

# Rankning av Sveriges kommuners äldreomsorg i Öppna jämförelser

Petri J. Kajonius<sup>1</sup> Ali Kazemi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, Institutionen för Hälsa och Lärande, Högskolan i Skövde. E-post: petri.kajonius@psy.gu.se. <sup>2</sup>Institutionen för Hälsa och Lärande, Högskolan i Skövde. E-post: ali.kazemi@his.se.

Med den ökande andelen äldre personer i Sverige har diskussionen om kvalitet i äldreomsorgen tagit ny fart. Debatten idag om vad som utgör kvalitet inom svensk äldreomsorg tar avstamp i s.k. Öppna jämförelser, som rankar alla kommuner utifrån ett antal indikatorer. I denna artikel argumenterar och visar författarna dock att Öppna jämförelser gör en missvisande rankning då den inte utgår från hur de äldre har svarat på enkäten, och inte heller påtalar hur små skillnaderna mellan högst och lägst rankade kommuner egentligen är. Genom att använda effektstorleksmått presenteras i artikeln ett nytt och mer informativt sätt att ranka kommuner. Vidare föreslås i denna artikel att Öppna jämförelser i framtiden inkluderar reliabla och valida mått på brukarorienterad omsorg då detta har visat sig vara en viktig kvalitetsdrivande faktor, något som därför lämpligen kan användas i framtida kvalitetsrankningar.

With the growing proportion of older persons in Sweden, the debate on the quality of elderly care is gaining momentum. Today, the debate about what constitutes quality in the elderly care builds on a nation-wide annual report, Open Comparisons, which ranks Sweden's municipalities along a number of quality indicators. In this article re-analyses of these data show that Open Comparisons produces misleading rankings, by neither taking the full range of responses from the elderly into account nor acknowledging the small differences between the higher and lower ranked municipalities. By employing effect sizes this article presents a novel and more informative way to rank municipalities. Moreover, it is recommended that Open Comparisons in the future include reliable and valid measures of user-oriented care as this care ideology has been shown to be an important driver of quality in elderly care and has the potential to be used in future quality rankings.

## Kvalitet i svensk äldreomsorg

Debatten om vad som utgör kvalitet inom äldreomsorgen utgår i stort idag från den årliga utgivningen av Öppna jämförelser, där Sveriges kommuner

rankas utifrån ett antal indikatorer. Då detta är en relativt ny företeelse i Sverige, har ingen vetenskaplig studie hittills studerat hur dessa rankningar är gjorda.

Öppna Jämförelser är en årlig rapport om kvaliteten inom svensk äldreomsorg som Socialstyrelsen publicerat sedan 2007. Publikationerna ingår i ett regeringsuppdrag och har sedan 2010 genomförts i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Målsättningen med rapporten är att redovisa ett antal kvalitetsindikatorer som ger underlag till kommuner och landsting så att dessa kan följa upp och förbättra sin vård och omsorg om äldre. Detta tas på allvar och kvalitetsarbetet påverkas i hög grad av de resultat som presenteras i denna årliga rapport. En del kommuner har till och med använt utfallen som underlag för att hindra privatisering inom äldresektorn (Stolt, Blomqvist, & Winblad, 2011).

Vid ett personligt möte nyligen utropade en förvaltningschef glatt att kommunen förbättrat sig på hur de äldre upplevde bemötandet i hemtjänsten från förra året, och även blivit något bättre på hur trygga de äldre kände sig på boendena i staden. Förändringen i dessa kvalitetsindikatorer hade medfört att kommunen hade förflyttat sig i rankingarna, och bytt från gul färg, vilket innebär att kommunen befann sig mellan den 25:e och 75:e percentilen i landet, till grön färg vilket innebär att kommunen nu var bland de 25 % bästa i landet. Vid en närmare analys visade det sig att utslagen kunde härledas till statistiskt brus, och att förändringen berodde på att ett fåtal fler äldre brukare i den kommunen det aktuella året hade svarat 'mycket bra' istället för 'ganska bra' på frågorna om bemötande och trygghet.

Denna artikel problematiserar kommunrankningen i Öppna jämförelser inom äldreomsorgen. Detta görs genom att analysera två frågor i datamaterialet: Vilka indikatorer mäter de äldres upplevelse av kvalitet, och hur skiljer sig kommunerna åt med avseende på dessa? Är det exempelvis en stor skillnad mellan två annars likvärdiga kommuner som Vara (plats 273) och Lidköping (plats 4) beträffande exempelvis äldres nöjdhet med äldreomsorgen inom hemtjänsten? I föreliggande studie omanalyserades äldres svar ( $N = 95,000$  i 324 kommuner och stadsdelar) i 2012 års rikstäckande enkätundersökning.

