Askheim, 2001b; Askheim & Brun Hennem, 2004). Assistenten fungerar inte minst som ett led i barnets frigörelse från föräldrarna. Erfarenheter av personlig assistans visar att brukare hittar resurser hos sig själva, som de har glömt bort att de har och att de kan göra saker som de inte kunde drömma om tidigare (Gough & Modig, 1996). De menar att det skett en förskjutning från barriär till möjligheter. Ett eget ansvar skapar trygghet som kan öka flexibiliteten. Till exempel kan vissa uppgifter/sysslor skjutas upp till tidpunkter då en lämplig assistent är tillgänglig.

En god kvalitet nämns också som en av förklaringarna bakom ökningen av antalet brukare med statlig assistansersättning i Sverige. Antalet personer som fått statlig assistansersättning har ökat från 6 138 personer

år 1994, dvs. det år då lagen infördes, till 11 211 personer år 2002. Även det genomsnittliga antalet beviljade timmar per person har ökat under samma period från knappt 70 till 92 timmar per vecka. Orsakerna bakom denna kraftiga ökning är flera (Bengtsson & Gynnerstedt, 2002, 2003). Bl.a. nämns ett kontinuerligt försämrat hälsotillstånd bland brukarna och att erfarenheterna har visat att man genom personlig assistans kan förbättra sina levnadsvillkor mer än vad man trodde var möjligt. Vidare har det skett en positiv attitydförändring och en ökad kunskap om reformens möjligheter men också att det varit fråga om en förflyttning av brukare från den kommunala hemtjänsten till personlig assistans.

Även om personlig assistans ökar möjligheterna till ett självständigt liv finns det svårigheter, och bemötandet är centralt för hur man uppfattar sin situation (Bengtsson & Gynnerstedt, 2003). Även brist på personal och hög personalomsättning medför en känsla av otrygghet och osäkerhet vad gäller stödets kontinuitet (RFV, 2002). I en mindre svensk intervjustudie (Forssell, 2004) framkom att en betydande förutsättning för att upprätthålla kontinuiteten och flexibiliteten i assistansen är anhörigas konkreta insatser eller anhörigas ”aktiva bevakande” av den funktionshindrade intressen.

Hur den personliga assistansen utformas kan också ha betydelse för hur brukarna uppfattar kvaliteten. En utvärdering från år 1996 visar att brukare som fick stöd av en alternativ producent var mer nöjda än brukare som fick stöd av kommunen. Kontinuiteten värdesattes högt (Socialstyrelsen, 1997). En mindre enkätstudie från år 2003 visar att både brukare och assistenter var mer nöjda med alternativ assistansordning än kommunal assistansordning. Viktigt att notera är dock att endast 25 procent av de tillfrågade besvarade enkäten. De personer som svarade och som fick hjälp av alternativa assistanssamordnare hade lindrigare funktionshinder än dem som fick stöd av kommunen. Vidare har dessa gjort ett aktivt valt av assistanssamordnare medan många med kommunal assistans tilldelats denna automatiskt (Roos, 2003).

En annan indikator på hur brukarna uppfattar kvaliteten i tjänsterna är att studera hur många det är som byter utförare. Studier visar att det är förhållandevis få som valt att byta vilket skulle kunna tyda på att tillfredsställelsen av tjänsterna är hög. Som tidigare påpekats i kapitel 4 finns det tröskeleffekter som innebär att bytet inte uppfattas som något enkelt beslut och att man därför inte byter även om man skulle vilja. På samma sätt

finns det även nöjda brukare bland dem som byter, vilket gör statistiken svårtolkad. Brukaren har kanske tvingats byta på grund av att utföraren upphört med sin verksamhet. I Stockholm finns det exempel på utförare som på grund av missnöje fick vikande kundunderlag och tvingades att upphöra med sin verksamhet i den aktuella stadsdelen (Charpentier, 2004). Detta visar att kundvalet som system fungerar enligt förväntningarna, dvs. att det är kundernas preferenser som avgör vilka utförare som verkar i kommunen. Å andra sidan innebär detta att även de som var nöjda och själva aktivt valt denna utförare måste byta. Uppgifter från Stockholm tyder på att tre av fem av dem som bytte utförare år 2003 själva hade gjort ett aktivt byte (Stockholm Stad, 2004b).

5.5 Brukarnas syn på valfrihet och kundval

Samtidigt som det tycks vara låg kännedom om möjligheterna att kunna välja utförare tycker brukare av omsorgerna att det är viktigt att kunna välja (Utrednings- och statistikkontoret, 2003; 2004; Ankestyrelsen, 2003; Bærum Kommune 2003; Kaupang, 2004b). I en svensk studie (Utrednings- och statistikkontoret, 2003) rapporteras att två av tre äldre och funktionshindrade med hemtjänst tycker att valet av utförare var viktigt³. Nästan lika många av de äldre med hemtjänst ansåg också att det var viktigt att när som helst kunna byta utförare. Samma studie visar att brukarna tycker det är än viktigare att kunna påverka innehållet i den hjälp som de får. Det tycker 84 procent av de äldre och 90 procent av de funktionshindrade med hemtjänst. I en uppföljning av Oslos kundvals-system var det 70 procent som var positiva till ”brukarvalg” (Kaupang, 2004b). Bland brukare med kommunal utförare var andelen lägre, 60 procent.

Brukarnas hållning till valmöjligheten var inte lika övertygande i en dansk brukarundersökning, som omfattade drygt 1 000 pensionärer (Ankestyrelsen, 2003). Medan två av fem menade att valmöjligheten var bra, svarade en av fem att den saknade betydelse. De som kände till att man enligt lag kunde välja var också något mer positiva till valmöjligheten i sig. Man är också något mer positiv till valmöjligheten om man fått in-

³ Här ska noteras att brukarna besvarade frågan om det är viktigt eller oviktigt ”att kunna välja vem som ger Dig hemtjänst (kommunal hemtjänst eller privata företag)?” Frågan gällde således inte ett val av utförare generellt utan val av utförare med olika driftsform.

formationen om kundvalssystemet från andra brukare, från anhöriga eller från personalen, än om man fått informationen från kommunen eller via media. I denna danska undersökning efterfrågades också orsakerna till varför brukare var positiva till kundvalsmodellen. Flest personer, 74 procent, angav att brukaren själv kan bestämma vem som skall hjälpa. 64 procent uppgav att brukaren får större inflytande på hur hjälpen utförs.

Att flertalet tycker det är viktigt att ha en möjlighet att välja är förväntat. Man kan ställa sig positiv till valmöjligheten utan att för den skull ha för avsikt att själv utnyttja möjligheten. Även undersökningar bland allmänheten visar att många anser det vara viktigt att fritt kunna välja vårdgivare i äldreomsorgen (Eliasson & Enebuske Spånt, 2003). Vilket parti man sympatiserar med tycks inte ha någon större betydelse för inställningen. Studier bland brukarna (jämför ovan) visar emellertid att det är viktigare för brukarna att kunna påverka innehållet i hjälpen än att kunna välja utförare.

6. Några kritiska frågor

I detta kapitel diskuteras några kritiska frågor för att kundvalssystem skall fungera tillfredsställande sett ur brukarens perspektiv. På vilket sätt kan voucherns ekonomiska värde påverka brukarens valmöjligheter? Behöver biståndshandläggarens roll förändras? Finns det ett behov av kommunal produktion även efter införandet av kundval eller kan man förlita sig på alternativa utförare? Kan valfriheten bli för stor?

6.1 Voucherns ekonomiska värde

Voucherns ekonomiska värde är centralt i ett kundvalssystem och väcker en del kritiska frågor vad gäller förutsättningen att både införa och utveckla kundval i äldre- och handikappomsorgen. Voucherns värde kan vara avgörande för om en alternativ utförare kan överleva rent ekonomiskt. Brukarens vårdbehov och de resurser som tas i anspråk för att tillgodose brukarens behov med en godtagbar kvalitet bestämmer i princip voucherns värde. Detta kräver i sin tur såväl att brukarens vårdbehov kan definieras och mätas som att resursinsatsen för respektive vårdbehov (-nivå) kan skattas.

Om det är för stor negativ diskrepans mellan vouchervärdet och utförarens faktiska produktionskostnad begränsas kundvalssystemens möjligheter – inte minst utifrån ett konsumentperspektiv. Ersätts inte förhållandevis höga restider till och från brukare i glest bebyggda kommuner är det sannolikt få utförare som etablerar sig i dessa kommuner. I detta perspektiv är vouchervärdet viktigt för att få alternativa utförare att etablera sig i kommunen. I Stockholm, där företagen kan välja vilka geografiska områden som man ska vara verksam i, ses en tendens att företagen väljer bort områden med gles bebyggelse och få äldre (Hjalmarsson, 2003). Även i

Danmark görs denna reflektion där danska kommuner och företag menar att de omkostnader som uppkommer till följd av geografiska avstånd har betydelse för om företagen är intresserade att etablera sig (Ankestyrelsen, 2004a; 2004b; Eskelinen m.fl., 2004). Det främsta motivet till att alternativa producenter inte ansöker om godkännande är det ”geografiska krav” som kommunerna ställer. Detta krav innebär att utförarna måste kunna erbjuda sina tjänster i hela kommunen för att bli godkända. Övriga orsaker är kommunens invånarantal och befolkningstäthet.

