



Kvalitet vid upphandling av vård och omsorg

Henrik Eriksson

Forum för Health Policy

Forum för Health Policy (FHP) är en politiskt oberoende förening som verkar för ett kunskapsbaserat beslutsfattande inom de stora områden för långsiktiga utmaningar som Sverige står inför inom hälso- och sjukvården samt omsorgerna. FHP ska bland annat stimulera till problemlösning och kreativt beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning. Plattformen har skapats genom att definiera policyrelevanta frågor, använda expertkunskap samt föreslå alternativa lösningar. Metoderna för arbetet har varit att göra kunskapsfronten inom forskning tillgänglig för beslutsfattare och skapa arenor för dialog och kunskapsutbyte. Verktøygen för detta har varit kunskapsöversikter, workshops, seminarier samt frukostmöten.

Forum för Health Policy har femton medlemsorganisationer från hälsa, vård och omsorg samt Life Science. LIF – de forskande läkemedelsföretagen är en av de medlemmar som tillsammans med projektledningen för FHP och externa experter genomför fördjupningsprojekt inom aktuella policyrelevanta områden.

Föreliggande rapport "Kvalitet vid upphandling av vård och omsorg", skriven av docent Henrik Eriksson, PhD, sammanfattar ett sådant projekt och vi hoppas att Du finner den intressant och användbar.

www.healthpolicy.se

Förord

Denna rapport är en debattskrift som har tillkommit på initiativ av Forum för Health Policy i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen. Den ingår i ett projekt om totalt fem rapporter vilka tar upp olika aspekter på kvalitet i svensk hälso- och sjukvård, omsorg samt forskning. Projektet har letts av Peter Daneryd, MD PhD, och inledningsvis har Josefin Lundgren, PhD, varit koordinator.

Rapporten har skrivits av docent Henrik Eriksson vid Chalmers Tekniska Högskola i Göteborg. Syftet med rapporten är att presentera ett kunskapsunderlag om kvalitet vid offentlig upphandling av vård- och omsorgstjänster i Sverige, vilket bygger på forskning inom området kvalitet och kvalitetsutveckling. Upphandlingsområdet har hittills oftast beskrivits mot bakgrund av teorier hämtade från nationalekonomi, statsvetenskap eller juridik och det har saknats kunskap om exempelvis jämförande analyser av hur privata företag gör inköp liksom kunskap om studier av kvalitet i vård och omsorg. I rapportens slutsatser formuleras ett tydligt behov av utvecklad syn på kvalitet i upphandling liksom samarbete mellan beställare och utförare. Ur ett kvalitetsperspektiv föreslås att Lagen om offentlig upphandling (LOU) avskaffas eller förenklas, eftersom beställare idag fokuserar mer på att göra rätt enligt lagen än att upphandla hög kvalitet till begränsad kostnad.

Stockholm juni 2015

Thorbjörn Larsson
Ordförande

Peter Daneryd
Projektledare

Forum för Health Policy

Sammanfattning

Mycket av det som har skrivits om kvalitet vid offentlig upphandling av vård och omsorg i Sverige har gjorts enligt teorier hämtade från nationalekonomi, statsvetenskap eller juridik. Det finns också ett flertal rapporter och arbeten från olika aktörer i det svenska samhället vilka belyser fenomenet. Även om mycket viktiga resultat och slutsatser i dessa artiklar och rapporter har uppnåtts, är det slående att ytterst få rapporter och artiklar som beskriver kvalitet tar med erfarenheterna från forskning på området kvalitet och kvalitetsutveckling, samt från forskningsområdet kvalitet i vård och omsorg. Ett annat utmärkande drag i den litteratur som presenteras på ämnet är att ytterst få studier gör jämförande analyser angående hur privata företag gör inköp, och de eventuella lärdomar som finns därifrån. Det finns därför ett behov att belysa kvalitet vid upphandling av vård och omsorg utifrån ett kvalitetsperspektiv. Syftet med rapporten är att presentera ett kunskapsunderlag om kvalitet vid upphandling av vård och omsorgstjänster. Vidare syftar studien till att ta fram rekommendationer för hur upphandling av vård- och omsorgstjänster kan utvecklas så att högre kvalitet uppnås. Frågeställningarna innefattar att belysa begreppet kvalitet generellt, kvalitet i vård och omsorg, hur kvalitet kan integreras i upphandlingen av vård- och omsorgsleverantör och under kontraktstiden, samt hur förfarandet kan utvecklas så att högre kvalitet uppnås. Fyra centrala slutsatser och rekommendationer har vuxit fram i och med arbetet med rapporten. Rekommendationerna har tagits fram med utgångspunkt i frågan: Hur kan Sverige uppnå högsta möjliga kvalitet på offentligt upphandlad vård och omsorg med minsta möjliga skattekrona? Andra utgångspunkter hade troligen resulterat i andra rekommendationer och slutsatser.

Rekommendationerna från rapporten är

1. Från ett kvalitetsperspektiv kan Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) avskaffas eller förenklas. Lagen gör att beställare fokuserar på att göra rätt enligt lagen istället för att utveckla inköpssätt som ger hög kvalitet till minsta möjliga skattekrona.
2. Synsättet på hur hög kvalitet uppnås kan behöva förändras hos upphandlande enheter och myndigheter. Dagens synsätt på kvalitet och tillämpning av kvalitetsutveckling leder till relativt låg kvalitet på vård- och omsorgstjänsterna, och att kvaliteten inte heller förbättras.
3. Genom fokus på partnerskap och relationsbyggande kan beställare och leverantörer tillsammans utveckla och uppnå högre kvalitet på sina gemensamma vårdtjänster.
4. Upphandlande enheter kan behöva att i större utsträckning vid upphandling och under kontraktstiden utvärdera kvalitetsmognaden hos leverantören, samt använda indikatorer som mäter resultatet av vården och omsorgen.

Innehåll

Inledning	6
Kvalitet & Kvalitetsutveckling	8
Kvalitet i vård & omsorg	14
Kvalitet och upphandling av vård & omsorg	17
Slutsatser och Rekommendationer	23
Diskussion	26
Metod och författarens perspektiv	27
Referenser	28

Inledning

Bakgrund och problemformulering

Upphandling och konkurrensutsättning är numera vanligt förekommande, i såväl Sverige som andra länder (Dean & Kiu, 2002; Broadbent & Guthrie, 2008). Den offentliga upphandlingen i Sverige omfattar omkring 560-670 miljarder kronor per år (Konkurrensverket, 2013). Enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) finns det två kriterier för att tilldela ett kontrakt (i) det ekonomiska mest fördelaktiga eller (ii) det med lägsta pris. Ett syfte med upphandling kan vara att höja kvaliteten med samma kostnad eller att sänka kostnaderna med samma kvalitet. Genom att använda det ekonomiskt mest fördelaktiga kriteriet finns möjlighet för upphandlande myndighet att tilldela kontrakt till anbudsgivare som har högre pris men som också bedöms ha högre kvalitet. Flera källor, bland andra Waters med flera (2004), Konkurrensverket (2006), och SOU (2013) menar dock att det är svårt mäta och bedöma om tjänsten som upphandlas kommer att ha hög eller låg kvalitet. Vidare påpekas ofta i samma anda att det därför behövs mer kunskap om kvalitet och kvalitetskriterier i upphandlingssituationer. Speciellt behövs mer kunskap när en tjänst kontraheras mellan två parter men det är en tredje part, det vill säga vårdtagaren, som bedömer kvaliteten på tjänsten.

Mycket av det som har skrivits om kvalitet vid offentlig upphandling av vård och omsorg i Sverige har genomförts enligt teorier hämtade från nationalekonomi, statsvetenskap eller juridik, se till exempel Stolt med flera (2010), Andersson & Jordahl (2011) samt Bergman med flera (2012). Det finns också ett flertal rapporter och arbeten från olika aktörer i det svenska samhället vilka belyser fenomenet, se bland andra Konkurrensverket (2004), Konkurrensverket (2006), Nutek (2008), Bergman (2013), Health Navigator (2013a), Health Navigator (2013b) samt SOU (2013). Även om mycket viktiga resultat och slutsatser i dessa artiklar och rapporter har uppnåtts, är det slående att ytterst få rapporter och artiklar som beskriver kvalitet tar med erfarenheterna från forskning på området kvalitet och kvalitetsutveckling, samt

inom forskningsområdet kvalitet i vård och omsorg. Ett annat utmärkande drag i den litteratur som presenteras på ämnet är att ytterst få gör jämförande analyser angående hur privata företag gör inköp, och de eventuella lärdomar som finns därifrån. Det finns därför ett behov att belysa kvalitet vid upphandling av vård och omsorg utifrån ett kvalitetsperspektiv. Kanske kan andra slutsatser dras gällande fenomenet om andra teorier, andra modeller och andra glasögon används än vad som vanligen används?

Syfte

Syftet med rapporten är att presentera ett kunskapsunderlag om kvalitet vid upphandling av vård och omsorgstjänster. Vidare syftar studien till att ta fram rekommendationer för hur upphandling av vård- och omsorgstjänster kan utvecklas så att högre kvalitet uppnås.

Frågeställningar som belyses i rapporten innefattar:

- Vad är kvalitet och vad är kvalitet i vård och omsorg?
- Hur kan kvalitet integreras i upphandlingen av vård- och omsorgsleverantör?
- Hur kan kvalitet och kvalitetsutveckling integreras under kontraktstiden?
- Hur kan upphandling av vård- och omsorg utvecklas så att högre kvalitet uppnås?

Avgränsningar

Denna rapport omfattar vård och omsorgstjänster som kommuner och landsting/regioner upphandlar. Rapporten innefattar inte inköp av fysiska produkter som behövs inom vård- och omsorgssektorn. För fysiska produkter kan kvalitet bedömas enklare eftersom dess attribut är enklare att mäta. Rapporten innefattar heller inte inköp av olika servicetjänster som används inom vårdsektorn men som inte direkt är vård och/eller omsorg, till exempel städtjänster och managementkonsulter. Vidare handlar rapporten primärt om offentlig upphandling, och därmed lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) men den berör också kundval, enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).

Rapportens utformning

Rapporten består fortsättningsvis av följande delar: I kapitel 2 presenteras några för rapporten viktiga kunskapsdelar avseende kvalitet och kvalitetsutveckling som har betydelse för offentlig upphandling. I kapitel 3 ges en kort översikt om betydande arbeten avseende kvalitet för vård och omsorg. Kapitel 2 och 3 fungerar som en plattform för kapitel 4 där studier avseende kvalitet vid offentlig upphandling av vård och omsorg görs. I detta kapitel presenteras också olika grundsyner på inköp och upphandling som antas påverka kvaliteten på tjänsterna som upphandlas. I kapitel 5 redogörs för de centrala slutsatserna och rekommendationerna för beslutsfattare mot bakgrund av teorienomgången i kapitel 2 till 4. I Kapitel 6 delges författarens reflektioner under arbetet med denna rapport. Kapitel 7 innehåller några metodologiska överväganden och författarens grundsyn.

Kvalitet & Kvalitetsutveckling

Vad är Kvalitet?