Bor de äldre perifert begränsas brukarnas valmöjligheter och i svenska studier antyds att det endast är den kommunala utföraren som är alternativet i dessa situationer (Pihlquist & Swenson, 2001; Kastberg, 2002). Stora avstånd kan också innebära att utförare med särskild inriktning (t.ex. språklig eller kulturell) också kan få svårt att täcka sina kostnader om efterfrågan på just deras kompetens inte är samlad till ett visst område. Inget av de nordiska kundvalssystemen i äldreomsorgen har ett differentierat vouchervärde beroende på avstånd till och från brukaren.

Voucherns värde kan således antingen anges som ett enhetspris eller vara differentierat efter t.ex. när på dygnet hjälpen ges. När det gäller praktiska servicetjänster motsvaras voucherns värde av ett enhetspris i de nordiska länderna. Omfattas kundvalet av personlig omsorg förekommer det att vouchervärdet justeras beroende på när på dygnet hjälpen ges eftersom personalkostnaden är högre om hjälpen ges på kvällar, nätter eller helger. I svenska Nacka kommun finns också två typer av hemtjänstvouchers, en för service och en för omvårdnad, dvs. personlig omsorg. Ett motiv bakom införandet av en omvårdnadsvoucher och en servicevoucher var bl.a. att det var svårt att rekrytera vårdutbildad personal samtidigt som lönekostnaden är högre (Kastberg, 2002). I detta sammanhang bör också tilläggas att ett ersättningssystem som differentieras efter t.ex. restider och när på dygnet hjälpen ges förlorar en del av systemets enkelhet, något som annars kan ses som systemets styrka (Pihlquist & Swenson, 2001). Ett differentierat vouchervärde kan öka administrationen ytterligare.

En alltför stor negativ diskrepans mellan voucherns värde och utförarens produktionskostnad kan också innebära en ökad risk att utförare är mer intresserade av brukare som har längre sammanhängande hjälpinsatser jämfört med brukare som behöver tillsyn vid flera tillfällen per dygn. Att det finns incitament hos utförarna att välja brukare med många timmar för att minimera den obetalda arbetstiden lyfts fram i några svenska

studier (Kastberg, 2002, Eliasson & Enebuske Spånt, 2003; Pihlquist & Swenson, 2001). Denna tendens finns även om utförare i äldreomsorgen inte får tacka nej till kunder för andra orsaker än kapacitetsbrist. Även utvärdering av kundval i Oslo pekar i samma riktning (Kaupang, 2004b). De kommunala och privata utförarna menar att kortare uppdrag (< 30 minuter) har för låg ersättning per timme i förhållande till den restid och administration som besöket genererar.

När man i Sverige införde schablonersättning för personlig assistans på 90-talet, blev debatten omfattande mot bakgrund av den risk man såg med att fristående assistansbolag inte kunde ta emot ”dyr” assistans. Enligt Norén (2003) tycks så ha skett, dvs. att assistansbolag nekar brukaren om behovet är mycket omfattande. Assistansbolagen har ingen skyldighet att hjälpa alla personer med funktionshinder som hör av sig. En försiktig slutsats är att brukarens valfrihet är som störst när brukarens behov inte är allt för omfattande eller för ringa.

Ett motiv bakom införandet av kundval har varit att skapa ett system som bygger på långsiktighet. Till skillnad från entreprenadupphandlingar ses kundvalet som ett system som värnar om långsiktig kontinuitet på utförarsidan vilket ger goda kvalitativa fördelar för den enskilde brukaren. Detta förutsätter att vouchervärdet anpassas till de krav som detta ställer. För att utförare ska kunna t.ex. satsa på kontinuerlig kompetensutveckling för sin personal måste vouchervärdet ge de marginaler som detta kräver. På samma sätt måste vouchervärdet anpassas till andra målsättningar eller lagstadgade uppgifter. Med ett för lågt vouchervärde finns risken att utförarna inte medverkar i verksamheter som indirekt berör brukaren, t.ex. deltagande i olika samverkansgrupper där syftet är att stärka kontaktytor mellan olika vårdaktörer som brukare med stora behov behöver stöd av (jämför avsnitt 5.2).

6.2 Biståndsbedömarens roll

En kritiskt fråga gäller biståndsbedömarens roll i ett system med kundval. I de nordiska systemen gör den kommunala biståndsbedömaren en behovsbedömning och ska sedan på ett neutralt sätt upplysa brukaren och eventuellt närstående om möjliga utförare av de insatser som framgår av beslutet. Den kritiska frågan gäller om man bör begränsa biståndshand-

läggarens roll för att få en opartisk bedömning – inte enbart utifrån brukarens perspektiv utan också utifrån biståndsbedömaren som alltid genom sitt anställningsförhållande kan ifrågasättas. Privata utförare har uttryckt farhågor att kommunala biståndsbedömare kan agera opartiskt (Charpentier, 2002; Ankestyrelsen, 2004b).

Denna frågeställning är inte lika relevant i alla former av kundval. I system som bara omfattas av praktiska servicetjänster har brukaren och eventuella närstående förhållandevis goda förutsättningar att skapa sig en bild av utförarna. Frågeställningen blir mer relevant i system som också omfattar personlig omsorg. Då är brukarens hjälpbehov stort och det kan vara svårt att själv kunna ställa relevanta frågor för att kunna välja. En lösning kan vara ett system med personliga ombud som är separerade från behovsbedömningen. Vid assistansersättning kan t.ex. brukarkooperativ fungera som den funktionshindrade personens ombud.

I det obligatoriska vårdförsäkringssystem som infördes år 2000 i Japan kan den äldre välja mellan olika utförare av hemtjänst eller äldreboenden (Edebalk & Svensson, 2000). Som ett led i denna försäkring introducerades också ett system med care manager, ett personligt ombud, som innebär att den äldre har rätt att vända sig till ett ombud för att få hjälp att välja utförare och typ av insats. Det personliga ombudet är helt frikopplat från den grupp som bedömer brukarens behov och ersättning. Denna bedömning, som ligger till grund för en eventuell ersättning från försäkringen, görs av en grupp som är sammansatt av både läkare, sjuksköterskor och socialarbetare. Ett liknande system med en fristående behovsbedömning finns även i det holländska kundvalssystemet (Tops, 2004). Den enhet (omsorgskontoret) som beslutar om den beloppsmässiga storleken på den s.k. personliga budgeten är en fristående enhet. I Holland finns också en omsorgsrådgivare som brukaren kan kontakta för kostnadsfri rådgivning och information om tjänsteutbud. Här finns också kommersiella rådgivningsbyråer som brukaren kan anlita och ersätta med sin personliga budget.

Det japanska personliga ombudet har en stödjande roll – inte enbart initialt vid själva valsituationen utan också under hela vårdtiden. Ombudet ger brukaren ett förslag på en omvårdnadsplan, kontaktar de utförare som är aktuella och ska följa upp att brukaren får den vård som avtalats. Ombudet hjälper den äldre att utforma ett kontrakt med utföraren. De

personliga ombuden har inga befogenheter att justera försäkringsersättningen utan måste då begära revision av försäkringsgivaren.

Erfarenheterna från Japan visar att de flesta brukarna kontaktar ett personligt ombud för att få hjälp att välja och planera omvårdnaden. Utvärderingar av det japanska ombudssystemet är emellertid inte många. Ett par kritiska punkter kan dock noteras. Japan har saknat de resurser som behövs för att kunna bygga upp ett system med personliga ombud (Campbell & Ikegami, 2003). Nio av tio ombud är anställda av de företag och organisationer som producerar äldreomsorg i Japan, vilket kan ifrågasätta deras opartiskhet i samband med vårdplaneringen med den enskilde och vem de egentligen företräder i dessa situationer. Det finns studier som tyder på att brukare med ombud, som är anställda av en hemtjänstutförare, i större utsträckning har hjälp av hemtjänsten än om ombudet inte är det (Tada, 2004). Redan anställd personal har certifierats som personliga ombud efter att de genomgått en kortare utbildning. Att ombudens kunskaper och erfarenheter i många fall är bristande har observerats. Arbetet med att koordinera brukarens hjälpinsatser och att bevaka insatserna utifrån brukarens intressen har inte skett i någon nämnvärd omfattning och Campbell & Ikegami (2003) ser detta som ett allvarligt problem.

De multisjuka äldre är en uppmärksammas grupp. Dessa brukare behöver stöd och vård av många professioner regelbundet och under långa tidsperioder. Behovet av att integrera delar av hälso- och sjukvården med den vård och omsorg som genomförs av kommunerna för dessa brukare har betonats allt mer under senare år inte bara i Norden utan också i många andra länder (Challis m.fl., 2001; Mur-Veeman m.fl., 2003, Weiner m.fl., 2003, Ware m.fl., 2003, Leichsenring, 2004). Hur man väljer att arbeta med denna integration skiljer sig däremot betydligt mellan länder – inte minst beroende av vårdens och omsorgens strukturella förutsättningar (Leichsenring, 2004). Den integrerade vården kan också variera inom ett och samma land; vissa system tar sin utgångspunkt i sjukvården (t.ex. att arbetet med att samverka kring patienten leds av en sjuksköterska med sin bas i sjukvården), medan andra utgår från socialtjänsten (Weiner m.fl., 2003). Andra exempel är att skapa ett äldreteam, bestående av vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare, som specifikt arbetar för de multisjuka äldre (Gurner & Thorslund, 2003). Att skapa ett fungerande team där flera professioner samverkar är en utmaning för de industrialiserade länderna framöver. En kritisk fråga är därför i detta sammanhang om

förutsättningarna för att skapa ett sådant äldreteam blir än svårare om verksamheten omfattas av kundval där antalet utförare är flera. En care manager, ett eget personligt ombud, skulle kunna ha en viktig roll som samordnare för ett sådant team.

6.3 Behov av kommunal produktion

Som framgår av kapitel 2 behöver inte ett kundvalssystem innebära ett ökat inslag av privata utförare i äldre- och handikappomsorgen. Man skulle kunna tänka sig att all produktion sker i flera kommunala resultat-enheter och att brukaren får välja mellan dem. I de nordiska kundvalsmo-dellerna är emellertid ett av flera motiv bakom kundvalssystemet att öka mångfalden genom att fler aktörer etablerar sig på marknaden. I vissa länder, t.ex. Finland, Holland och Japan, är ett syfte med kundvalet att stärka de äldres och handikappades möjligheter att vårdas hemma just genom att stimulera företagsverksamheten.

En viktig fråga blir då om det finns ett behov av kommunal produktion eller om man kan överlåta all drift till alternativa utförare. Sett till hur de nordiska kundvalssystemen idag är uppbyggda finns det både system som ställer krav på att kundvalet ska inkludera en kommunal utförare och system som inte gör det. Som exempel kan nämnas de svenska kommunerna Solna och Stockholm. I båda dessa kommuner sker en upphandling av utförare, men det ställs inga krav på att egenregi ska lägga anbud. I Solna kommun ansåg kommunen det som angeläget att ha kvar verksamhet i egenregi, vilket förklarar att man inte valde att inkludera egenregi i upphandlingen eftersom det då finns en risk att den blir utkonkurrerad (Utredarhuset, 2002). I Stockholm anser man däremot att det inte behöver finnas en egen verksamhet i varje stadsdel så länge som det finns fler än en utförare i området (Stockholm stad, 2001). Även om egenregi inte ingår i upphandlingen ska det finnas möjlighet till avknoppning för den kommunala enheten. I det finska kundvalssystemet ställs det krav på att kommunen ska kunna tillhandahålla de tjänster som servicesedeln (vouchern) täcker (Social- och hälsoministeriet, 2003).

Eftersom kommunen har det yttersta ansvaret för verksamheterna kan det synas angeläget att viss del av verksamheten behålls i kommunal regi (Andersson, 2002). Om en utförare väljer, eller tvingas, att upphöra med

sin verksamhet underlättas situationen om kommunen driver egen verksamhet. Genom egenregi bevaras dessutom kompetensen i kommunen. Att behålla en del i egen regi ses också som ett skydd för brukaren (Social- och hälsoministeriet, 2003). Andra motiv som nämns för att behålla viss verksamhet i kommunal regi är att det finns ett värde av att kunna jämföra utförarna mot egenregin, inte minst i samband med att vouchervärdet bestäms (Charpentier, 2004).

I detta sammanhang kan också nämnas att en förklaring till varför flertalet danska kommuner använder ett auktorisationsförfarande kan sökas i det danska regelsystemet. Om kommunerna väljer att genomföra en offentlig upphandling måste nämligen egenregin också lämna ett anbud. Då kan den kommunala utföraren bli utkonkurrerad vilket är en risk som kommunerna kanske inte vill ta. En liberalisering av de danska upphandlingsreglerna tycks emellertid nu vara aktuell.

6.4 Behövs konsumentskydd?

Med ett ökat brukaransvar är det angeläget att ställa frågan om kundvalet i sig ökar behovet av ett förstärkt konsumentskydd och om det är angeläget att förstärka detta för vissa brukargrupper. Frågan gäller om kundvalet i sig innebär en ökad risk att brukaren inte får de insatser, och på det sätt, som överenskommit med utföraren.

Det är kommunala behovsbedömare, som fattar biståndsbeslut inom de nordiska ländernas äldre- och handikappomsorg. Insatserna baseras på lagfästa rättigheter och brukarna har möjlighet att överklaga beslut om insatser. För kommunerna är det en skyldighet att svara för att omsorgsbehov tillgodoses antingen en kundvalsmodell tillämpas eller ej. De nordiska kundvalskommunerna anger kvalitetskriterier som skall uppfyllas av utförarna; i Danmark och Finland är detta reglerat i lag. Kommunerna skall lämna opartisk information om alternativa utförare och de skall med olika metoder (brukarundersökningar, stickprovskontroller mm) kontrollera omsorgskvaliteten. Sätillvida torde ett ökat konsumentskydd inte vara behövligt.

Några forskningsrapporter som direkt analyserar behovet av ett utökat konsumentskydd har inte kommit till vår kännedom. Till viss del skyddas konsumenten genom den upphandling eller det godkännande som sker av

nya utförare utifrån de kvalitetskrav som ställs upp. Det finns olika tolkningar av om ett godkännande innebär samma konsumentskydd som vid ett upphandlingsförfarande där ett avtal tecknas mellan kommunen och utföraren. Enligt den finska propositionen (RP 74/2003) och utskottets betänkande (ShUB 23/2003) inför lagstiftningen om den finska service-sedeln, diskuteras om konsumentskyddet behöver förstärkas i samband med kundvalet. Utskottet understryker vikten av att kommunerna vid valet av serviceproducent är extra noga med kvaliteten på tjänsterna vid godkännandet och poängterar vidare att kommunen är skyldig att följa upp kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls av privata serviceproducenter, bl.a. genom regelbundna brukarundersökningar. Vidare noterar man att det inte är oproblemiskt att det i huvudsak är brukarna som står för kvalitetskontrollen, särskilt när det gäller ”ålderstigna klienter”. Av propositionen framgår också att brukarens ”köp” av tjänster med hjälp av servicesedeln inte omfattas av konsumentskyddslagstiftningen eftersom kundvalsmodellen innebär att kommunen ordnar servicen genom att godkänna utförarna. Kommunerna är i sin tur inte en yrkesutövare i den bemärkelsen som åsyftas i lagen eftersom kommunen inte producerar tjänster i vinstsyfte.

Ett förstärkt konsumentskydd kan emellertid, enligt vår mening, vara aktuellt för de mest sköra och svaga brukarna. I avsnitten 5.2 och 6.2 har vi behandlat möjligheten att brukare tilldelas ett personligt ombud. Det kan diskuteras om rättigheten till ett sådant ombud bör lagfästas. Särskilda kompetenskrav på ombuden måste i så fall preciseras. Erfarenheter från Japan pekar dessutom på att ett sådant ombud måste stå fri från utförarintressen.

Även här kan nämnas den nu aktuella svenska utredningen om assistansordningen. Utredningen skall, enligt direktiven, kartlägga olika verksamheter med personlig assistans med utgångspunkt i vem som anordnar assistansen. Den skall också överväga och föreslå lämpliga former av tillsyn av enskilda verksamheter med personlig assistans (Socialdepartementet, 2004). Detta kan tolkas så att konsumentskyddet för funktionshindrade personer sannolikt kommer att förstärkas i Sverige.

6.5 Hur stor kan valfriheten bli?

Valfriheten blir som störst när vouchern ges som en ”peng” som kan användas fritt, dvs. inte är begränsad till vissa utförare eller tjänster. I viss utsträckning finns denna maximala valfrihet i det holländska kundvalet. En brukare kan välja mellan traditionell omsorg eller en ”personlig budget”. En viss procentsats av den personliga budgeten (1,5 %⁴) kan användas till utgifter som förhöjer den enskildes livskvalitet. Dessa utgifter behöver inte redovisas till det s.k. omsorgskontoret som beslutar om budgetens storlek. Utvärderingar i Holland pekar på att brukare med personlig budget upplever sig få ett bättre bemötande och en omsorg mer inriktad på sina behov, jämfört med likartade brukare som får en mer traditionell omsorg (Tops, 2004).

Assistansersättningen i de nordiska länderna innebär en något mer begränsad valfrihet jämfört med Holland. I den nordiska modellen är det två länder, Danmark och Finland, som kräver arbetsgivaransvar för att personer med funktionshinder ska få assistansersättning beviljad. Ett något mildare krav ställs i Norge där brukarens möjligheter att vara arbetsledare är en förutsättning för att få personlig assistans. Personer med funktionshinder i Sverige och Island har i detta perspektiv en större valfrihet eftersom det inte ställs några krav på personens förmåga att kunna vara arbetsgivare eller arbetsledare för sin personliga assistent.

Jämfört med kundvalssystemen i nordisk äldreomsorg innebär den japanska vårdsförsäkringen en större valfrihet eftersom den äldre både ska välja vem som ska utföra tjänsten och vad hjälpen ska innehålla. Den äldre brukaren har också möjlighet att välja mer praktisk service och omsorg än vad försäkringen ger utrymme till, men då får brukaren själv betala den merkostnad som detta innebär. Valfriheten begränsas emellertid av att ersättningen från försäkringen inte utbetalas kontant. Campbell & Ikegami (2003) menar att ett argument mot kontantersättning var att ett sådant system skulle användas till att finansiera den redan omfattande anhängvården. I Japan var en målsättning att man skulle stimulera etableringen av nya utförare och utvecklingen av omsorgsinnehållet. Ersättning till anhängvårdare sågs dessutom som en ”kvinnofälla”.