Kvalitet är ett begrepp som används flitigt och som alla kan enas om att det är något viktigt och eftersträvansbart. Dock har det ofta visat sig svårt att enas om ett synsätt eller en definition på begreppet. Kvalitet har både subjektiva (kundupplevelsen och bedömningen av kvaliteten) och objektiva (till exempel medicinskt utfall) inslag. Kvalitet bedöms även av flera intressenter, ägare, medarbetare, kunder men också av myndigheter, media och andra företag/organisationer (Camén & Skålén, 2013). Många har en uppfattning om vad kvalitet innebär, men många har också svårt att uttrycka och definiera kvalitet på ett klart och entydligt sätt (Pirsig, 1987). Kvalitet kan definieras utifrån olika utgångspunkter och synsätt. En klassificering är gjord av Garvin (1984) och innefattar fem olika synsätt. Det *produktbaserade* synsättet innebär att kvalitet går att kvantifiera med, och står i direkt relation till, ett antal mätbara indikatorer. En sådan indikator skulle kunna vara personaltäthet på äldreboende, det vill säga ju högre personaltäthet desto högre kvalitet. Ett annat synsätt är det *värdebaserade* som sätter kvalitet i relation till kostnad. Detta betyder att en tjänst som levereras till låg kostnad har högre kvalitet än en tjänst som levererar samma sak till en högre kostnad. Ett tredje synsätt är det *användarbaserade* som utgår från att det är individen som tjänsten är till för som avgör om det är hög eller låg kvalitet. Det kan till exempel innebära att på ett äldreboende vill Rut ha öl och Ingvar mjölk till maten för att de ska uppleva hög kvalitet. Sedan finns det *produktionsbaserade* synsättet, som menar att kvaliteten är hög om mätbara indikatorer finns inom av leverantören fastställda gränser. Vårdgarantin innebär ett sådant förhållningssätt, i vilken kvaliteten anses som hög om vårdgivaren kan erbjuda vård inom fastställda tidsgränser. Slutligen finns enligt Garvin (1984) det *transcendent*a perspektivet som betyder att kvalitet inte kan preciseras men däremot identifieras när den upplevs. Detta synsätt innebär att kvalitet inte kan operationaliseras på ett enkelt sätt. Detta perspektiv

tar sig ofta uttryck i svävande formuleringar av kvalitet vilka är svåra att följa upp.

Några definitioner

En vanlig definition i Sverige är att ”kvaliteten på en produkt (eller tjänst) är dess förmåga att tillfredsställa och helst överträffa, kundernas behov och förväntningar”, se Bergman och Klefsjö (2012). Denna definition uttrycker ett användarbaserat synsätt enligt Garvins klassificering ovan. Författaren till den här rapporten delar Bergmans och Klefsjös syn på och definition av kvalitet. Det finns också andra vanligt förekommande definitioner. I SOSFS 2011:9 definieras kvalitet som ”verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindranden och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”. Detta innebär att ett mera produkt- och produktionsorienterat perspektiv antas. ISO menar att kvalitet är ”grad till vilken inneboende egenskaper uppfyller krav” (ISO, 2008), vilket betyder att ett produktperspektiv på kvalitet främst antas.

Två olika grundsyner på kvalitet

Kroslid (1999) identifierar två olika skolor inom kvalitetsutveckling, ”Deterministic School of Thought” (”deterministiska skolan”) och ”Continuous Improvement School of Thought” (”ständiga förbättringsskolan”). Den ”deterministiska skolan” har utvecklats från en deterministisk syn på verkligheten, med en tro på att det finns ett bästa sätt, medan den ”ständiga förbättringsskolan” bygger på en verklighet full av variation, med en medvetenhet om förbättringspotentialen i varje aspekt av arbetet. Den deterministiska skolan präglas av efterlevnad av standarder och specifikationer genom rutiner, till exempel genom ISO 9000-standarderna. Den ”ständiga förbättringsskolan” kännetecknas av användning av lärande och olika metoder som fokuserar på att

driva organisatoriska förbättringar. Liknande menar Spencer (1994) att både en mekanistisk och organisk syn på kvalitet existerar. I korthet innebär en mekanisk syn på kvalitet att man anser att uppfylla krav och se till att verksamheten överensstämmer med standarder är det viktiga, medan en organisk syn på kvalitet innefattar att tillgodose de krav och önskemål som verksamhetens kunder har, se vidare Spencer (1994).

Tabell 2.1:

Tabellen är en förenkling, anpassning och utveckling av Spencer (1994) och Kroslid (1999) och åskådliggör två olika grundsyner på kvalitet.

	Mekanisk syn	Organisk syn
Mål	Förvalta systemet	Förbättra systemet
Definition av kvalitet	Överensstämmelse med standard	Kundnöjdhet
Ledningens roll	Kontrollera kvalitet	Skapa förutsättningar för förbättringar
Medarbetarens roll	Följa rutiner och etablerade arbetssätt	Skapa, följa och utveckla arbetssätt
Fokus i verksamheten	Linjeorganisationen	Processflöden
Syn på förändring	Stabilitet eftersträvas	Lärande eftersträvas

Vad är Kvalitetsutveckling?

Kvalitetsutveckling kan som forskningsområde sägas ha etablerats under 1980-talet och dess relation till annan managementforskning finns väl dokumenterad (se bland andra Dean & Bowen, 1994; Sousa & Voss, 2002). Behovet av att arbeta med kvalitet för att öka konkurrenskraften och förbättra den offentliga sektorn är oftast inte ifrågasatt. Snarare finns det ett behov av att förstå hur man organiserar, leder och utför kvalitetsarbete i olika kontexter (Sousa & Voss, 2002). Även om det finns ett antal gemensamma nyckelfaktorer för framgångsrikt kvalitetsarbete, har forskning visat att det är nödvändigt att harmonisera tillämpningen av allmänna begrepp med strategier och kulturen i den specifika kontexten och organisationen (Yusof & Aspinwall, 2000).

Som viktiga grundprinciper inom kvalitetsutveckling nämns ofta kundfokus, ständiga förbättringar och teamwork (Dean och Bowen, 1994). Sila & Ebrahimpour (2002) menar efter en omfattande teorigenomgång att kvalitetsutveckling innehåller följande principer:

- Kundfokus och kundtillfredsställelse
- Kvalitetsrelaterad information och resultatmätningar
- Processledning
- Ständiga förbättringar och innovation
- Utbildning av personal, teamwork, delaktighet
- Ledarskap och högsta ledningens engagemang

Ett arbete med kvalitetsutveckling är idag ett mycket vanligt inslag inom alla typer av verksamheter. Målet med kvalitetsutveckling kan i korthet beskrivas som att öka kundtillfredsställelsen med en lägre resursåtgång (Bergman & Klefsjö, 2012). Arbetet präglas av ett fokus på organisationens processer och ett ständigt sökande efter förbättringsområden så att en ökad kundtillfredsställelse kan uppnås.

Det numera vedertagna begreppet kvalitetsbristkostnader definieras som "de kostnader som skulle försvinna om ett företags produkter och dess olika verksamhetsprocesser vore fullkomliga" (Juran, 1989). Kvalitetsbristkostnaderna brukar uppskattas till 10-30% av omsättningen i en organisation. Flera framgångsrika organisationer har lyckats med sitt kvalitetsarbete och sänka sina kvalitetsbristkostnader tack vare ett engagerat ledarskap och en bred delaktighet bland medarbetarna, se till exempel Hansson (2003). Vanliga positiva effekter av kvalitetsarbetet inom privata företag är nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre arbetsmiljö, förkortade ledtider samt att mindre fel uppstår i processerna, se Magnusson med flera (2003) och Harnesk (2004). Flera studier har också visat att privata företag som har fått en kvalitetsutmärkelse för sitt systematiska och framgångsrika arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling också når signifikant bättre ekonomiska resultat än branschindex och sina konkurrenter, se till exempel Eriksson & Hansson (2003).

Tjänstekvalitet

En annan strömning inom kvalitetsfältet berör tjänster (Cronin & Taylor, 1992; Reeves & Bednar, 1994; Schneider & White, 2004). Att erbjuda tjänster av hög kvalitet är ofta en utmaning, inte enbart för att de normalt är abstrakta, heterogena, oskiljbara och förgängliga (Edgett & Parkinsons, 1993; Edvardsson, 1996; Brady & Cronin, 2001) utan även för att de produceras i dynamiska och interaktiva processer (Grönroos, 2000).

Många undersökningar har ägnats åt utveckling av tillförlitliga och reproducerbara instrument och modeller för att mäta tjänsters kvalitet, se till exempel Cronin & Taylor (1992) samt Ladhari (2008, 2009). Ett problem med att förlita sig mycket på kundmätningar är att de inte är helt tillförlitliga. Att göra tillförlitliga kundundersökningar är svårt och resultatet kan bero på ett antal faktorer som inte har att göra med den faktiska kvaliteten på tjänsten och kundnöjdheten, som till exempel ”case-mix”, svarsfrekvens och mätinstrumentet.

Det är ofta svårt att på förhand avgöra kvaliteten för en tjänst (Corcoran & McLean, 1998). Eftersom tjänster normalt är såväl abstrakta och heterogena som oskiljbara och förgängliga framträder kvalitetsnivån först under och efter leverans. För att i förväg bedöma tjänstekvaliteten mäts istället verksamhetens kvalitetsnivå. Det finns idag dock flera olika modeller för att relativt objektivt mäta kvalitetsnivån eller kvalitetsmognaden på verksamheten. När man mäter kvalitetsmognaden hos en verksamhet utgår man oftast utifrån hur verksamheten fungerar, eller med andra ord hur väl verksamhetens ledningssystem för kvalitet fungerar.

Ledningssystem för kvalitet

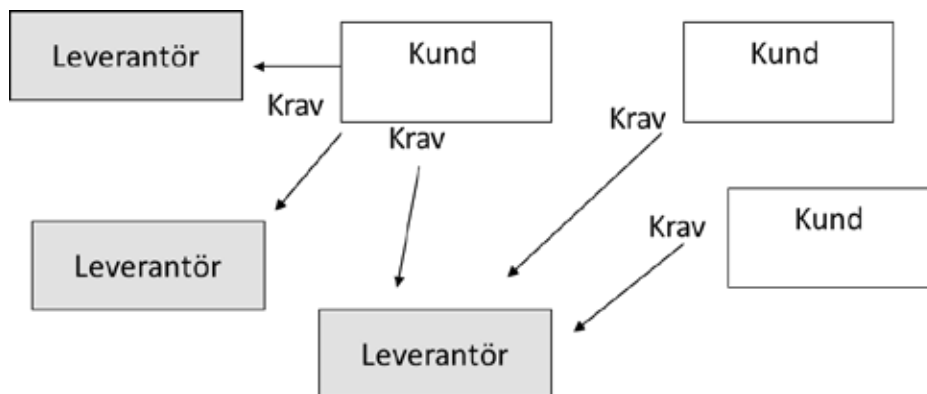
Ett sätt att definiera ledningssystem för kvalitet eller kvalitetssystem är att det är ett ledningssystem för att leda och styra en organisation med avseende på kvalitet. Ett ledningssystem i sin tur kan definieras som ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Alla organisationer har ett ledningssystem för kvalitet eftersom organisationer på olika sätt leder och styr, samt genomför olika aktiviteter som påverkar kvaliteten. Dock kan ledningssystem för kvalitet ha olika karakteristiska drag. Ledningssystemet kan, till exempel, bidra till hög respektive låg kvalitet, vara systematiskt eller osystematiskt, vara proaktivt

eller reaktivt, vara välkänt respektive inte känt bland medarbetarna, samt vara väl dokumenterat eller helt sakna dokumentation. Detta innebär i sin tur att man sällan implementerar eller inför ett ledningssystem för kvalitet utan snarare utvecklar det ledningssystem för kvalitet som idag redan finns inom verksamheten, se Marmgren med flera (2012) för ett utvecklat resonemang kring ledningssystem och vad ett ledningssystem egentligen är och inte är. Slutsatsen från kunskap kring ledningssystem blir i detta sammanhang att kravställare inte kan ställa ett krav om att leverantören ska ha ett ledningssystem för kvalitet, eftersom alla verksamheter har ett ledningssystem på ett eller annat sätt.

Hur utvärdera kvalitet på en verksamhet?

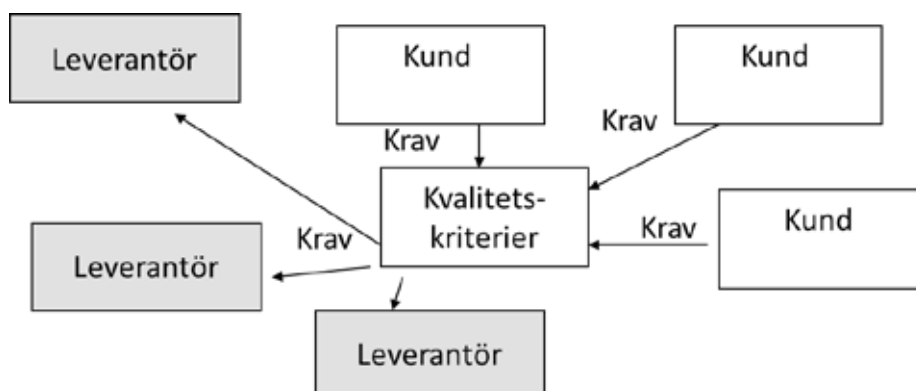
En annan strömning inom kvalitetsfältet är hur organisationer kan utvärderas (Conti, 1997; 2002). Ofta används olika modeller för att beskriva organisationens ledningssystem, exempelvis ISO 9001:2008. Ett annat sätt att bedöma kvaliteten på verksamheten är att använda modeller från kvalitetsutmärkelser, exempelvis Malcolm Baldrige National Quality Award eller Utmärkelsen Svensk Kvalitet. Att arbeta med sådana kvalitetsmodeller kan ge fördelar såsom ökad helhetssyn och kundorientering samt att förbättringsarbete initieras (Hendricks & Singhal, 1999). Praktiska tillämpningar samt effekter av att arbeta med olika modeller för att utvärdera kvalitet finns väl beskrivna, se exempelvis, Eriksson (2004) om erfarenheter av kvalitetskriterier från kvalitetsutmärkelser och Poksinska (2006) om erfarenheter av kriterier från ISO 9000-serien.

Fördelen med att använda kvalitetsmodeller vid utvärdering av olika organisationer är att man kan jämföra verksamheter med varandra avseende kvalitetsmognad. En annan fördel i upphandlingssammanhang är att en kvalitetsmodell förenklar för både upphandlande myndighet och leverantör. När man i en kvalitetsmodell kan enas om vilka kvalitetskrav eller kvalitetskriterier som är viktiga, och inkludera dem i modellen, så behöver varken kund eller leverantör arbeta med olika krav gentemot olika partners, se figur 2.1 och figur 2.2. Detta medför en förenkling för både beställare och leverantör.



Figur 2.1

Figuren visar komplexiteten både för kunder (beställare) och leverantörer om ingen överenskommen kvalitetsmodell med kvalitetskriterier används i en situation där en leverantör har flera kunder och en kund har flera leverantörer.



Figur 2.2

Bilden visar hur komplexiteten både för kunder (beställare) och leverantörer kan förenklas om en överenskommen kvalitetsmodell med kvalitetskriterier kan användas.

En viktig del i att utvärdera en verksamhets förmåga att leverera hög kvalitet är examinatorerna eller revisorers förmåga. Coleman med flera (2000) har undersökt effekten av träning på att förbättra noggrannheten av tredjepartsexaminatorerna. Den viktigaste slutsatsen är att utbildningen av examinator förbättrar ”höjdnoggrannhet”, men inte ”måttnoggrannhet”. Höjdnoggrannhet är användbart när poängen från examinatorerna används för att fastställa om organisationen uppfyller en viss minimitröskel eller prestationsnivå. Måttnoggrannheten användbart för att ge en organisation återkoppling på relativa styrkor och svagheter.

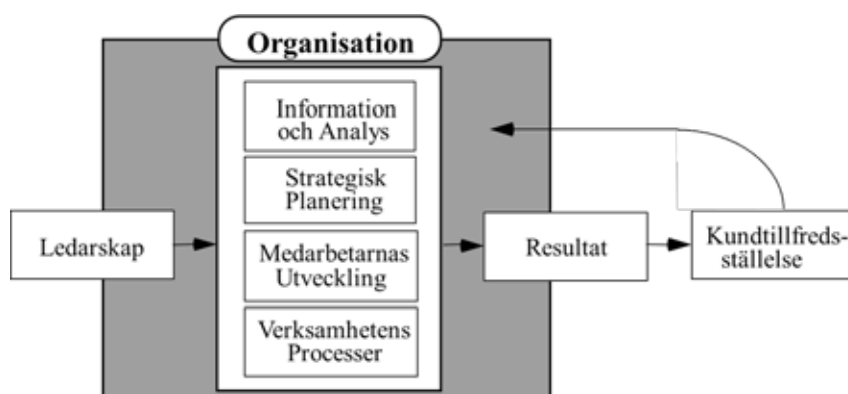
Verksamheten som använder en kvalitetsmodell beskriver sin verksamhet enligt dess kriterier och granskas därefter av ett oberoende examinatorsteam, som ger en poäng på verksamhetens kvalitetsmognad på varje delkriterium och totalt, men också identifierar styrkor och förbättringsområden som verksamheten behöver arbeta med. Utvärderingen i enlighet med en utmärkelsemodell utmynnar i en poängsättning mellan 0 och 1000, och ju högre poäng desto högre kvalitetsnivå eller kvalitetsmognad har organisationen eller leverantören.

Olika kvalitetsmodeller

SIQs modell och andra utmärkelsemodeller

Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ) i Sverige är ansvarigt för SIQs modell för kundorienterad verksamhetsutveckling som används bland annat i Utmärkelsen Svensk Kvalitet, se figur 2.3 för en översikt. SIQ-modellen är baserad på 13 värderingar och sju kriterier, vilka ytterligare är indelade i 27 underkriterier (SIQ, 2014). Att beskriva sin verksamhet i enlighet med SIQ-modellen omfattar att man reflekterar över utfallet av verksamhetens angreppssätt för de olika kriterierna och underkriterierna enligt nedan:

- Hur gör du för att... (angreppssätt)?
- I vilken omfattning gör du det?
- Vilka resultat leder det till?
- Hur gör du för att utvärdera och förbättra det du gör?



Figur 2.3

SIQ modellen. Källa SIQ (2014).

Idag är tillämpningen av utmärkelsemodeller i Sverige sparsam och endast ett fåtal verksamheter söker Utmärkelsen Svensk Kvalitet varje år. Ett flertal verksamheter använder dock till exempel SIQs modell i sitt interna förbättringsarbete utan att ansöka om någon kvalitetsutmärkelse. Två andra modeller som tillämpas i Sverige är EFQM Excellence Model som används i European Excellence Award och Baldrige Performance Excellence Program som används i Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) i USA. Fördelen med den här typen av modell är att det på ett objektivt sätt går att jämföra leverantörers kvalitetsnivå utifrån de poäng de erhåller och att man också kan få en feedback på vad som behöver förbättras. Nackdelen är att vissa leverantörer kan utveckla en kompetens på att formulera verksamhetsbeskrivningar som får höga poäng, men där verksamhetens efterlevnad är bristfällig. För att säkerhetsställa efterlevnad kan därför examinatorerna behöva göra platsbesök för att eventuellt revidera poängsättningen. En annan nackdel med arbetsättet är att det är kompetenskrävande och att det krävs stora personella resurser för verksamhetsbedömningen (Eriksson, 2004). Det finns dock förenklade arbetsätt för att ta fram en verksamhetsbeskrivning och därmed ett underlag för att bedöma kvalitetsnivån.

ISO 9001:2008 och andra standarder

ISO 9001 och ISO 9004 är två standarder för kvalitetsledningssystem, där ISO 9004 är en vägledning för att införa ISO 9001. ISO 9001 är den standard som bestämmer hur kvalitetsledningssystem och kvalitetsledning ska vara uppbyggda och som organisationer kan certifiera sig mot. ISO 19011 innehåller principer för revision. När organisationens ledningssystem uppfyller kraven i ISO 9001, kan organisationen anlita en extern oberoende part för att göra en revision och avgöra om kraven är uppfyllda. Därefter kan ett certifikat utfärdas av certifieringsorganet. Certifikatet gäller en bestämd period varefter det måste förnyas. Kraven i ISO 9001:2008 är indelade i fyra områden: Ledningens ansvar, Hantering av resurser Produktframtagning eller Tjänsteframtagning, samt Mätning, analys och förbättring. En fördel med denna standard är att den är allmänt erkänd som den viktigaste standarden för ledningssystem

för kvalitet, och dess krav är relevanta för alla typer av verksamheter.

Ett problem med standarder som identifieras är att många organisationer ser certifieringen som det viktiga och att det är många verksamheter som fått certifikat trots att de har stora brister i arbetet med processer, kundfokus och förbättringar. Detta är ett allvarligt problem eftersom det skadar certifieringens trovärdighet. Att uppfylla denna standard visar snarare på ett väldokumenterade arbetssätt inom organisationen än på god förmåga att leverera hög kvalitet och därmed uppfylla kundernas behov, krav och förväntningar (Poksinska, 2006). En annan nackdel i upphandlingssammanhang med denna kvalitetsmodell är att den inte på ett enkelt och givet sätt går att jämföra leverantörer med varandra, vilket är fallet för utmärkelsemodellerna.

Kvalitet i vård & omsorg

Förbättringspotential

Mycket indikerar att problemet med bristande kvalitet och patientsäkerhet i vården är omfattande (se till exempel Øvretveit & Andreen Sachs, 2005). Kvalitetsbrister inom svensk vård och omsorg orsakar dagligen onödigt mänskligt lidande. Förutom de negativa effekter som är direkt relaterade till patientens eller brukarens säkerhet yttrar sig kvalitetsbristerna inom vården i dålig tillgänglighet, till exempel i långa väntetider. Från såväl ett mänskligt som ett ekonomiskt perspektiv är detta tillstånd inte försvarbart. Bristen på dialog och samarbetet mellan olika vårdaktörer fungerar ibland tillfredsställande men orsakar ibland att patienten och brukare ”hamnar mellan olika stolar” och i köer till besök och behandlingar, vilket orsakar onödigt lidande för patienten. Gränsdragningar mellan specialistsjukvård, länssjukvård, privata aktörer, primärvård, omsorg och egenvård kan ibland vara svåra för aktörerna, inklusive patienten och brukaren. Traditionellt har den tekniska kunskapen bland medicinsk personal varit tillräcklig för att säkra kvaliteten och säkerheten på de tjänster som erbjuds (Ruiz & Simon, 2004). Idag utförs vården av komplexa organisationer där korrekt medicinsk omvårdnad kräver ett administrativt och organisatoriskt stöd (Ruiz & Simon, 2004). Detta menar Hansson (2000) är ett konceptuellt genombrott inom vården, från en medicinsk styrning till en mera organisatorisk styrning.

Det är allmänt vedertaget att svenska vårdaktörer behöver bli bättre på att effektivare införa och tillämpa tillgänglig kunskap i praktiken. Problematiken kring spridning och förverkligande av principer grundade på evidens finns utförligt beskriven i Hellström (2007). Att bygga en kultur i vilken chefer och arbetsorganisationen lär hur man lär från evidens är en kritisk aspekt för att nå en ökad kundnytta (se bland annat Rousseau, 2006). Yang (2003) har kartlagt några hinder för vård och omsorg att bedriva ett systematiskt arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling. Yang (2003) menar bland annat att den organisatoriska strukturen, ledarskapsstilen, organisationskulturen, professionens krav på självstyre, konsensusbristen, prioriteringen av interna krav och resursbristen kan utgöra sådana hinder.

Förbättringskunskap

Den svenska vården kommer dock mycket väl ut i internationella jämförelser avseende medicinska resultat, se till exempel Nolte & McKee (2003). Sverige ligger också väl i jämförelse med andra OECD-länder gäller vårdutgifter, se till exempel OECD-rapport (2005). En åldrande befolkning och allt mer avancerade behandlingar sätter dock vårdfinansiering på spel. Ett sätt att komma tillrätta med dessa problem är att stimulera organisationer inom vård till att arbeta med förbättringar och innovationer. En kunskap som har fått stort genomslag i vården är förbättringskunskap, se Deming (1994). Deming (1994) menade att förbättringskunskap kan delas in i fyra områden som måste behärskas: 1) Variation, 2) Psykologi, 3) Kunskapsteori och 4) Systemförståelse. Kvalitetsutveckling och förbättringskunskap har samma kunskapsbas och samma fokus. Detta delvis på grund av att Deming ses som en av de mest centrala gestalterna för båda områdena kvalitetsutveckling och förbättringskunskap.