Å andra sidan kan ”pengen” vara ett sätt att kompensera anhöriga för de insatser som de redan gör. I Tyskland, som har en omsorgsförsäkring

⁴ Här finns både en min- och en maxgräns för beloppets storlek.

sedan 1995, kan ersättning utgå till anhörig-vårdare. Denna ersättning är dock klart lägre än för professionella insatser (Edebalk & Svensson, 2000). Hittills har de som är berättigade till ersättning från försäkringen fått hjälp av anhöriga och många av dem upplever detta som betungande (Eskelinen m.fl., 2004).

Av en studie bland amerikanska patienter med Medicaid framgår att yngre och äldre tycks vara mindre intresserade av en kontant ersättning jämfört med övriga (Mahouney m.fl., 2004). Vidare tycks personer med svårare funktionshinder vara mer intresserade än de med lindrigare funktionsnedsättning. Oavsett funktionshinder är patienter med anhörigvårdare mer intresserade av kontant ersättning jämfört med dem som inte har hjälp av anhöriga.

Valfriheten kan också påverkas av brukaravgifternas konstruktion. Till skillnad från de nordiska kundvalssystemen i äldreomsorgen kan det japanska systemet innebära att brukarens val i viss utsträckning styrs av priset på vården. Brukarens egenavgift är tio procent av vårdkostnaden oavsett vad det är för hjälp som ges. Detta har t.ex. fått till effekt att många brukare väljer att enbart få hjälp med praktiska serviceinsatser även om de genom försäkringen kan få ersättning för viss personlig omsorg i hemmet (Campbell & Ikegami, 2003). Med en högre kostnad per utförd hjälptimme i hemmet blir också brukarens egenavgift högre för personlig omsorg än för praktisk service och den stora valmöjligheten begränsas därför till brukare med högre inkomster.

Kundvalssystem kan alltså under vissa förutsättningar innebära en mycket hög grad av valfrihet för brukarna. Personer som beviljats assistansersättning i Sverige kan exempelvis själva anställa personliga assistenter utan att dessa är underkastade någon form av auktorisation av kommunen. Detta gäller, åtminstone i princip, även om det är fråga om grava begåvningshandikapp. Som arbetsledare är det dessutom personen med funktionshinder, som fattar beslut om vilka uppgifter som skall utföras. Motsvarande frihet har personer med funktionshinder i Norge, i de fall kommunen har gjort bedömningen att de kan vara arbetsledare för assistenten. I Norge begränsas således valfriheten av vissa egenskaper hos brukaren. I Danmark och Finland är valfriheten än mer begränsad, eftersom här ställs kravet på brukaren att kunna vara assistentens arbetsgivare.

Man kan följaktligen fråga sig om inte den nordiska äldreomsorgen kan ha något att lära av utländska erfarenheter eller av valfrihetsinslag

inom nordisk handikappomsorg. Efterhand blir yngre personer med personlig assistans ålderspensionärer och omsorgen blir då att betrakta som äldreomsorg. När skall deras valfrihet då beskäras?

6.6 Vad händer med servicen?

Tendensen har i de nordiska länderna varit att antalet personer som enbart får hjälp med praktiska serviceinsatser har minskat. Samtidigt ges inte lika mycket tid till serviceinsatser på så sätt att matinköp sker i närmaste butik och städningen görs inte lika ofta. Medan utvecklingen i t.ex. Norge och Sverige inneburit att hemtjänstinsatser har koncentrerats till färre brukare med större behov så har åtstramningen i Danmark snarare inneburit en begränsning av hjälpinsatsvolymen än hur många personer som beviljas hjälp. Detta har främst påverkat de brukare som inte har så stora behov. Till detta kommer också de förebyggande hembesök som personer som är 75 år eller äldre har rätt till två gånger om året. I Finland finns en möjlighet att få skatteavdrag för hjälp som ges i hemmet och i Danmark har pensionärer möjlighet att köpa hushållsnära tjänster till subventionerat pris. Förslag på skattesubventionerat system av denna typ av tjänster har också funnits i Sverige (Lagergren, 2003).

Lagergren (2003) konstaterar att det skett en ”avsevärd förskjutning” i hemtjänstens innehåll i Sverige. En del kommuner beviljar inte enbart praktiska serviceinsatser. Variationen i antalet brukare som beviljas insatser och omfattningen av dessa är också stor mellan kommunerna. Vilka tjänster som inryms i rättighetslagstifningen och under vilka förutsättningar som brukaren har rätt att få dem är således inte tydligt. Denna otydlighet, menar Lagergren, gör det svårt att värdera effekterna av en eventuell utökad service i hemmet för äldre personer.

Som tidigare nämnts i denna rapport ger vissa kommuner i Sverige s.k. boservice till äldre utan att hjälpen behöver föregås av en biståndsprövning. Motiven bakom dessa system är enligt Lagergren (2003) att öka den enskildes självbestämmande samtidigt som det förenklar handläggningen av dessa hemtjänstären. I exempelvis den svenska kommunen Linköping innebär systemet att en person som är 75 år eller äldre beställer boservice direkt hos utföraren utan en föregående biståndsprövning. Brukaren har rätt till sex timmar boservice per månad. Det är så många tim-

mar som den enskilde kan få inom ramen för den avgift som kommunen maximalt får ta ut i brukaravgifter i äldreomsorgen. Avgiften per timme kan därmed bli 195 kr. I genomsnitt har brukarna 4,5 timmars bosome per månad.

Enligt Lagergren (2003) har den förhållandevis höga avgiften bidragit till den begränsade efterfrågan på bosome i Linköping. Vidare menar han att det är personer med lätta och måttliga funktionsnedsättningar som kan bli aktuella för en eventuellt utökad service. Denna grupp är också ekonomiskt starkare än dagens brukare av hemtjänst. I ett system med subventionerade servicetjänster finns därför en risk att de tjänster som erbjuds i systemet, och därmed den offentliga subventionen, endast kommer dem till del som har råd att betala för dem. Så tycks ha skett i det danska systemet med subventionerad hjemmeservice, där pensionärens inkomst tycks ha haft betydelse för om tjänsten utnyttjats. Bland pensionärer med en disponibel inkomst under 200 000 danska kronor var det ca 12 procent som utnyttjat hjemmeservice, medan bland dem med inkomster mellan 200 000–400 000 danska kronor var andelen ca 19 procent (Lewinter, 2004a). Vid inkomster över 400 000 kr hade 35 procent av pensionärerna använt hjemmeservice i någon utsträckning.

Skatteavdrag för hushållsnära tjänster har funnits i Finland sedan år 2001. Som tidigare nämnts gäller detta avdrag för både omsorgstjänster och mer praktiska hushållstjänster. Tyvärr saknas uppgifter om i vilken utsträckning som avdraget har använts till service eller omsorg och vilken betydelse systemet hittills har haft för att avlasta hemtjänsten, vilket var ett av syftena med systemet (Kröger, 2004)

Lagergren (2003) betonar vidare att det saknas tillräcklig kunskap för att man ska kunna säga vilka effekter som ett system med utökade praktiska serviceinsatser för äldre kan få. Här finns inte bara en osäkerhet vad gäller vilka grupper som skulle tänka sig att acceptera erbjudandet om utökad service, utan också vilka effekterna kan tänkas bli på deras hälsa och livskvalitet. Ett system med en utökad service kan skilja på en rad punkter, exempelvis tjänsternas inriktning och omfattning samt avgifternas storlek – faktorer som i sin tur påverkar vilka effekter man kan uppnå med systemet.

7. Några frågor för framtida forskning

Ett syfte med studien har varit att ge förslag på angelägna forskningsfrågor om kundval sett ur brukarens perspektiv. I detta kapitel lyfter vi därför fram några frågor för framtida forskning.

En slutsats av studien är att vi har funnit överraskande *lite vetenskaplig nordisk forskning* om kundval sett utifrån konsumentperspektivet. Viss forskning finns om kundvalsmodeller ur ett styr- eller resursfördelningsperspektiv, men även här karaktäriseras forskningen av kommunvisa studier som gör det svårt att generalisera resultaten. En något fylligare forskning finns om personer med funktionshinder och som beviljats personlig assistans. Här kan särskilt nämnas den forskning som under ett flertal år genomförts vid Högskolan i Lillehammer. Även i Sverige har brukarens perspektiv uppmärksammats i en rad studier av forskare spridda vid olika högskolor och universitet, däribland Jönköping, Halmstad och Linköping. Aktuell forskning i Sverige om kundval i äldreomsorgen har framför allt skett i Stockholm, Göteborg och Lund. Forskningen om kundval i de övriga nordiska länderna har varit än mer begränsad. Det är också påtagligt att de kundvalssystem som nyligen införts i äldreomsorgen i de nordiska länderna inte utvecklats utifrån forskning.

Vi har också kunnat konstatera att *begreppet kundval är mångfacetterat*. Brukarens situation blir beroende av hur kundvalssystemet är konstruerat; exempelvis om det för brukaren är obligatoriskt eller frivilligt att välja utförare, vilka tjänster som brukaren kan välja mellan och hur många utförare som kan vara aktuella. Det saknas kunskap om hur olika ”typmodeller” av kundval fungerar sett ur ett brukarperspektiv. I vissa kundvalsmodeller är det knappast några större problem för brukaren. Så är till exempel fallet i ett kundvalssystem där kommunen avgör om brukaren är förmögen att välja utförare. Ett sådant system gäller för t.ex. personlig assistans i Norge.

En annan viktig fråga är *informationens betydelse* i ett kundvalssystem. Detta är också ett problem som uppmärksammas internationellt. Schneider & Lieberman (2001) menar att varken brukare eller beställare av tjänster använder sig av den information som finns tillgänglig om t.ex. verksamheternas kvalitet. De konstaterar också att samtidigt som brukarna vill ha mer information är det få som har möjlighet att förstå och därmed använda den. Vilken betydelse har informationen i förhållande till personens egna upplevelser eller rekommendationer från närstående och personal? Hur ska information presenteras för att bli trovärdig och hur ofta och vid vilka tillfällen ska den ges för att brukaren ska kunna uppfatta den? Hur framgår det av informationen vilken profil utföraren har och vad utföraren är bra på? Finns det någon anledning att ha särskilda informationsinsatser för olika kategorier av brukare? Vare sig gruppen äldre eller grupper av personer med olika funktionshinder är homogena sett till vilka möjligheter de har att ta till sig information eller att själva kunna ta hjälp av någon för att tolka informationen.

En annan angelägen forskningsfråga gäller *biståndsbedömarens roll*. I slutet av 90-talet konstaterade Socialstyrelsen (1999) att en av de största organisatoriska förändringarna som skett i svensk äldreomsorg under 1990-talet är att separera biståndsbedömarens myndighetsansvar från ett verksamhetsansvar. Motsvarande utveckling ses också i övriga nordiska länder. En sådan separation torde underlätta införandet av kundval. Vad som också blir tydligt i ett kundvalssystem är att biståndshandläggarens roll förändras till att bli mer av en mäklare som förmedlar information om aktuella utförare. Här finns exempel från andra länder med s.k. personliga ombud (care managers) som är fristående från själva behovsbedömningen. Ombudets roll kan ges olika former och det vore intressant med försöksverksamhet i kombination med forskning i en nordisk miljö.

Behovet av ett *holistiskt synsätt* i planeringen av vård och omsorg för äldre och personer med funktionshinder med stora hjälpbehov har blivit allt mer uppmärksammat inte bara i de nordiska länderna utan också internationellt. Att skapa nya strukturer utifrån brukarens behov är en utmaning i de industrialiserade länderna där allt mer av vården och omsorgen kan ske i den enskildes eget hem. Även avancerade vårdinsatser kan ges hemma med hjälp av kvalificerade hemsjukvårdsteam. Den integrerade vården bygger på samverkan mellan olika professioner såväl inom som mellan olika organisationer. Som framgick av kapitel 5 ses ett system

med ”care managers” som en möjlig lösning för att integrera vård och omsorg för multistjuka. En kritisk fråga är i vilken utsträckning som kundval med ett fritt tillträde av utförare försvårar samverkan mellan olika aktörer kring brukare med stora behov av vård och omsorg. Hur arbetar man idag med helhetsperspektivet i kommuner där fritt tillträde finns och kan man se någon skillnad med de kommuner som genom upphandling har begränsat antalet utförare i kommunen?

Frågor om *kvaliteten* i praktisk service och personlig omsorg bör uppmärksammas i den framtida forskningen om kundval. Som framgick av kapitel 5 måste man vid en bedömning av kvaliteten beakta kundvalets omfattning. Det går inte att jämföra resultaten av kvalitetsstudier bland brukare i en kommun där kundvalet endast omfattar praktisk service med resultat från en kommun vars kundval omfattar hela hemtjänsten. En annan svårighet är att kvalitet kan ses både ur ett professionellt perspektiv och ur ett brukarperspektiv. På samma sätt som det finns skillnader i hur professionen respektive brukaren uppfattar behov finns det skillnader i hur de definierar kvalitetsmål och om de upplever att målsättningen uppnåtts. Det är också viktigt att öka kunskapen om *hur olika kvalitetssäkringssystem fungerar*. I och med kundvalet överläts en del av kvalitetskontrollen till brukaren genom möjligheten att byta utförare. I vilken utsträckning kan kvalitetskontrollen överlåtas till brukare inom äldre- och handikappomsorgen och ställer kundvalet några särskilda krav på kommunens kvalitetssäkringssystem?

Ett av motiven bakom kundval är att öka mångfalden av utförare. En intressant framtida fråga är hur den *kommunala verksamheten förändras* när kundval införs och vilka effekter det får för ”deras” brukare. Och vilka är dessa brukare? Denna rapport har visat att kundvalets konstruktion kan innebära att vissa brukare blir mer eller mindre hänvisade att välja en viss utförare. Detta kan t.ex. gälla brukare i kommunens ytterområden då hjälpbehovet är så omfattande att brukaren behöver flera besök under dygnet. Dessa tycks vara mer hänvisade till den kommunala utföraren än de som bor i den centrala tätorten. Vad innebär kundvalet för dessa brukare?

Vi har också uppmärksammat *betydelsen av voucherns värde* sett ur ett konsumentperspektiv. Det finns indikationer på att vouchervärdet påverkar företagets etablering i glesbebyggelse och företagets möjligheter till profilering. Vidare tycks vissa brukargrupper med alltför ringa

eller alltför stora hjälpbehov ha färre valmöjligheter. Men vad händer exempelvis med kvaliteten i service och omsorg vid olika värden på vouchern?

Komparativa forskningsinsatser kan vara betydelsefulla i den fortsatta forskningen om kundval för äldre och funktionshindrade. I denna rapport har beskrivningar gjorts av några länder (Japan, Holland och Storbritannien) som kan vara relevanta för en jämförande studie. I Japan har man exempelvis ett nationellt standardiserat system för behovsbedömning som vore intressant att jämföra med systemen i andra länder – inte minst i Norden. Vidare vore det önskvärt med *longitudinella studier*. Mycket av de resultat som presenterats i denna rapport avser erfarenheter under mycket kort tid. Det tycks vara så att med tiden ökar andelen brukare som väljer en privat utförare av omsorgen. Detta kan vara en indikation på att det tar tid att implementera ett kundvalssystem. Hur påverkas brukarnas sätt att agera efterhand som tiden går och erfarenheter vinnns?

En avslutande reflektion gäller assistansersättning för yngre och äldre med funktionshinder. Yngre personer med funktionshinder kan vid behov få personlig assistans med den valfrihet som det för med sig. Personen kan också få ha kvar sin assistansersättning efter sin 65-årsdag. Någon motsvarande valfrihet finns inte i äldreomsorgen i övrigt. I Sverige blir skillnaden mellan systemen påtaglig. Den som i Sverige har personlig assistans får insatser som ska tillförsäkra brukaren ”goda levnadsvillkor”. Brukare av äldreomsorg skall emellertid enligt biståndet endast tillförsäkras en ”skälig levnadsnivå”. Hur kan dessa system fungera parallellt och vad blir syntesen på sikt av dessa oförenliga koncept?

English Summary

Customer-choice for elderly people and persons with functional disabilities is being discussed in the Nordic countries, and in some cases it has been implemented, too. In the services for the disabled, customer-choice is exercised whenever a person with a functional disability selects his/her personal assistant. Services for the elderly comprise systems allowing an elderly person to decide who is to perform certain jobs for him or her, once the formal decision to grant assistance has been made. A couple of Swedish municipalities were pioneers when they introduced customer-choice in the care of the elderly in the early 1990s. Denmark, where a nationally regulated customer-choice system was launched in 2003, is ahead of the other Nordic countries in this respect. Finland recently introduced a law which regulates the customer-choice system in those cases where municipalities decide to adopt one.

This study aims to present the current state of knowledge as regards the effects of customer-choice systems in Nordic care services for the elderly and the disabled. Proceeding from a user perspective, the study describes the structure and design of customer-choice models, as well as what we know today about the effects of those models.

A central conclusion drawn in the study is that there has not so far been much scholarly work done on customer-choice from the consumer's point of view in the Nordic countries. Studies of individual municipalities predominate in such research as we do have; consequently, it is hard to generalise on the basis of existing findings – not least in view of the fact that customer-choice is dissimilarly designed in different municipalities and countries.

'Customer-choice' is a multifaceted concept. The user's situation is dependent on how the customer-choice system has been constructed. For instance, is the user obliged to select a provider/implementer ('provider'

from now on), or is the choice an optional one? What services is the user able to choose from, and how many providers may be involved? There is a lack of knowledge as to how different customer-choice 'type models' function, seen from the user's perspective.

What is 'customer-choice'?

'Customer-choice' is a system in which the user is free to choose one of at least two providers, one being run by the local authorities and the other/others by private enterprise(s). A situation where the user is restricted to a certain provider and determines the content of the relevant service in consultation with that provider does not amount to customer-choice. Nor does the situation in which a user chooses to decline certain services – in that case, of course, the user did not have the initial option of selecting a provider of his/her choice.

In a customer-choice system the user, following an assessment of his/her needs, receives a voucher, a certificate of value sometimes referred to as a 'cheque'. The voucher is not a cheque in any real sense, but a document stating that the chosen provider is entitled to compensation out of public funds.