Uppdelning av kvalitet

Tjänstekvalitet och vårdkvalitet delas ibland upp i funktionell och teknisk kvalitet, se till exempel Westlund & Edvardsson (1998). Teknisk kvalitet handlar om tjänstens innehåll, det vill säga vad man får, medan funktionell kvalitet refererar till hur man får tjänsten. Till exempel kan teknisk kvalitet inom omsorgen handla om hjälp vid toalettbesök, på- och avklädning och dusch och funktionell kvalitet handla om hur omsorgstagaren blir bemött i samband med toalettbesök, på- och avklädning och dusch (Westlund & Edvardsson, 1998). Detta resonemang liknar det från Health Navigator (2013a), som menar att medicinsk kvalitet och omsorgskvalitet är det objektiva utfallet av vården och omsorgen, medan brukarupplevd kvalitet handlar om brukarens subjektiva upplevelse av vården och omsorgen.

Kammarkollegiet (2012a) menar att indikatorer som mäter kvalitet kan delas in i tre olika områden efter Donabedians (1966) artikel, se Figur 3.1.



Figur 3.1

Uppdelning av kvalitet. Källa: Donabedian (1966).

Donabedian menar att strukturkvalitet handlar om “the attributes of the settings in which care occurs”. Strukturkvalitet handlar om att följa upp vad, och omfattningen på det som utförs, exempelvis antal boende som erhåller viss omvårdnads- och/eller serviceinsats. Vid krav på antalet personal mäts antal personal/boende, antal läkarbesök per läkare och dag (Kammarkollegiet, 2012a).

Vidare anser Donabedian att med processkvalitet menas “what is actually done in giving and receiving care”. Processkvalitet motsvarar att följa upp hur tjänsten har utförts och mottagits, exempelvis att genomförandepjäner utförs under en viss tid hos dem som får hemtjänst och att medicinsk bedömning av patient sker inom en viss tid (Kammarkollegiet, 2012a).

Till sist är resultatkvalitet “the effects of care on the health status of patients and populations”. Resultatkvalitet motsvaras alltså av att följa upp effekterna av vården och omsorgen, exempelvis antalet trycksår som uppstått under boendeperioden, andel opererade patienter som är komplikationsfria en viss tid efter operation, uppföljning av hur brukaren/patienten bemöts av personalen samt brukaren/ patientens självskattade livskvalitet. (Kammarkollegiet, 2012a).

God vård och omsorg

Vård- och omsorgsverksamhet är förhållandevis hårt styrd av lagar, regler, riktlinjer och policydokument syftande dels till säkerhet för patienter och medarbetare, dels till att verksamheten ska leverera god vård. Vid upphandling av vård- och omsorgstjänster måste dessa bestämmelser beaktas. Nationella kvalitetsregister används både för att vägleda och för att följa upp förbättringsarbete i vård och omsorg och ses därmed som en central del av vårdens mål- och kunskapsstyrning.

I Sverige introducerades de första registren på 1970-talet och idag finns det ett 70-tal sådana register. I God Vård (SOSFS 2005:12) ställs krav på hälso- och sjukvårdsorganisationer att etablera ledningssystem som bland annat innefattar en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. God vård inom hälso- och sjukvård brukar innefatta följande sex områden:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv vård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

God vård och omsorg inom socialtjänsten utvecklad av Socialstyrelsen innefattar också sex områden:

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Inom vård- och omsorgsområdet har också ISO utvecklat standarder. "SS-EN 15224 Ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården - Krav baserade på EN ISO 9001:2008" är en standard utvecklad från ISO 9000-serien som är anpassad för vården. Syftet är att anpassa och specificera kraven i ISO 9001. I standarden finns följande områden som är snarlika Socialstyrelsens beskrivning av god vård och omsorg:

- Jämlik – vård på lika villkor
- Kunskapsbaserad – vetenskap och beprövad erfarenhet
- Patientorienterad – patientens behov i centrum
- Patienters delaktighet – självständig aktör och medinflytande
- Patientsäkerhet – risker hanteras förebyggande
- Verkningsfull – har avsedd effekt
- Effektiv – verkningsfullhet till rimlig kostnad
- Tillgång till – finns i utbudet
- Tillgänglighet – tillgång till i rimlig tid
- Vårdkontinuitet – för patienten och patientens behov
- Ändamålsenlig – rätt vård utifrån behov

Kvalitet och upphandling av vård & omsorg

Vad vet vi idag?

Privat, offentlig eller ideell

De senaste åren har kvalitetsfrågor i samband med offentlig upphandling hamnat allt mera i fokus, enligt SOU (2013). Involvering av privata aktörer är ett sätt att försöka öka kvaliteten och tillgängligheten. I en artikel avseende äldrevården visar Bergman med flera (2012) att kvaliteten verkar öka när svenska kommuner upphandlar äldrevård. Andersson & Jordahl (2011) menar, efter deras genomgång av empirisk litteratur, att offentlig outsourcing generellt minskar kostnader utan att påverka kvalitet negativt. Bergman & Jordahl (2014) menar att, liksom för andra välfärdstjänster och många andra tjänster, äldreomsorgens kvalitet är svår att mäta och observera. Stolt med flera (2010) visar i sin studie som omfattar 99% av äldreboenden i Sverige, och som studerar utfallet för ett antal kvalitetsdimensioner, att det finns skillnader i utfallet mellan privata och offentliga aktörer. Operationalisering av kvalitet som omfattar antalet anställda visade att antalet anställda per boende var signifikant lägre (-9%) i privata äldreboenden, men att andelen boende som deltog i formuleringen av vårdplan (+7%) och andelen äldre som blev erbjuden olika matalternativ (+26%) var signifikant högre för de privata aktörerna. Deras slutsats var att privata aktörer fokuserar mer på serviceaspekter än på strukturella förutsättningar. Sammanfattningsvis menar SOU (2013) att utredningen i sitt arbete inte har kunnat påvisa generella eller entydiga skillnader i den kvalitet som erbjuds, inom exempelvis vård och omsorg, mellan verksamheter som bedrivs i offentlig regi, privat regi eller av ideella organisationer.

Svårigheter och risker med upphandling

Konkurrensverket (2006) menar att det finns svårigheter med kontrakt som omfattar kvalitet och att detta påverkar vad organisationer väljer att upphandla, samt att allokering av resurser sker då inom organisationer istället för på marknaden. Health Navigator (2013a) uppmärksammar att ett

antal risker med konkurrensättning av särskilt boende kan vara, risk för sänkt kvalitet, risk att förväntat innovationstryck inte förverkligas och risk för höga transaktionskostnader.

Health Navigator (2013a) menar att det kan vara utmanande att styra mot kvalitet i upphandlingar och att kvalitetsmått varken användes för kvalificering eller kravspecifikation. Många upphandlande myndigheter menar att det är komplicerat att använda kvalitetskriterier vid upphandling av vård och omsorg på grund av att det finns svårigheter att definiera kvalitet i samband med upphandlingen av så kallade ”mjuka tjänster” och att det därmed också blir svårt att utvärdera kvalitet på tjänsten på ett klanderfritt sätt (SOU, 2013). Några resultat av SOU (2013) är att den offentliga upphandlingen har en tydlig slagsida mot lagtillämpning. Andra viktiga aspekter av den goda affären har kommit i skymundan menar SOU (2013). Lagstiftningen och dess tillämpning upplevs som både krånglig och oflexibel samt ibland också otydlig. Myndigheternas begränsade möjligheter till förhandling upplevs ofta stå i vägen för att göra en bra upphandling (SOU, 2013). Det stora antalet överprövningar leder till förseningar och fördyringar samt till svårigheter att tillhandahålla offentliga tjänster (SOU, 2013). Rädslan för att upphandlingen ska stoppas gör att man undviker mer komplexa tillvägagångssätt som skulle vara till fördel för den goda affären (SOU, 2013). I detta sammanhang ska det också betonas att det heller inte är riskfritt och problemfritt att bedriva vård och omsorg i egen regi.

LOU eller LOV

De europeiska upphandlingsdirektiven bygger på principerna icke-diskriminering, likabehandling, transparens och proportionalitet (se bland andra van Weele, 2012). Medlemsstaterna i Europeiska Unionen har överfört direktiven till nationella lagar. Tillsammans utgör direktiven och lagarna en samling regler som upphandlande myndigheter måste följa. Det finns också olika sätt, enligt direktiven, att genomföra själva upphandlingen; öppet förfarande,

selektivt förfarande, konkurrenspräglad dialog, förhandlat förfarande med och utan annonsering samt projekttävling (se bland andra van Weele, 2012). Olika förfarande medför olika regler som måste följas.

Vård och omsorg i enskild regi ska enligt lag konkurrensutsättas enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Vid upphandling enligt LOU lägger anbudsgivare anbud på att utföra vården och omsorgen, och kommunen eller landstinget väljer det förmånligaste anbudet. Offentliga upphandlingar genomförs enligt Pottinger (1998) och Palaneeswaran med flera (2003) normalt genom ett anbuds förfarande där priset är det dominerande bedömningskriteriet. Vid valfrihet enligt LOV godkänns leverantörer som uppfyller krav och villkor, och den enskilde vårdmottagaren väljer sedan leverantör. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som trädde i kraft 2009 syftar därmed till att öka patienters och brukares valfrihet och underlätta för privata vårdgivare att etablera sig i vård och omsorgssektorn (Camén & Skålén, 2013). Lagen medförde att landstingen blev skyldiga att införa vårdvalssystem som ger den enskilde rätt att välja den leverantör som ska utföra vård- och omsorgstjänsten. En förhoppning med LOV är att kvalitet ska kunna uppnås genom att vårdtagaren själv får välja vilken vårdgivare som hon eller han uppfattar kan leverera hög kvalitet. Till skillnad från LOU, där en leverantör valts efter avslutad upphandling, innebär alltså LOV att alla som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget har rätt att bedriva vård. Även om en upphandlande enhet väljer att LOV ska tillämpas bör det framhåvas att förfrågningsunderlag och kontrakt upprättas på liknande sätt som vid en offentlig upphandling enligt LOU.

De vanligaste upphandlingsmodeller som används sammanfattas väl av Health Navigator (2013b):

- Kvalitetsupphandling (LOU); där priset är fast och anbudet med bästa kvalitet antas
- Prisupphandling (LOU); där anbudet med lägsta pris antas
- Pris-/kvalitetsupphandling (LOU); där det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet väljs ut utifrån en viktad utvärdering av anbudens pris och kvalitet

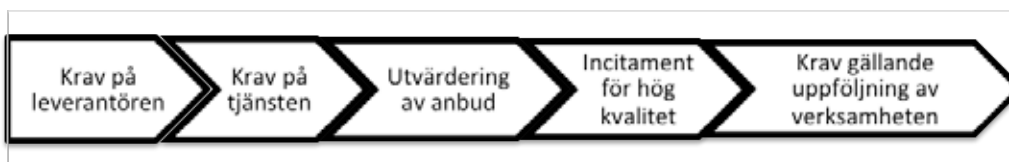
- Upphandling enligt LOV; där kontrakt tilldelas samtliga anbudsgivare som uppfyller kvalifikationskraven och skall-kraven på tjänsten.

Vilken vård och omsorg upphandlas?

Nutek (2008) konstaterar att samtliga landsting i studien uppger att de under de senaste två åren har upphandlat primärvård, specialiserad somatisk vård och psykiatrisk vård samt rehabilitering och sjukgymnastik (notera att ett annat regelverk för offentlig upphandling i Sverige existerade före 2008). Övriga vanligt förekommande tjänster är uppsökande tandvård och röntgentjänster. I vissa upphandlingar handlar det om att lägga ut en hel verksamhet, såsom ett lasarett eller en vårdcentral, medan det i andra fall är särskilda specialisttjänster som upphandlas. Bland kommunerna är äldreboenden och hemtjänst de tjänster som upphandlats mest frekvent. Även upphandling av handikappomsorg och beroendevård är vanligt förekommande. Särskilda boenden enligt LOU finns i 98 kommuner, medan LOV för särskilda boenden ännu införts i endast fem kommuner (Health Navigator, 2013a). LOV är betydligt vanligare vad gäller hemtjänst, där den tillämpas i 86 kommuner (Health Navigator, 2013a).

Upphandlingsprocessen

Upphandlingsprocessen kan grovt delas upp i kontakt och kontrollfasen, och hur man väljer att agera under kontaktfasen påverkar med stor sannolikhet också kontrollfasen. Health Navigator (2013b) presenterade en rapport om hur kommuner kan upphandla bättre med avseende på kvalitet och särskilt boende inom äldreomsorgen. I rapporten delas förfrågningsunderlaget in i fem huvudsakliga faser, se figur 4.1.



Figur 4.1

Förfrågningsunderlagets olika delar. Källa: Health Navigator (2013b)

- Krav på leverantören innebär att undersöka om någon av leverantörerna inte är kvalificerad att delta i utvärderingen. Detta kan innefatta krav på betalning av sociala avgifter och skatter samt ekonomisk stabilitet. (Health Navigator, 2013b).
- Krav på tjänsten innebär att upphandlande enhet specificerar vad tjänsten ska innehålla genom skall-krav. (Health Navigator, 2013b).
- Utvärdering av anbud beror på vilken upphandlingsmodell som kommunen eller landstinget använder. (Health Navigator, 2013b).
- Incitament för högre kvalitet innebär att man efter att upphandlingen är slutförd på olika sätt uppmuntrar leverantören till att hålla en hög kvalitet i verksamheten. Exempelvis genom ekonomiska incitament och genom att endast förlänga avtal om utföraren hållit hög kvalitet under avtalstiden. (Health Navigator, 2013b).
- Till sist menar Health Navigator (2013b) att redan vid upphandlingen måste det finnas en plan för hur uppföljningen ska gå till och vilka krav gällande uppföljning av verksamheten som ska gälla.
- ”Kommunen har ett antal gemensamma datasystem för att redovisa, utläsa och överföra uppgifter inom vård och omsorg. Utföraren är skyldig att använda de av kommunen anvisade systemen.”
- ”De insatser som ges skall kännetecknas av trygghet, värdighet och respektfullhet i utförandet.”
- ”Den enskilde och dennes närstående skall ges möjlighet att vara delaktiga i utformningen av service, daglig tillvaro, personlig omvårdnad och i den hälso- och sjukvård som ges.”
- ”Den enskilde och dennes närstående skall ges information och introduktion om praktiska frågor inför inflyttning.”

I Health Navigators studie (2013a) presenteras en studie med syfte att identifiera möjligheter för kommuner att genom upphandling skapa bättre förutsättningar för ökad kvalitet för de boende. Studien omfattar en systematisk genomgång av alla upphandlingar av särskilt boende mellan januari 2011 och juni 2012, totalt 70 stycken. I Health Navigators studie (2013a) konstateras att antalet skall-krav är mycket omfattande i samtliga granskade upphandlingsunderlag, i genomsnitt 215 krav per upphandling (av de som detaljgranskades). Krav som kan anses vara basala utgjorde en betydande del. Även skall-krav i form av vision, och som därmed är svåra att följa upp, fanns i de flesta upphandlingar som studerades, konstateras av Health Navigator (2013a). Vidare var det färre än 10 procent av skall-kraven som berörde resultat och det fanns också skall-krav som överlappade med lagstiftning. Health Navigator (2013a) anser att en gemensam standard skulle kunna användas som bas för skall-kraven. Även Bergman (2013) menar att man bör standardisera hur kvalitetskrav ställs så att transaktionskostnader sänks.

Kammarkollegiet (2011) ger en omfattande beskrivning av hur utformningen av förfrågningsunderlag för upphandling enligt LOV går till. Avseende upphandling av hälso-

Vilka kvalitetsrelaterade krav ställs?

Andelen kontrakt som tilldelats baserat på kvalitetsrelaterade kriterier har generellt ökat inom offentlig sektor på senare år enligt en del studier (Konkurrensverket, 2004; Waara & Bröchner, 2006; Sporrang & Bröchner, 2009). Under fasen ”krav på tjänst” enligt Health Navigator (2013b) så presenteras fler olika exempel på skall-krav inom områden som kompetens och bemanning samt kvalitetsarbete som kan ställas vid upphandling. Exempel på bra skall-krav är enligt Health Navigator (2013b):

- ”Kontaktperson skall utses i samband med inflyttning.”
- ”Utföraren skall medverka i beställarens brukarundersökning.”

och sjukvård samt vård och omsorgstjänster menar Kammarkollegiet, att den upphandlande myndigheten bör ställa krav på att leverantören ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9. Kommunen eller landstinget kan också begära att leverantören ska komma in med en egen beskrivning av kvalitetsledningssystemet alternativt ett intyg utfärdat av ett oberoende organ eller motsvarande enligt Kammarkollegiet (2011).

Nutek (2008) sammanfattar, efter att ha genomfört intervjuer hos kommuner och landsting, att kvalitetskrav/kvalitetskriterier används på fyra olika nivåer, nämligen:

- lagar och föreskrifter
- nationella styrdokument
- lokala och regionala styrdokument
- övriga kvalitetskriterier

Nutek (2008) menar att skillnaderna är stora mellan olika upphandlingar både vad gäller innehåll och hur kvalitet definieras, vilket kan försvåra för leverantörerna. Några kvalitetskriterier är mätbara och enkla att värdera, men ofta är kriterierna vagt definierade. Bergman (2013) menar sammanfattningsvis att det måste bli lönsamt att leverera god kvalitet och att detta kan uppnås bland annat genom att systematiskt mäta kundnöjdhet och koppla denna till bonusar och sanktioner. Vidare bör kundnöjdhetsmätningar mellan olika upphandlande myndigheter standardiseras så att historiska resultat av kundmätningar kan användas för att värdera anbud vid nya upphandlingar (Bergman, 2013).

Uppföljningsfasen, kontrakt och kvalitet

SOU (2013) anser att kontraktens utformning samt uppföljningen är väsentliga för att erhålla god kvalitet. I detta inbegrips frågor om olika typer av ersättningsformer eller förlängningsoptioner, samt hur en verkningfull uppföljning kan organiseras och kontraktsbrott beivras. Innehållet i kontraktet, speciellt när en offentlig upphandling sker, syftar till att projicera framtiden för att på så sätt säkra framtida transaktioner och resultat (Camén & Skålén, 2013). Genom specifikationer i kontraktet görs immateriella aspekter av tjänsten materiella för att på så sätt vara möjliga att styra (Camén, 2011). Forskning har visat att hur kontraktet skrivs

och utformas påverkar möjligheten att utveckla kvaliteten (Camén, 2011).

Styrning av tjänstekvalitet genom kontrakt kan ibland fungera dåligt eftersom det kan vara svårt att förutse hur kunden kommer att uppleva samspelet med den som levererar tjänsten. Detaljerade kontrakt syftar till att säkerställa att beställaren får avsedd tjänst och kvalitetsnivå (Camén, 2011). Detaljerade och statiska kontrakt minskar dock möjligheten att vara flexibel i kontraktrelationen (Bröchner & Badenfelt, 2011; Camén, 2011) och kan påverka utvecklingen av kvalitet genom att detaljeringsgraden ofta sker på bekostnad av flexibilitet och möjlighet att kunna agera kundorienterat (Camén, 2011). Hart med flera (1997) menar vidare att leverantörer fokuserar på kvalitetsaspekter som specificeras i kontraktet på bekostnad av det som inte specificeras i kontraktet. Waters med flera (2004) menar också att tillgången till information avseende vårdens utfall också avgör möjligheten att upprätta och kontrollera kontraktförbehåll samt att inkludera kvalitet.

Kammarkollegiet (2012a) har gjort en vägledning över hur kvalitet och andra delar bör följas upp hos vårdföretaget. I uppföljning och mätning av kvalitet menar Kammarkollegiet att de sex kvalitetsområdena som Socialstyrelsen har utvecklat för socialtjänst respektive hälso- och sjukvård kan användas för att följa upp en verksamhet, se kapitlet "Kvalitet i vård och omsorg" i denna rapport. SOU (2013) skriver att det är ställt utom allt tvivel att uppföljning av ställda krav är ett gravt eftersatt område i många upphandlingar. Ställda krav följs sällan upp, vilket gör att myndigheterna inte vet om de har fått vad de har avtalat om och betalar för (SOU, 2013). Blomqvist & Winblad (2010) menar också utifrån en studie av fyra fall att den utvärdering som görs av kontrakterade leverantörer inom vård och omsorg kan beskrivas som osystematisk. Några, men väldigt få, av de intervjuade i Nutek (2008) uppger att uppföljningen tydligt utgår från de kvalitetskriterier som stipulerats i förfrågningsunderlaget. I några intervjuer har det framkommit att det knappt finns något rutinmässigt uppföljningsarbete (Nutek, 2008). Nutek (2008) konstaterar vidare att flera medverkande i studien har poängterat att det är ett område med utvecklingspotential.

Kammarkollegiet (2012b) diskuterar olika ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg enligt LOU och LOV, och menar att målrelaterad ersättning, rörlig ersättning och fast ersättning kan användas olika beroende på upphandling. I målrelaterad ersättning är fokus att sätta upp kvalitetsmål och sedan ge ersättning till leverantören om målen uppfylls. Rörlig ersättning är direkt kopplad till volymen som levereras. Fast ersättning för ett generellt åtagande oavsett hur mycket som levereras. Om enbart en av ersättningsformerna används menar Kammarkollegiet (2012b) att det är ”svårt att nå en lämplig avvägning mellan de tre allmänna målen, det vill säga hög produktionstakt, låga kostnader och hög kvalitet.” När olika ersättningsformer kombineras blir resultatet en ersättningsmodell. Tillsammans kompletterar fast, rörlig och målrelaterad ersättning varandra (Kammarkollegiet, 2012b).

Health Navigator (2013a) menar också att det även är viktigt att skapa incitament i avtalen, att öka kvaliteten under avtalsperioden och att aktivt använda möjligheten att förlänga eller inte förlänga ett avtal. SOU (2013) skriver också att centralt är att premiera kvalitetshöjande åtgärder som går utöver ställda krav samt att introducera drivkrafter för att uppnå högsta möjliga kvalitet under kontraktstiden. Sammanfattningsvis kan det konstateras att ingen av upphandlingarna studerade av Health Navigator (2013a) innehåller incitament för att höja kvaliteten under avtalsperioden, som vanligtvis var minst sex år (Health Navigator, 2013a).

Nya perspektiv på kvalitet och inköp

Ledning och Strategi

Nutek (2008) menar att i Sverige är det vanligast att upphandlingsenheten har huvudansvaret för upphandlingsprocessen och leder projektgruppen även om beställaren eller sakförvaltningen äger frågan om upphandlingen i sig. Roodhooft & Van den Abbeele (2006) anser att det behövs mer engagemang från ledningen, som inser vikten av upphandlingsfunktionen inom den offentliga sektorn, och som stödjer utbildad personal att implementera strategiska upphandlingsinitiativ. Detta är i linje med SOU (2013) som i sina slutsatser menar att upphandling måste bli en strategisk fråga för ledningen. I SOU (2013) har den enskilt

viktigaste faktorn för högre kvalitet och effektivitet enligt utredningen varit att utveckla ett väsentligt mer strategiskt perspektiv på offentlig upphandling. Ett exempel är myndigheter som i avsaknad av en upphandlingsstrategi sköter sin anskaffning av varor och tjänster på ad hoc basis, det vill säga när behovet uppstår. Vidare konstateras i SOU (2013) att trots att upphandlingen ofta berör välfärdens kärna får den alltför sällan myndighetsledningens uppmärksamhet.