Customer-choice in the Nordic countries

In Denmark, municipalities are obliged to offer customer-choice within the framework of the regular home services for elderly and functionally disabled people. In Finland, the Act on the so-called service voucher amounts to a regulation of customer-choice in those municipalities that decide to introduce it. Although there is legislation on customer-choice, it is up to the individual user whether he/she actually decides to make use of the opportunity to choose. In a couple of Swedish municipalities whose services for the elderly include customer-choice, the user is obliged to select a provider. One circumstance is similar in all the Nordic countries: customer-choice in the care of the elderly occurs in the context of care and assistance in the home ('home help' from now on). There are a few Swedish municipalities where elderly people in special accommodation can also make choices. Even when the system comprises home-help services, there are differences: in some cases the entire home-help service package is included, whereas other municipalities only operate customer-choice in relation to parts of the package.

Personal assistance for people with functional disabilities exists in all the Nordic countries; but differences in terms of regulation, organisation, and extent can be observed. The right to personal assistance is stronger in Sweden than in the other countries, financial responsibility being divided between the relevant municipality and the State. Iceland also operates a system where responsibility for personal assistance is divided between national and local government. In the other countries, municipalities have sole financial responsibility. In Denmark, Finland, and Norway, there is a stipulation to the effect that the user must be able to direct the work if he/she is to be granted assistance; no such rule exists in Sweden and Iceland. Denmark and Finland have gone further in this direction than the others: they also insist that the user should be able to function as the assistant's employer.

What do we know about effects?

Users find it difficult to absorb information about the customer-choice system itself, as well as about the providers they can choose between. The body of information is felt to be extensive, and differences between providers are hard to distinguish. The individual user's state of health and his/her actual situation influence his/her ability to grasp the information.

With regard to the degree of activity shown by elderly people when it comes to choosing providers, the indications supplied by previous studies vary. It is clear that some users (between 20 and 30 per cent) would not have managed to make a choice without the help and involvement of the person who assessed the assistance they needed ('assistance assessor' from now on). At the same time, it is not clear to what extent, and in what ways, an assistance assessor can actually help an individual user faced with a choice.

Most of the users who choose private providers are 'newcomers'. The proportion of users who select a private provider is relatively modest at the stage when customer-choice is a novelty, but it appears to increase with time. There seems to have been something in the nature of profile development among providers in the services for the elderly and in personal-assistance services. No development of new types of service has been discernible in the home-help sector.

People with functional disabilities are more apt to appreciate having an opportunity to choose their own provider than elderly persons in need of service. While the assistant's personal qualities are essential when a disabled person makes a choice regarding personal assistance, elderly persons selecting providers feel reassured by geographical proximity and other people's recommendations. Conditions favouring the introduction of customer-choice vary from one municipality to the next, and so does the user's opportunity to choose. If a user lives some distance from large built-up areas, his or her opportunity to make his/her own choice will be smaller – fewer providers open business in areas where geographical distances are felt to be over-long.

Few users of home-help services for the elderly change providers; their proportion amounts to approximately ten per cent. Although the construction of the customer-choice system is intended to make such changes comparatively easy, studies indicate problems. Any change of this nature entails effort and an element of insecurity. A user who is dependent on home-help personnel may not wish to complain 'unnecessarily'. Emotional obstacles may increase along with the elderly person's growing need for care, and in relation to the time he or she has been a care recipient. In the services for the disabled, the shortage of personal assistants is also mentioned as one reason why a disabled person may hesitate to change assistants.

An assistance assessor's chances of finding time to follow up arrangements seem to diminish when customer-choice is introduced and when, by the nature of things, customer-choice means additional administrative work for the assessor. Supplying information takes longer, and at the same time the assessor communicates with a larger number of providers. It was not possible to draw any conclusions as to whether the introduction of customer-choice in municipal services for the elderly led to improvements in quality. For persons with functional disabilities, personal assistance entails a better quality of life.

Questions for the future

A user about to make a choice needs to be able to envisage its consequences, and in that context information is of course vital. How should information be presented in order to be reliable? How often, and on what occasions, should it be supplied if the user is to be able to absorb it? In

what ways can the information supplied to users help them grasp the individual provider's profile and arrive at an idea of a provider's particular strengths? Should certain user categories have information specially designed for them? The more comprehensive a customer-choice scheme is, the better the information has to be – not least in view of the fact that the user is dependent on the provider and on the service provided.

Future research will have to pay attention to questions of quality in practical service and personal care. Anyone who assesses quality must take the design of the relevant customer-choice scheme into account. It is impossible to compare results from a quality-orientated study where customer-choice was limited to practical services with results from the study of a municipality whose customer-choice scheme comprises the entire home-help package. In addition, it is essential to learn more about the functions of various quality-assurance systems. Customer-choice means that part of the monitoring of quality is transferred to the user, in that he/she has the opportunity to change providers. To what extent is that feasible in the context of services to the elderly and disabled? Quality assurance is important, not least if the user is obliged to select a provider. In that case a choice is made, even if the user's situation is such that he/she cannot, or does not wish to, choose. One point worth discussing is whether the frailest and least capable users should perhaps have the option of being represented by a personal 'agent', a care manager, in order to reinforce their rights as consumers and ensure that they have the help they need when making actual choices.

These days, more and more people are becoming aware of the desirability of adopting a holistic approach to the planning of services for those elderly and functionally disabled persons who need a great deal of assistance. Creating new structures on the basis of user needs constitutes a challenge in the industrialised countries, where an increasing proportion of the care given to elderly and disabled persons can be administered in their own homes. A crucial issue in this context is the question whether it might be harder to coordinate the care of people belonging to this category if the relevant services are subject to customer-choice, in a system which freely admits new providers.

One of the reasons favouring customer-choice is that it expands the range and variety of providers. A question for the future is how municipal services will change when customer-choice is introduced, and what ef-

fects that will have on 'their' users. Who are these users, anyway? The design of a customer-choice scheme may result in certain users' being more or less obliged to choose a certain provider. What does customer-choice entail for these users?

A final reflection concerns compensation for assistance to functionally disabled people belonging to different age groups. Young – or comparatively young – people with functional disabilities may, should the need arise, be granted personal assistance, with the freedom of choice that such assistance entails. A person who has been given this kind of assistance may keep it after he or she reaches retirement age (65 years in Sweden). There is no corresponding freedom of choice in the general care of the elderly. In Sweden the difference between the two systems is quite striking: a person who receives personal assistance has been granted help geared to ensuring 'satisfactory living conditions' for him or her. By contrast, the recipient of care for the elderly is only – in the terms of the assistance policy – guaranteed 'a reasonable standard of living'. How can these two systems operate alongside each other, and what sort of long-term synthesis might be achieved on the basis of these incompatible concepts?

Referenser

- Andersson, F. (2002) – Konkurrens på kommunala villkor. Om konkurrensut-sättning och gränsen mellan marknad och byråkrati. Stockholm: Svenska kommunförbundet (Åjour nr 7).
- Andersen, J.M., Askheim, O.P. & Guld-vik, I. (2003) – Brukerstyrt personlig assistanse: God ordning – kan bli bedre. *Velferd* 2003(8): 28–31.
- Anell, A. (2004) – Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar. Lund: Studentlitteratur.
- Ankestyrelsen (2003) – Frit valg i æld-replejen Brugernes oplevelser. Köpen-hamn: Ankestyrelsen.
- Ankestyrelsen (2004a) – Frit valg i æld-replejen – erfaringer fra landets kommuner. Köpenhamn: Anke-styrelsen.
- Ankestyrelsen (2004b) – Frit valg i æld-replejen – 22 private leverandørers erfaringer. Köpenhamn: Anke-styrelsen.
- Askheim, O.P. (2001a) – Personlig assistanse for funksjonshemmede i Norden. En sammenliknende studie av ordningen i Danmark, Finland, Sverige og Norge. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer (forskningsrapport nr 61/2001).
- Askheim, O.P. (2001b) – Når styring-sevnen er begrenset Brukerstyrt per-sonlig assistanse og utviklingshemme-de. Lillehammer: Høgskolen i Lille-hammer (forskningsrapport nr 87/2001).
- Askheim, O.P. & Guldvik, I. (1999) – Fra lydighet till ledarskap? Om bru-karstyrt personlig assistanse. Tano Aschehoug.
- Askheim, O.P., Andersen, J. & Guldvik, I. (2004) – Mye er forskjellig, men inni er vi like... Personlig assisanse i Sveri-ge og Norge I: Gynnerstedt, K. (red). (2004) Personlig assistans och med-borgarskap. Lund: Studentlitteratur.
- Askheim, O.P. & Brun Hennem, H. (2004). – Brukarstyrt personlig assist-anse – hvordan kan tjenesten utvides til å gjelde funksjonshemmede barn? I Askheim, O.P., m.fl. (red): Sociale tje-nester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse. Gyldendal Akademisk.
- Asubonteng Rivers, P., McCleary, K.J & Glover, S.H.(2000) – Long-term care financing: are current methods enough? *JHHS*, 2000:473–494.
- Bartlett, W, Propper, C, Wilson, D & Le Grand, J. (1994) – Quasi-markets in the welfare state: The emerging fin-dings. Bristol: SAUS Publications.
- Bartlett, W, Roberts, J & Le Grand, J. (1998) – A revolution in social policy: Quasi-markets reforms in the 1990s. Bristol: The Policy Press.
- Bengtsson, H. & Gynnerstedt, K. (2002) – Personlig assistans i politik och för-valtning. Ett forskningsprojeckt om im-plementeringen av LASS-reformen. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2002;1:3–13.
- Bengtsson, H. & Gynnerstedt, K. (2003) – Assistansreformen i politik och för-valtning. Lund: HAREC Centrum för handikapp och rehabiliteringsforskning vid Lunds Universitet.
- Bærum Kommune (2003) – Brukervalg for hjemmehjelp i Bekkestua – Bru-kernes egne erfaringer med brukervalg.

- Bærum: Bærum Kommune, Avdeling plan og analyse (april 2003).
- Campbell, J.C. & Ikegami, N. (2003) – Japan's Radical Reform of Long-term Care. *Social Policy & Administration* 2003;37(1):21–34.
- Cave, M. (2001) – Voucher Programmes and their Role in Distributing Public Service. OECD.
- Challis, D., Daton, R., Hughes, J., Stewart, K. & Weiner, K. (2001) – Intensive care-management at home: an alternative to institutional care? *Age and Ageing* 2001;30:409–413.
- Charpentier, C. (2002) – Kundval En studie av aktörerna, förväntade effekterna samt funktionssättet hos en kundvalsmodell (KV) inom hemtjänsten i eget boende inom Stockholm stad. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm.
- Charpentier, C. (2004) – Kundvalets effekter och funktionssätt. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm. (SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration No. 2004:1)
- Colmorten, E., Clausen, T. & Bengtsson, S. (2004) – Providing Integrated Health and Social Care for Older People in Denmark. In Leichsenring, K. & Alaszewski A.M. (eds) – Providing Integrated Health and Social Care for Older People: A European Overview of Issues at Stake. Vienna: Aldershot, Ashgate & European Centre.
- Ds 2002:23. – Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vad säger brukarundersökningar och andra mått på kvaliteten. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Edebalk, P.G. & Svensson, M. (2000) – Äldrevårdsförsäkring. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE.
- Edebalk, P.G. & Svensson, M. (2002) – Är kundval applicerbart i äldreomsorgen? Bilaga 1 i – Konkurrens och välfärd. Stockholm: Konkurrensverket.
- Elgin, L.R. (1993) – Long-term care insurance: issues and opportunities. *Nursing Economics* 1993;11(6): 358–63.
- Eliasson, L. & Enebuske Spånt, A. (2003) – Hur möter vi framtidens äldreomsorg? – Idéer till förändring. Stockholm: Kooperativa institutet (KOOPi).
- Eliasson-Lappalainen, R. & Szebehely, M. (1998) – Vad förgår och vad består? En antologi om äldreomsorg, kommunsyn och socialpolitik. Lund: Aktiv förlag.
- Eskelinen, L., Hansen B.E. & Frederiksen, M. (2004) – Frit valg – erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp. Köpenhamn: AKF Forlaget.
- Finlands kommunförbund (2004) – Servicesedlar inom vård och omsorg. (cirkulär 18/80/2004) <http://www.komunerna.net>
- Forssell, E. (2004) – Utsatt, privilegierad – en kvalitativ studie om att ha assistansersättning efter 65. Linköping: Linköpings universitet, Tema Äldre & åldrande.
- Glennerster, H & Le Grand, J. (1995) – The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):203–218.
- Greve, C. (2004). – Frit valg – politik i Danmark. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* 2004;85(2):65–80.
- Gough, R. & Modig, M. (1996) – Leva med personlig assistans. Stockholm: Liber utbildning.
- Guldvik, I. (2003) – Selvstyrt og velsstyrt? Brukernes erfaringer med brukerstyrt personlig assistanse. Lillehammer: Høgskolan i Lillehammer (ØF-rapport).
- Gurner, U. (2001) – Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+ – behov och konsumtion av slutenvård, kommunal äldreomsorg samt av in-

- formella insatser. Stockholm: Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum (Rapport 2001:6).
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003) –Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och kultur.
- Gurner, U., Fastbom, J. & Österman, J. (2004) – Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna – behov och konsumtion av slut- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (Rapport 2004:1).
- Gustafsson, R. & Szebehely, M. (2001) – Arbetsvillkor och välfärdsopinion inom äldreomsorgen – en enkätbaserad fallstudie bland personal och politiker. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Gynnerstedt, K. (red) (2004) –Personlig assistans och medborgarskap. Lund: Studentlitteratur.
- Hirschman, A (1970) – Exit, voice and loyalty. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- Hjalmarsson, I. (2003) – Valfrihet i äldreomsorgen – en reform som söker sin form. En utvärdering av kundvalsmodellen i Stockholm stad. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (Rapport 2003:4).
- Hugemark, A. & Mannerfelt, C. (2003) – Vad är till salu? – om utbud på marknader för grundskola och personlig assistans. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen Stockholm stad (FoU-rapport 2003:9).
- Hugemark, A. (2004) – Med rätten att bestämma själv? – ”exit”, voice och personlig assistans. I Gynnerstedt, K. (red). (2004) Personlig assistans och medborgarskap. Lund: Studentlitteratur.
- Hwang, S-J. (2004) – Valfrihet och fristående skolor i Sverige. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* 2004;85(2):65–80.
- Johnsen, Å., Sletnes, I. & Vabo, S.I. (red) (2004) – Konkurransutsettning i kommunene. Oslo: abstrakt forlag.
- Kastberg, G. (2002) – Omsorg om marknaden. En studie av hur reglerna på en offentlig marknad skapas och förändras. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet (Rapport nr 37).
- Kaupang (2004a) – Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgsmodellen i bydelene Lambertseter og Nordstrand. Delrapport. Oslo: Kaupang.
- Kaupang (2004b) – Evaluering av prøveprosjekt med brukervalgsmodellen i hjemmehjelpstjenester i Oslo kommune. Slutrapport. Oslo: Kaupang.
- Kröger, T. (2004) – Kundval i Finland. National report from Finland. University of Jyväskylä (arbetspapper).
- Lagergren, M. (2003) – Konsekvenser och effekter av ökad tillgång till service i hemmet. Bilagedel D till Äldrepolitik för framtiden 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer (SOU 2003:91).
- Le Grand, J. (1991) – Quasi-Markets and Social Policy. *The Economic Journal* 1991;101:1256–1267.
- Le Grand, J. & Bartlett, W. (1993) – Quasi-Markets and Social Policy. London: Macmillan.
- Leichsenring, K. (2004) – Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care* 2004;4 – <http://www.ijic.org>
- Levenius, A. & Wolf, Å. (2004) – Ger kundvalssystemet de äldre utökade valmöjligheter? En fallstudie från Nacka kommun. Lund: Socialhögskolan Lunds Universitet (uppsats komparativ socialpolitik).
- Lewinter, M. (1999) – Spreading the burden of gratitude: elderly between family and state. Copenhagen: Uni-

- versity of Copenhagen, Department of Sociology.
- Lewinter, M. (2004a) – Kundevalg på ældre og handicapområderne i Danmark: rapport om udviklingen med vægt på 'kundepektivet'. Københavns universitet, Sociologisk Institut (Arbetspaper).
- Lewinter, M. (2004b) – Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare* 2004;13(1):89–96.
- Mahoney, K.J., Simon–Rusinowitz, L., Loughlin, D.M., Desmond, S.M. & Squillace, M.R. (2004). – Determining Personal Care Consumers' Preferences for a Consumer-Directed Cash and Counseling Option: Survey Results from Arkansas, Florida, New Jersey and New York Elders and Adults with Physical Disabilities. *HSR: Health Service Research* juni 2004;39(3): 643–663.
- Matsuda, S. & Yamamoto, M. (2001) – Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care* 2001;1 – <http://www.ijic.org>
- Mur–Veeman, I., Hardy, B., Steenberg, M. & Wistow, G. (2003) – Development of integrated care in England and the Netherlands Managing across public–private boundaries. *Health Policy* 2003;65:227–241.
- Möller, T. (1996) – Brukare och klienter i välfärdsstaten. Om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg. Stockholm: Publica.
- Nordisk Socialstatistisk Komité (2004) – Social tryghed i de nordiske lande 2002 Omfang, udgifter og finansiering. København: Schultz Information (NOSOSCO Nordisk Socialstatistisk Komité nr. 23:2004).
- Norén, L. (2000) – Offentliga marknader och brukarinflytande. Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. (Rapport till Konkurrensverket)
- Norén, L. (2003) – Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg. Göteborg: Handelshögskolan, Göteborgs Universitet.
- Norman, A. (1996) – The seven sins of long-term-care insurance. *Journal of long term home health care* 1996;15(1):47–56.
- Olofsson, K. (1996) – Valfriheten i LSS Bakgrund och konsekvenser. Lund: Socialhögskolan Lunds Universitet (magisteruppsats i socialt arbete).
- Perrin, C. (2003) – Uppföljning av privata utförare inom hemtjänsten i Stockholm stad. Stockholm: Äldreomsorgsberedningens kansli (2003–01–07)
- Pettigrew, S., Donovan, R.J. & Mizerski, K. (2003) – Older Consumers' Expectations of their Service Providers. *Journal of Research for Consumers* 2003;5.
- Pihlquist, S. & Swenson, T. (2001) – Kundvalssystemet inom Stockholms hemtjänst. Studie av möjliga effekter utifrån fyra grannkommuners erfarenheter. Stockholm: Stockholms Universitet, Företagsekonomiska institutionen (kandidatuppsats).
- Proposition RP 74/2003. – Förslag till lagar om ändring av 4§ lagen om planering av statsandel för social- och hälsovården, socialvårdslagen och 12§ lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Helsingfors.
- Regeringens Proposition 2000/01:5. – Personlig assistans till personer över 65 år. Stockholm.
- Rehnberg, C & Garpenby, P. (1995) – Privata aktörer i svensk sjukvård. Stockholm: SNS förlag (SNS-serie: Den svenska sjukvården).
- RFV (2002) – Socialförsäkringsboken 2002. Årets tema: Idé och verklighet i handikappolitiken. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