Inköp och upphandling

Forskning har visat att utanför den offentliga sektorn så har en förändring skett avseende inköp, från konkurrens till samarbete (Axelson & Easton, 1992, Ford, 1997), och en övergång i den privata sektorn från transaktionsmodeller till användningen av relationsmodeller. Liana & Laing (2004) presenterar en studie som jämför hur den privata sektorn genomför inköp med hur offentlig verksamhet gör det. Det konstateras att det finns ett behov av kulturförändringar inom offentliga organisationer och att ge medarbetare en möjlighet att utöva professionellt omdöme i upphandlingsprocessen och i relationer med leverantörer, se Liana & Laing (2004). I relationsmodeller för inköp är det en pågående interaktion mellan beställare och leverantör, med en process som är mindre formell och som kompletteras med informella kontakter på företag och i andra sammanhang. I ett sammanhang där ett transaktionssynsätt utan tvekan är olämpligt på grund av marknads- och serviceegenskaper är de enda organisationer som kvarstår med en öppet anbuds- och transnationell inställning de offentliga organisationerna, se Liana & Laing (2004). Dock ska i detta sammanhang påpekas att variationen är stor avseende hur privata företag genomför sina inköp mellan olika sektorer och företag. Vidare menar Stanley & Wisner (2001) att resultaten indikerar att det finns starka positiva relationer mellan implementeringen av principer som bygger på samarbete mellan inköp och leverantör och service- och produktkvaliteten tillhandahållda till externa kunder.

Att mäta kvalitetsmognad vid upphandling

Att väga in subjektiv kvalitet i upphandlingar, exempelvis genom att expertpaneler ger omdömen om anbudens föreslås av Bergman (2013). I en studie av Rönnbäck (2012) beskrivs hur kvalitetskriterier har använts vid upphandling

av kollektivtrafik. Omkring en tredjedel av Sveriges trafikhuvudmän gör kvalitetsrelaterade bedömningar vid upphandling (Rönnbäck, 2012). Vanligtvis används modeller eller nyckeltal som beskriver verksamhetens utfall i kvalitetsrelaterade termer, men den generella kvalitetsmognaden inom branschen är mycket låg (Rönnbäck, 2012). Exempel på tillämpning av utvärderingsmodeller inom vården finns hos Stockholm Läns Landsting genom deras gemensamma instrument för utvärdering av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (LAGE) och som användes i början av 2000-talet. Kammarkollegiet uppger att under hösten 2003 hade sammanlagt nio kliniker vid fem av akutsjukhusen utvärderats med hjälp av detta självutvärderingsinstrument. Varje klinik utvärderades av olika lag bestående av 5-6 beställartjänstemän där var och en först gjort en egen värdering efter särskild modell, därefter har konsensus fattats i laget, platsbesök har utförts innan slutlig rapport skrivits, vilken delgivits verksamhetschefen både muntligen och skriftligen. Syftet med LAGE var först och främst att stimulera verksamheterna till ett långsiktigt och systematiskt kvalitetsarbete med ett tydligt patientorienterat perspektiv vilket ska präglas av ett förebyggande arbetssätt, ständiga förbättringar, faktabaserade beslut samt samverkan. Resultaten gav insikter i hur kvalitetskriterier kan användas i offentlig upphandling av tjänster.

Mer kunskap behövs

Innovativa upphandlingsprocesser inom vård och omsorg, det vill säga när upphandlingen och dess genomförande organiseras på ett nytt och bättre sätt, har fått ett ökat fokus i de nordiska länderna (Nordic Council of Ministers, 2011). Waters (2004) hävdar i linje med detta att kvalitetsbaserad upphandling blir allt viktigare men att det saknas kunskap om hur sådan genomförs. Konkurrensverket (2006) konstaterar att det är slående hur få publicerade empiriska studier det finns och då avses en översikt av litteraturen om konkurrens och kvalitet. Kunskapsbristerna på området offentlig upphandling är stora (SOU, 2013). En del svenska rapporter som genomförts i syfte att operationalisera kvalitet vid upphandling har gjorts med juridiska utgångspunkter eller inom ekonomisk pristeori (Konkurrensverket, 2004 & 2006). Tidigare svenska studier av kvalitetskriterier vid upphandling (Konkurrensverket, 2004) belyser bland annat

metoder för utvärdering av kvalitet och pris. Fokus i analyserna ligger på poängsättning, viktning och beräkningar när kvalitet och pris kombineras, men även kostnad per kvalitetspoäng studeras.

Trots att offentligt upphandlade varor och tjänster utgör mer än 15 procent av Sveriges BNP (Konkurrensverket, 2013) saknas det fortfarande på många områden forskning kring hur kvalitet definieras, specificeras, utvärderas och följs upp vid sådana upphandlingar. Tidigare forskning inom kontraktområdet har också endast i liten utsträckning studerat kvalitetsaspekter (Camén, 2010; 2011). Vidare saknas idag operationaliseringar och klassificeringar av kvalitet samt sätt att utvärdera kvalitet som passar nutida välfärdsorganisationer. Detta på grund av att mycket av kunskapen om kvalitet utvecklades i slutet av 80-talet och början av 90-talet utifrån den tillverkande industrins förutsättningar eller utifrån de förutsättningar som råder inom andra serviceområden. Att definiera kvalitet har också beskrivits som att skjuta på ett rörligt mål (Boaden, 1997), och kvalitetsprofessionen måste hela tiden hitta sätt att utveckla kunskapen om kvalitet och ett arbetssätt för att hantera den ständigt förändrade omvärlden (Pyzdek, 1999). Få undersökningar försöker förstå hur kvalitet manifesteras i olika kontexter och för olika organisationer samt vad som kan läras mellan olika kontexter (Sousa & Voss, 2002). Det är speciellt sant avseende utvärdering av kvalitet med hjälp av olika kvalitetsmodeller (Balbastre-Benavent & Canet-Giner, 2011).

Vidare är förekomsten av kvalitetsmätningar och kvalitetsuppföljningar inom vård och omsorg relativt hög (Kollberg, 2007), och andelen av upphandlingar av vård och omsorg är relativt stor ur ett internationellt perspektiv (Nutek, 2007). Även om det idag finns forskning kring tjänstekvalitet och användning av kvalitetskriterier behövs också mer kunskap om hur kvalitet operationaliseras, utvärderas och följs upp i denna kontext, samt hur man gör detta med en utgångspunkt i där det faktiska värdeskapandet sker, det vill säga i mötet mellan vårdgivare och vårdtagare.

Slutsatser och Rekommendationer

Denna rapport handlar om kvaliteten vid upphandling av vård och omsorg. Syftet med rapporten är att presentera ett kunskapsunderlag om kvaliteten vid upphandling av vård- och omsorgstjänster. Vidare syftar studien till att ta fram rekommendationer för hur upphandling av vård- och omsorgstjänster kan utvecklas så att högre kvalitet uppnås. Huruvida det är lätt eller svårt att tillvarata och följa slutsatserna och rekommendationerna som presenteras i denna rapport har inte beaktats, eftersom sådana bedömningar ligger utanför uppdraget. Rekommendationerna har tagits fram med utgångspunkt i frågan: Hur kan Sverige uppnå högsta möjliga kvalitet på offentligt upphandlad vård och omsorg med minsta möjliga skattekrona? Andra utgångspunkter hade naturligtvis kunnat resultera i andra rekommendationer och slutsatser. Följande centrala slutsatser och rekommendationerna har framkommit under arbetet med rapporten:

Från ett kvalitetsperspektiv kan Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) avskaffas eller förenklas. Lagen gör att beställare fokuserar på att göra rätt enligt lagen istället för att utveckla inköpsätt som ger hög kvalitet till minsta möjliga skattekrona.

LOU är en detaljerad lag med över 240 paragrafer. Forskning visar att verksamheter som levererar hög kvalitet och har hög kvalitetsmognad, framgångsrikt tillämpar principer som kundfokus, ständiga förbättringar och processledning, se till exempel Eriksson (2004). Dessa principer och andra viktiga principer inom kvalitetsutveckling är inte i samklang med LOU. Forskningsgenomgången som presenteras i denna rapport indikerar därför att offentliga upphandlingar bör kunna genomföras på ett bättre sätt med högre kvalitet på den uppköpta tjänsten och för en mindre skattepeng utan LOU. Om någon lag ska finnas på området kan en sådan lag inkludera principer som gör att hög kvalitet uppnås på de välfärdstjänster som upphandlas. Även om det är så att lagen ger relativt stort utrymme att genomföra upphandlingar på olika sätt så gör upphandlande enheter sällan det på grund av en rädsla att göra fel

(SOU, 2013). Upphandlande myndigheter tenderar att välja det säkra före det osäkra. Lagen leder också till många stämningar i domstol (SOU, 2013), vilka inte är värdeskapande eller ett smart sätt att använda skattepengar. Sju procent av samtliga annonserade upphandlingar blev under 2011 föremål för domstolsprövning, se SOU (2013). Överprövningar och långa handläggningstider bidrar till att förvärta hela skeendet och ge negativa konsekvenser för välfärden.

Lagstiftare i Sverige kan aktivt verka för att kommande EU-direktiv på området utvecklas på ett sådant sätt att detta inte hindrar beställare och leverantörer att tillsammans utveckla och uppnå hög kvalitet. Vidare kan lagstiftare studera hur andra EU-länder har lyckats omsätta EU-direktiv i mindre byråkratiska lagar än LOU. De nya EU-direktiven 2014/24/EU om offentlig upphandling vilka skall implementeras under 2016 i Sverige, kommer att medföra förändringar i den svenska lagstiftningen och i LOU. Dock tyder förslaget på ny svensk lagtext som tagits fram av Genomförandeutredningen, att någon betydande förenkling av LOU inte kommer att genomföras vilken kommer att kunna få positiv effekt på kvaliteten på upphandlade vård- och omsorgstjänster.

Synsättet på hur hög kvalitet uppnås kan behöva förändras hos upphandlande enheter och myndigheter. Dagens synsätt på kvalitet och tillämpning av kvalitetsutveckling leder till relativt låg kvalitet på vård- och omsorgstjänsterna, och att kvaliteten inte heller förbättras.

Kraven som inkluderas vid upphandling är för detaljerade och för svåra att följa upp, se till exempel Health Navigator (2013b) för en redogörelse. Upphandlande enheters och myndigheters perspektiv på och tillämpning av kvalitet präglas av ett mekanistiskt (Spencer, 1994) och deterministiskt synsätt (Kroslid, 1999), vilket har visat sig leda till lägre kvalitet i jämförelse (Brown, 2013). Detaljnivå och antalet skall-krav, se till exempel Health Navigator (2013a & 2013b) samt Nutek (2008), bör minskas för att hög kvalitet ska kunna uppnås.

Dessutom har det visat sig att många krav som ställs är lagkrav. Det är vidare omöjligt att i förväg specificera alla betydelsefulla delar av kvalitet vid upphandling av vårdtjänster. Även om man försöker specificera så mycket som möjligt kan specifikationen inte bli heltäckande. Leverantören detaljstyrts och de krav som inte täcks av avtalet prioriteras ned. Hela förfarandet resulterar i låg kvalitet och att inga förbättringar av vård- och omsorgssystemet görs.

I studier av Sveriges bästa verksamheter avseende kvalitet (Eriksson, 2004), och i flera liknande internationella studier (Brown, 2013), antas istället ett organiskt perspektiv (Spencer, 1994) som i denna kontext innebär att utifrån vårdmottagarens behov arbetar vård- och omsorgsleverantören med ständiga förbättringar utifrån de värdeskapande processerna. Att förändra synsätt och förbättra kompetensnivån tar tid. Utbildningar, erfarenhetsutbyten, och nätverk där ett gemensamt lärande mellan beställare, myndigheter, vård- och omsorgsutförare kan ske är dock viktiga inslag. Det verkar heller inte som det sker någon systematisk kunskapsöverföring mellan privata inköpare och offentlig upphandling. Offentliga inköpare kan ha mycket att lära av privata kollegor, men även omvänt. SOU (2013) föreslår att instifta tre professurer i offentlig upphandling. En rekommendation utifrån resonemanget ovan är då att professurerna ska omfatta både privata och offentliga inköp.

Genom fokus på partnerskap och relationsbyggande kan beställare och leverantörer tillsammans utveckla och uppnå högre kvalitet på sina gemensamma vårdtjänster.

Hög kvalitet kan uppnås genom utvecklande av långsiktiga relationer mellan organisationer som beställare, leverantörer, och vårdtagarrepresentanter, och därmed kan en win-win-win-situation skapas där kontraktstiden präglas av långsiktighet, samarbete, kundnytta, och förtroende. Den privata sektorn bedriver i större utsträckning än den offentliga sektorn inköp utifrån relationsskapande principer istället för principer som bygger på ett transaktionssynsätt och konkurrens (Axelson & Easton, 1992; Ford, 1997; Sanderson, 1998; Liana & Laing, 2004). Sanderson (1998) menar mer specifikt att det bästa angreppssättet i den privata sektorn är för inköparen att arbeta i nära samarbete eller partnerskap med en eller två leverantörer. Ökad användning av dialog i offentliga upphandlingar

stärker också förutsättningarna för att åstadkomma goda affärer, se SOU (2013). Genom att i större utsträckning också upphandla helhetslösningar kan drivkrafter för effektivisering och nytänkande stimuleras tillsammans med leverantörer (SOU, 2013). Ett större fokus på hur kvalitet kan utvecklas och förbättras under pågående kontrakt behövs. Det har visat sig att uppföljning av kontrakt i dag brister (SOU, 2013), vilket betyder att nya sätt att arbeta tillsammans under en kontraktstid behöver utvecklas. Det finns utrymme idag inom ramen för lagstiftningen att ta mera initiativ mot ett ökat långsiktigt relationsbyggande mellan beställare och leverantörer.

Upphandlande enheter kan behöva i större utsträckning vid upphandling och under kontraktstiden utvärdera kvalitetsmognaden hos leverantören, samt använda indikatorer som mäter resultatet av vården och omsorgen.

Helhetssynen är ett eftersatt område inom offentlig upphandling (SOU, 2013), och uppföljningen är ofta bristfällig samt osystematisk (Blomqvist & Winblad, 2010; SOU, 2013). Ett förfarande liknande det för bedömningen enligt utmärkelsemodeller med återkommande revisioner skulle kunna utvecklas och appliceras vid upphandling och under kontraktstiden, där det som utvärderas är vård- och omsorgssystemet. Leverantörens kvalitetsmognad kan därmed utvärderas. Idag kan mätningen av kvalitetsmognaden beskrivas som ad-hoc och utan någon etablerad kvalitetsmodell. Istället för godtyckliga bedömningar av kvalitet hos tilltänkta leverantörer kan istället myndigheter använda de systematiska utvärderingsinstrument som finns i utmärkelsemodellerna. Vidare kan angreppssätten i utmärkelsemodellerna användas för att bestämma val av leverantör och angreppssätten tillsammans med resultatavsnitten i utmärkelsemodellerna användas under kontraktstiden. Genom att under kontraktstiden följa upp angreppssätten som leverantören beskrev initialt kan skillnader i kvalitetsnivåer upptäckas under kontraktstiden och eventuella positiva såväl som negativa konsekvenser för leverantören komma ifråga (incitament för högre kvalitetsnivå, vite för lägre kvalitetsnivå). Särskilt i detta sammanhang de dynamiska kvalitetskraven som finns i utmärkelsemodellerna och de statiska skall-kraven som vanligen används vid upphandling. Inom detta gebit behövs också en utveckling av dagens utmärkelsemodeller som passar både syftet

(offentlig upphandling) och kontexten (vård och omsorg). För att bedöma kvalitet förespråkar den gällande diskursen, se till exempel, SOU (2013), också att indikatorer ska användas, och helst då resultatmått (se Donabedian, 1966). Detta är eftersträvansbart, men också svårt eftersom indikatorerna sällan ger en samlad helhetsbild av verksamheten, samt att det finns en problematik avseende hur tillförlitliga olika mätinstrument är för att sammanställa de olika resultatmått. Dessutom finns risken att nystartade verksamheter diskrimineras eftersom de inte kan uppvisa några resultat.

Diskussion

Tydligt är att det finns få vetenskapliga studier inom området kvalitet vid offentlig upphandling av vård och omsorg. Idag vet vi mycket om delområdena var för sig, det vill säga upphandling, kvalitet och kvalitetsutveckling samt kvalitet i vård- och omsorg. När delarna läggs ihop framträder dock en slående avsaknad av kunskap, både ur ett nationellt och ur ett internationellt perspektiv, trots att området berör så många människor och så mycket pengar. Behovet av kunskap är mycket stort och det behövs därför mer specifikt ytterligare forskning om hur högsta möjliga kvalitet kan uppnås när välfärdstjänster läggs ut på entreprenad.

Den pågående diskussionen handlar mycket om privat eller offentlig verksamhet och vinster i välfärden. Vad är bäst? Både privat och offentlig verksamhet kan leverera hög kvalitet på sina tjänster. Kvalitetsmognaden på leverantören avgör istället i stor utsträckning om kvaliteten på tjänsterna blir hög eller låg nu och i framtiden. Därför är det viktigt att debatten mera handlar om hur vi kan åstadkomma hög kvalitet oavsett om det är ett privat företag, en non-profit verksamhet eller en offentlig verksamhet. Det finns också många situationer där utförandet sker i egen regi, och även då är kvalitetsaspekten lika viktig. Det är därför centralt att kvalitet vid upphandling av vård och omsorg också ses i ett större sammanhang som innefattar hur man får hög kvalitet från ett system bestående av flera aktörer eller verksamheter.

Att formulera detaljerade mål och därefter kontrollera att dessa följs räcker inte alltid för att vård och omsorgsmottagaren ska bli nöjd. Vid offentlig upphandling av vård- och omsorgstjänster är det vanligt att avtal sluts på organisatoriskt central nivå och att utförande sker på lokal nivå. Detta leder ofta till gap mellan vad som upphandlas och vad som därefter levereras till patienter, brukare och andra kunder. Om bra förutsättningar för arbetet inte finns för medarbetare riskerar de att hamna i ett dilemma där möjligheterna att leverera i enlighet med avtalet är små. Chou med flera (2003) visar också att vårdmedarbetares tillfredsställelse spelar en avgörande roll för vårdtagarnas nöjdhet, och att det därför är mycket centralt för att åstadkomma hög kvalitet att vårdmedarbetarna har de rätta förutsättningarna.

Metod och författarens perspektiv

Författarens bakgrund och erfarenheter påverkar innehållet i och resultaten från denna kunskapsöversikt. Författaren har tidigare disputerat inom ämnet kvalitet vid Luleå tekniska universitet inom "Organisational Excellence", det vill säga vad som kännetecknar framgångsrika företag och organisationer och vad Sveriges bästa verksamheter gör och inte gör. Vidare har författaren arbetat i flera år inom hälso- och sjukvården som kvalitetschef på Södra Älvsborg Sjukhus och utvecklingschef på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Praktiskt arbete med kvalitet i vården har givit författaren en förståelse om hur kvalitet förstås och kan utvecklas i komplexa system. Dessa teoretiska och praktiska kunskaper och erfarenheter har varit den referensram som denna rapport har utformats från. Detta innebär att rapporten tar sitt ursprung i kvalitetsrörelsen och dess teorier, modeller och metoder. Vidare har författarens praktiska och teoretiska kunskap om vården präglat rapportens innehåll och resultat. Detta betyder att om författaren hade haft en annan ingång från till exempel juridik, statsvetenskap, nationalekonomi så hade andra teorier och modeller använts och därmed hade andra resultat troligen uppnåtts.

Denna rapport bygger på en kunskapsöversikt inom områdena "Kvalitet och Kvalitetsutveckling", "Kvalitet i vård- och omsorg", samt "Kvalitet vid offentlig upphandling av vård- och omsorg", se figur 7.1.



Figur 7.1

Områden som rapporten berör

Detta kunskapsunderlag bygger på framförallt två delar; dels svenska rapporter och vägledningar för kvalitet vid upphandling av vård och omsorg, och dels vetenskapliga studier. Vetenskapliga artiklar och rapporter som denna skrift bygger på har insamlats under en längre tid. Detta har gjorts genom sökning på internet, kontakt med personer med kunskap om fenomenet, och genom att studera material som sedan leder vidare till annat material (till exempel genom att nya sökningar har kunnat göras med ökad kunskap om fenomenet och genom att studera referenslistor). I valet av teorier och modeller som presenteras i denna rapport har författaren valt att presentera de som är mest relevanta för att uppnå rapportens syfte. De teorier och modeller som inte primärt stödjer uppfyllandet av syftet har därför lämnas utanför denna rapport. Vidare hade säkert fler vetenskapliga studier och artiklar kunnat användas för att stödja slutsatserna och rekommendationerna i denna rapport, men på grund av omfattningen av uppdraget så har författaren inte gått vidare med fler referenser när han har ansett att tillräcklig vetenskapligt stöd har presenterats.

Referenser

- Andersson, F. & Jordahl, H. (2011), Outsourcing public services. Ownership, competition, quality and contracting, Stockholm, IFN Working paper No. 874, Research Institute of industrial economics.
- Axelsson, B. & Easton, G. (1992), *Industrial Networks: A New View of Reality*, Routledge, New York.
- Balbastre-Benavent, F. & Canet-Giner, M. T. (2011), "The strategy formation process in the EFQM Excellence Model: a critical review and new perspectives", *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol. 22 No. 7, pp. 727-742.
- Bergman, B. & Klefsjö, B. (2012), *Kvalitet från behov till användning*, Tredje upplagan, Lund, Studentlitteratur.
- Bergman, M. (2013), *Upphandling och kundval av välfärdstjänster. En teoribakgrund*. Rapport, FORES, Entreprenörskapsforum, Stiftelsen Leading Health Care.
- Bergman, M. & Jordahl, H. (2014), *Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2014:1.
- Bergman, M., Lundberg, S. & Spagnolo, G. (2012), *Public Procurement and Non-Contractible Quality: Evidence from Elderly Care*, Umeå, Umeå Economic Studies, Nr 846.
- Blomqvist, P. & Winblad, U. (2010), "Monitoring quality in contracted elder care. The Swedish case", Presenterad vid Statsvetenskapliga förbundets årsmöte i Göteborg, 30 sept-1 okt 2010.
- Boaden, R. J. (1997), "What is Total Quality Management... And does it matter?", *Total Quality Management*, Vol. 8 No. 4, pp. 153-171.
- Brady, M. & Cronin, J. (2001), "Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach", *Journal of Marketing*, Vol. 65 No. 3, pp. 17-33.
- Broadbent, J. & Guthrie, J. (2008), "Public sector to public services: 20 years of 'contextual' accounting research", *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 21 No. 2, pp. 129-169.
- Brown, A. (2013), "Organisational Paradigms and Sustainability in Excellence: From Mechanistic Approaches to Learning and Innovation", Conference Proceeding from QMOD, Portoroz Slovenia, 4-5 September, 2013.
- Bröchner, J. & Badenfelt, U. (2011), "Changes and change management in construction and IT projects", *Automation in Construction*, Vol. 20, No. 7, pp. 767-775.
- Camén, C. (2010), "Service quality on three management levels – a study of service quality in public tendering contracts", *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 2 No. 3, pp. 317-334.
- Camén, C. (2011), *Using contracts to manage services - a study of contracts in public transport*, Karlstad, Karlstad University Studies, 2011:20, Doctoral Dissertation, Universitetstryckeriet, Karlstad.
- Camén C. & Skälén, P. (2013), *Översyn av förfrågningsunderlag gällande Hälsoval Värmland utifrån ett innovations- och kvalitetsperspektiv*, Karlstad, Rapport till LiV Värmland.
- Chou, S.C., Boldy, D.P. & Lee, A.H. (2003), "Factors influencing residents' satisfaction in residential aged care", *The Gerontologist*, Vol. 43 No. 4, pp. 459- 472.
- Coleman, G. D., Koelling, C. P. & Geller, S. E. (2000), "Training and scoring accuracy of organisational self-assessment", *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 18 No. 5, pp. 512-527.
- Conti, T. (1997), "Optimizing self-assessment", *Total Quality Management*, Vol. 8 No. 2/3, pp. 5-15.
- Conti, T. (2002), "A road map through the fog of quality and organizational assessments", Conference proceedings from the 7th World Congress for Total Quality Management: Business Excellence. Make it Happen, Verona, Italy, 25-27 June 2002.
- Corcoran, J. & McLean, F. (1998), "The selection of management consultants: how are governments dealing with this difficult decision? An explorative study", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 11 No. 1, pp. 37-54.
- Cronin, J. & Taylor S. A. (1992), "Measuring service quality: A reexamination and extension". *Journal of Marketing*, Vol. 56 No. 3, pp. 55-68.
- Dean, A.M. & Kiu, C. (2002), "Performance monitoring and quality outcomes in contracted services", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 19 No. 4, 396-413.
- Dean, J. W. & Bowen, D. E. (1994), "Management theory and total quality. Improving research and practice through theory development", *Academy of Management Review*, Vol. 19 No. 3, pp. 392-418.
- Deming. E. (1994), *The New Economics for Industry, Government, Education*, Second Edition. Cambridge MA, The MIT Press.
- Donabedian A. (1966), "Evaluating the quality of medical care". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44 No. 3.
- Edgett, S. & Parkinson, S. (1993), "Marketing for service industries – a review", *The Service Industries Journal*, Vol. 13 No. 3, pp. 19-39.
- Edvardsson, B. (1996), *Kvalitet och tjänsteutveckling*, Lund, Studentlitteratur.
- Eriksson, H. (2004), *Organisational value of participating in quality award processes*, Doctoral thesis No. 8, Luleå, Division of Quality and Environmental Management, Department of Business Administration and Social Sciences, Luleå University of Technology.
- Eriksson, H. & Hansson, J. (2003), "The impact of TQM on financial performance", *Measuring Business Excellence*, Vol. 7 No. 1, pp. 36-50.