- RFV (2003) – Ojämlighet i levnadsvillkor – en jämförelse mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen. Stockholm: Riksförsäkringsverket (Analyserar 2003:15).
- Rogler, K. (2003) – Biståndshandläggaren – en mäklare för hemtjänsten? En empirisk beskrivning av biståndshandläggares syn på kundvalsmodellen inom äldreomsorgen i Stockholm stad våren 2003. Stockholm: Ersta sköndal högskola, Institutionen för socialt arbete (C-uppsats).
- Roos, M. (2003) – Brukares och assistenters attityder till kommunal och alternativ assistansordning i Göteborgs Kommun. Göteborg: Göteborgs universitet, psykologiska institutionen. (2003:32)
- Roos, J. (2004) – Valfrihet genom kundval – en studie av kundvalsmodellen inom hemtjänsten. Lund: Socialhögskolan (magisteruppsats i socialt arbete).
- Räty, T. (2004) – Palvelusetelit sosiaali-palveluissa 2004 (Vouchers in social services 2004). Helsingfors: VATT, Government Institute for Economic Research (Discussion Papers 340).
- Räty, T., Luoma, K. & Aronen, P. (2004) – Palvelusetelit kuntien sosiaalipalveluissa (Vouchers in municipal social services). Helsingfors: VATT, Government Institute for Economic Research (Discussion Papers 325).
- Salonen, P. & Haverinen, R (2004) – Providing Integrated Health and Social Care for Older People in Finland. In Leichsenring, K. & Alaszewski A.M. (eds) – Providing Integrated Health and Social Care for Older People: A European Overview of Issues at Stake. Vienna: Aldershot, Ashgate & European Centre.
- Schneider, E.C. & Lieberman, T. – Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Quality in Health Care* 2001;10:96–103.
- Sigurdardottir, S.H. (2004) – Notendaval og sjálfsákvörðunarréttur aldradra (Kundval och de äldres självbestämmande). Reykjavik: Islands Universitet (Konferenspaper).
- Socialdepartementet (2004) – Översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder. Stockholm: Socialdepartementet. (Dir 2004:107)
- Social- och hälsoministeriet (1999) – Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapaishoito. Omaishoidon palvelusetelikokeilun loppuraportti (Tillfällig vård med servicesedel. Rapport om det riskomfattande försöket med servicesedel inom närståendevården). Helsingfors (Rapport 1999:10).
- Social- och hälsoministerier (2004) – Vaihtoehtona palveluseteli. Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu (Servicesedel som ett alternativ – ett försök med servicesedel i fem kommuner inom Lahtis-regionen). Helsingfors (Rapport 2004:8)
- Social- och hälsovårdsutskottets betänkande ShUB 23/2003 rd. Helsingfors Socialstyrelsen (1997).
- Handikappreformen. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 97:1)
- Socialstyrelsen (2004a) – Konkurrensut-sättning och entreprenader inom äldreomsorgen – Utvecklingsläget 2003. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004b) – Handikappomsorg. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004c) – Konkurrensut-sättningen i äldreomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004d) – Att välja hemtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2004:68 – Sammanhållen hemvård. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

- Stockholm stad (2001) – Valfrihet inom äldreomsorg och omsorgen om funktionshindrade. Tjänsteutlåtande (2001–03–26). Stockholm stad: Stadsledningskontoret, finansavdelningen.
- Stockholm stad (2003) – Tillämpningsanvisningar för handläggning vid kundvalsmodell med omsorgspong inom äldreomsorg och omsorg om funktionshindrade, mars 2003. Stockholm stad: Stadsledningskontoret, Äldreomsorgsberedningens kansli.
- Stockholm stad (2004a) – Tillämpningsanvisningar för handläggning vid kundvalsmodell med omsorgspong inom äldreomsorg och omsorg om funktionshindrade, Reviderad januari 2004 (2004–01–09). Stockholm stad: Stadsledningskontoret, Äldreomsorgsberedningens kansli.
- Stockholm stad (2004b) – Utvärdering av kundvalsmodellen. Utlåtande 2004:68 RVII. Stockholm: Stockholm stad (Dnr 327–1166/2004).
- Sundström, P. (1999) – Nacka kommuns hemtjänstchecksystem – en kvalitativ fallstudie av dess tröskeeffekter vid byte av vårdgivare. Stockholm: Stockholms Universitet, Statsvetenskapliga institutionen (uppsats påbyggnads-kurs).
- Sunnevåg, K.J. (2003) – Kommunal tjänsteyting og friere brukervalg. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS. (SNF-rapport nr 29/03)
- Sunnevåg, K.J., Rusten, G. & Ektvedt, T.M. (2004) – Fritt brukervalg i Norge. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* 2004;85 (2):65–80.
- Svenska Kommunförbundet (1999) – Konkurs för fortsatt välfärd? Om förekomst, omfattning, effekter och erfarenheter av konkursutsättning och alternativa driftsformer. Stockholm: Kommentus förlag (Välfärdsprogrammet).
- Svenska Kommunförbundet (2001) – Valfrihet och kundvalssystem i kommunal verksamhet – underlag för kommunala bedömningar. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet (2002) – Äldreomsorgens styrning – den enskildes inflytande och valfrihet ökar. Sektionen för äldreomsorg och sjukvård, 2 dec 2002. www.svekom.se
- Svenska Kommunförbundet (2004) – Aktuellt om äldreomsorgen – oktober 2004. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svensson, M. & Edebalk, P.G. (2001) – 90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE Arbetsrapport 2001:1).
- Szebehely, M. (red) (2003) – Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner. Lund: Studentlitteratur.
- Söderström, L., Andersson, F., Edebalk, P.G. & Kruse, A. (2001) – Privatiseringens gränser: perspektiv på välfärdspolitiken. Stockholm: SNS förlag. (Välfärdspolitiska rådets rapport 2000)
- Tada, Y. (2004) – ”Care Manger” of Long-term care insurance in Japan – Their role and problems. Lund: Socialhögskolan vid Lunds Universitet (stencil).
- Tops, D. (2004) – Kundvalsmodellen inom omsorgen i Nederländerna. Lund: Socialhögskolan vid Lunds Universitet (stencil).
- Utredarhuset (2002) – Utredning om kundvalssystem inom hemtjänsten. Principer och styreffekter, Ersättnings-system, Förslag, Sollentuna kommun. Uppsala: Utredarhuset.
- Utredarhuset (2003) – Uppföljning av kundvalsmodell inom hemtjänsten Äldreförvaltningen Solna stad. Uppsala: Utredarhuset.
- Utrednings- och statistikkontoret (2003) – Hemtjänsten i Stockholm 2003 Utvärdering av kundvalsmodellen samt hemtjänstens kvalitet jämfört med

- 1995 och 1998. Stockholm: Stockholm stad.
- Utrednings- och statistikkontoret (2004a) – Biståndshandläggares åsikter om kundvalsmodellen En enkätundersökning inom omsorgen och funktionshindrade vid Stockholms stadsdelsförvaltningar. Stockholm: Stockholm stad.
- Utrednings- och statistikkontoret (2004b) – Kundval inom avlösar- och ledsagarservice i Stockholm 2003 Utvärdering av kundvalsmodellen. Stockholm: Stockholm stad.
- Vabø, M. (1998) – Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten. Oslo: NOVA (Rapport 8/98).
- Vabø, M. (2003) – Forbrukermakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste? i Widding Isaksen, L. (red.) Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked. Oslo: Gyldendal Akademisk (Makt og demokratiutredningen)
- Vabø, M. (2004) – Brukervalg for eldre og funksjonshemmede: forskning og debatt i Norge. Oslo: NOVA (arbets-papper).
- Von Otter, C. & Tengvald, K. (1992) – Vouchers: A Revolution in Social Welfare? *Economic and Industrial Democracy* 1992;13:535–550.
- Ware, T., Matosevic, T., Hardy, B., Knapp, M., Kendell, J. & Forder, J. (2003) – Commissioning care services for older people in England: the view from care managers, users and carers. *Ageing & Society* 2003;23:411–428.
- Weiner, K., Hughes, J., Challis, D. & Pedersen, I. (2003) – Integrating Health and Social Care at the Micro Level: Health Care Professionals and Care Managers for Older People. *Social Policy and Administration* 2003;37(5):498–515.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B., Forder, J., Kendell, J. & Manning, R..(1996) – Social Care Markets: progress and prospects. Buckingham: Open University Press.