- Ford, D. (1997), *Understanding Business Markets*, Second edition, Dryden Press, London.
- Garvin, D. (1984), "What does 'product quality' really mean?" *Sloan Management Review*, Fall, pp. 25-45.
- Grönroos, C. (2000), *Service Management and Marketing – A customer relationship management approach*, Second edition, Wiley, Chichester.
- Hansson, J. (2000), "Quality in health care", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 14 No. 5/6, pp. 357-361.
- Hansson, J. (2003), *Total Quality Management. Aspects of implementation and performance. Investigations with a focus on small organisations*, Doctoral Thesis, Luleå, Division of Quality & Environmental Management. Luleå University of Technology.
- Harnesk, R. (2004), *Leadership for co-worker commitment. A TQM-approach*, Licentiate thesis, Luleå, Division of Quality & Environmental Management, Luleå University of Technology.
- Hart, O.D., Shleifer, A. & Vishny, R.W. (1997), *The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons*, *Quarterly Journal of Economics*, Vol 112, No 4, pp. 1126-1161.
- Health Navigator (2013a), *Stora möjligheter att stärka kvaliteten i äldreomsorgen genom bättre upphandlingar. Hur värderar kommuner kvalitet vid upphandling av särskilt boende? En rapport från Framtidens vård, skola, omsorg*. Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna och Friskolornas Riksförbund
- Health Navigator (2013b), *Upphandla Bättre. Guide för styrning mot kvalitet i upphandling av särskilt boende inom äldreomsorgen. Rapport. Sveriges Kommuner och landsting, Svenskt näringsliv, Vårdföretagarna*.
- Hellström, A. (2007), *On the diffusion and adoption of management ideas. Findings from six empirical studies in the quality field*, Doctoral Thesis, Göteborg, Chalmers University of Technology.
- Hendricks, K. B. & Singhal, V. R. (1999), "Don't count TQM out", *Quality Progress*, Vol. 32 No. 4, pp. 35-40.
- ISO (2008), *Quality management systems – Requirements (ISO 9001:2008)*, SS-EN ISO 9001:2008, SIS, Stockholm.
- Juran (1989), *Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook*, The Free press. NY
- Kammarkollegiet (2011), *Vägledning. Utformning av förfrågningsunderlag för upphandling enligt LOV*, Kammarkollegiet Upphandlingsstödet, Rapport 2011:01.
- Kammarkollegiet (2012a), *Vägledning. Avtalsuppföljning av vård och omsorg*. Kammarkollegiet, Upphandlingsstödet, Rapport 2012:6.
- Kammarkollegiet (2012b), *Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg*, Kammarkollegiet Upphandlingsstödet, Rapport 2012:4.
- Kollberg, B. (2007), *Performance measurement systems in Swedish healthcare services*, Dissertation 1092, Linköping, Division of Quality Technology & Management Linköping University.
- Konkurrensverket (KKV) (2004), *Metoder vid utvärdering av pris och kvalitet i offentlig upphandling. En inventering och analys av utvärderingsmodeller inom offentlig upphandling*, Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie, Rapport 2004:1, Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (KKV) (2006), *Konkurrens och kvalitet. En översikt. Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie, Rapport 2006:5*, Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (KKV) (2013), *Siffror och fakta om offentlig upphandling. Statistik om upphandlingar som genomförts under 2012*, Rapport 2013:9, Konkurrensverket.
- Kroslid, D. (1999), *In search of quality management. Rethinking and reinterpreting*. Doctoral thesis, Linköping, Division of Quality Technology and Management, Linköping University.
- Ladhari, R. (2008), "Alternative measures of service quality: a review", *Managing service quality*, Vol. 18 No. 1, pp. 65-86.
- Ladhari, R. (2009), "A review of twenty years of SERVQUAL research", *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 1 No. 2, pp. 172-198.
- Liana, P. C. S. & Laing, A. W. (2004), "Public sector purchasing of health services: A comparison with private sector purchasing", *Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol. 10 No. 6, pp. 247-256.
- Magnusson, K., Kroslid, D. & Bergman, B. (2003), *Six Sigma. The pragmatic approach*, Second edition, Lund, Studentlitteratur.
- Marmgren, M., Alänge, S. & Book, S. (2012), "Understanding Management Systems: a test of a conceptual framework", *Conference Proceedings 15th International QMOD Conference*, 6-9 September, Poznan, Poland, pp. 1-15.
- Nolte E. & McKee M. (2003), "Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care", *BMJ*, Vol 327:1129.
- Nordic Council of Ministers (2011), *Innovative public procurement and healthcare*, Nordic Council of Ministers, Nordic Lighthouse project, TemaNord, Rapport 2011:567.
- Nutek (2007), *Offentliga upphandlingar inom vård och omsorg*, Rapport 2007:24, Stockholm, Nutek.
- Nutek (2008), *Värdering av kvalitet vid upphandling av vård och omsorg. En kartläggning av hur landsting och kommuner värderar kvalitet vid upphandlingar av vård- och omsorgstjänster*, Rapport 2008:40, Stockholm, Nutek.
- Øvretveit, J. & Andreen Sachs, M. (2005), "Brister i patientsäkerhet och övrig kvalitet. Hur stort är problemet?" *Läkartidningen*, Vol. 102 No. 1-2, pp. 45-48.
- Palaneeswaran, E., Kumaraswamy, M. & Ng, T. (2003), "Targeting optimum value in public sector projects through best value-focused contractor selection", *Engineering, Construction and Architectural Management*, Vol. 10 No. 6, pp. 418-431.
- Pirsig, R.M. (1987), *Zen och konsten att sköta en motorcykel*, Alba, Stockholm.

- Pokinska, B. (2006), ISO9000: Business as usual or radical change? Doctoral thesis, Linköping, Division of Quality Technology & Management, Linköping University.
- Pottinger, G. (1998), "Property services: the private sector response to competitive tendering", *Property Management*, Vol. 16 No. 2, pp. 92-102.
- Pyzdek, T. (1999), "A road map for quality beyond control", *Quality Progress*, Vol. 32 No. 12, pp. 33-38.
- Reeves, C. A. & Bednar D. A. (1994), "Defining Quality: Alternatives and Complications". *Academy of Management Review*, Vol. 19 No. 3, pp. 419-445.
- Roodhooft, F. & Abbeele A.V. (2006), "Public procurement of consulting services Evidence and comparison with private companies", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 19 No. 5, pp. 490-512.
- Rousseau, D. M. (2006), "Is there such a thing as "evidence based management?"", *Academy of management review*, Vol. 31 No. 2, pp. 256-269.
- Ruiz, U. & Simon, J. (2004), "Quality management in health care. A 20-year journey", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17 No. 6, pp. 323-333.
- Rönnbäck, Å. (2012), "Including quality in the public procurement process", *TQM Journal*, Vol. 24 No. 5, pp. 447 - 460
- Sanderson, J. (1998), "The EU Green paper on public procurement: a better way forward or a missed opportunity?", *European Business Journal*, Vol. 10 No. 2, pp. 64-70.
- Schneider, B. & White, S. (2004), *Service Quality: Research Perspectives*, Second edition. Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Sila, I. & Ebrahimpour, M. (2002), "An investigation of the total quality management survey based research published between 1989 and 2002", *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 19 No. 7, pp. 902- 970.
- SOU (2013), *Goda affärer- en strategi för hållbar offentlig upphandling. Slutbetänkande av Upphandlingsutredningen*, SOU 2013:12. Stockholm
- Sousa, R. & Voss, C. (2002), "Quality management re-visited: a reflective review and agenda for future research", *Journal of Operations Management*, Vol. 20 No 1, pp. 91-109.
- Spencer, B. A. (1994), "Models of organization and total quality management: A comparison and critical evaluation", *The Academy of Management Review*, Vol. 19 No. 3, pp. 446-471.
- Sporrong, J. & Bröchner, J. (2009), "Public procurement incentives for sustainable design services: Swedish experiences", *Architectural Engineering and Design Management*, Vol. 5 No. 1, pp. 24-35.
- Stanley, L.L. & Wisner, J.D. (2001), "Service quality along the supply chain: implications for purchasing", *Journal of Operations Management*, Vol. 19 No 3, pp. 287-306.
- Stolt, R., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2010), "Privatization of social services. Quality differences in Swedish elderly care", *Social Science & Medicine*, Vol. 72 No. 4, pp. 560-567.
- Waara, F. & Bröchner, J. (2006), "Price and Nonprice Criteria for Contractor Selection", *Journal of Construction Engineering and Management*, Vol. 132 No 8, pp. 797-804.
- Waters, H., Morlock, L.L. & Hatt, L. (2004), "Quality-based purchasing in health care", *International Journal of Health planning and management*, Vol. 19 No 4, pp. 365-381.
- van Weele, A.J. (2012), *Inköp och Supply Chain Management*, Lund, Studentlitteratur.
- Westlund, P. & Edvardsson, B. (1998), *Tjänsteutveckling och kvalitet i äldreomsorg, Praktik och teori*, Lund, Studentlitteratur.
- Yang, C. (2003), "The establishment of a TQM system for the health care industry", *The TQM Magazine*, Vol. 15 No. 2, pp. 93-98.
- Yusof, S. R. M. & Aspinwall, E. (2000), "Total quality management implementation frameworks: comparison and review", *Total Quality Management*, Vol. 11 No. 3, pp. 281-294.

Forum för Health Policy

Forum för Health Policy (FHP) är en politiskt oberoende förening som verkar för ett kunskapsbaserat beslutsfattande inom de stora områden för långsiktiga utmaningar som Sverige står inför inom hälso- och sjukvården samt omsorgerna. FHP ska bland annat stimulera till problemlösning och kreativt beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning. Plattformen har skapats genom att definiera policyrelevanta frågor, använda expertkunskap samt föreslå alternativa lösningar. Metoderna för arbetet har varit att göra kunskapsfronten inom forskning tillgänglig för beslutsfattare och skapa arenor för dialog och kunskapsutbyte. Verktygen för detta har varit kunskapsöversikter, workshops, seminarier samt frukostmöten.

Forum för Health Policy har femton medlemsorganisationer från hälsa, vård och omsorg samt Life Science. LIF – de forskande läkemedelsföretagen är en av de medlemmar som tillsammans med projektledningen för FHP och externa experter genomför fördjupningsprojekt inom aktuella policyrelevanta områden.

Föreliggande rapport "Kvalitet vid upphandling av vård och omsorg", skriven av docent Henrik Eriksson, PhD, sammanfattar ett sådant projekt och vi hoppas att Du finner den intressant och användbar.

www.healthpolicy.se