## Kvalitetsindikatorer

Systematiska kvalitetsmätningar har spridit sig över hela OECD-området, och kvalitet studeras ur alla tänkbara perspektiv (Lindgren, Ottosson, & Salas, 2012). Studier pekar på att detta tillvägagångssätt är en nyckel till att förbättra kvalitet (Fung, Lim, Mattke, Damberg, & Shekelle, 2008). Det finns även undersökningar som specifikt har fokuserat på Öppna Jämförelserns relation till kvalitet (Olsson & Bergman, 2010). En viktig fråga är vad man egentligen menar med kvalitet och hur kvalitet kan mätas.

En av de mest citerade modellerna om kvalitet i omsorgsarbete utgår från att kvalitetsindikatorer är kopplade till struktur, process och resultat (Donabedian, 1988). Denna modell är en utgångspunkt för institutionaliserat vårdarbete i stora delar av västvärlden (Brook & McGlynn, 1996). *Struktur* innefattar alla faktorer som påverkar

vårdens förutsättningar, som exempelvis resurser, instrument, och personal. Strukturen är ofta den mest synliga delen i en vårdorganisations verksamhet. Den andra kategorin kallas *process* och innefattar alla handlingar där vård och omsorg tillämpas. Exempel på dessa kan vara diagnos, behandling, patientsamtal och interaktion mellan vårdgivare och vårdtagare. Den tredje och sista kategorin, *resultat*, innefattar alla effekter av vård och omsorg som bättre hälsa, mer kunskap, vårdtagarens tillfredsställelse med mera. Öppna jämförelser i sin nuvarande utformning täcker in alla tre aspekter av kvalitet i sina mätningar.

Donabedian (1988) tycks mena att processen är själva kärnan i kvalitetsarbetet, och delar in denna i två aspekter: teknisk kompetens som handlar om ämnesmässiga kunskaper och färdigheter, och en interpersonell kompetens som handlar om de relationella aspekterna mellan vårdgivare och vårdtagare, exempelvis kommunikation och bemötande. Det kan handla om läkaren som uttrycker några väl valda ord till någon vars anhörig gått bort, eller receptionspersonal som vid rätt tidpunkt beklagar patienten i väntrummet att det tar lång tid att få bli undersökt. De äldres tillfredsställelse i dessa relationer ses ofta som en av de viktigaste indikatorerna av kvaliteten i vården (Andersson, 2004; Gergen & Gergen, 2003), därav vårt val av indikatorer för analys i föreliggande studie – nämligen äldres globala nöjdhet och upplevelse av bemötande och trygghet. Utifrån denna studies fokus ansluter vi oss till det synsätt som betonar differentiering

och individualisering av omsorgsinsatser och att det således är viktigt att efterfråga vårdtagarnas syn på omsorg (Hammarström & Torres, 2005; Sand, 2004).

Donabedians antagande att processrelaterade aspekter är viktigare för upplevelsen hos slutanvändaren än strukturvariabler bekräftas av Kajonius och Kazemi (2014) där det påvisas att strukturella variabler som budget per capita, budget per äldre brukare och utbildningsnivå hos medarbetarna inte predicerade äldres nöjdhet. Den enda strukturvariabel som var positivt korrelerad med äldres upplevelse av omsorgskvalitet var bemanning, det vill säga antalet vårdgivare per äldre person. Processrelaterade variabler som inflytande (hur mycket de äldre upplevde att de involverades i planering av sin omsorg), respekt, och tillgång till information förklarade en statistiskt signifikant del av variansen i upplevd omsorgskvalitet. Dessa resultat tyder på att kvalitet inom äldreomsorgen (som brukaren upplever den) bestäms till en betydande del av positiva relationer mellan omsorgspersonalen och de äldre, vilket i sin tur tyder på att processrelaterade faktorer differentierar mellan kommuner i fråga omsorgskvalitet och att förbättringsåtgärder bör riktas mot detta område. Dessa processrelaterade variabler är kopplade till vad som benämns brukarorientering i äldreomsorgsdebatten och innebär i korthet att omsorgspersonalen inom äldreomsorgen lägger upp sin verksamhet utifrån de äldres behov. Ett annat exempel på hur processvariabler påverkar äldres nöjdhet mer

än strukturvariabler är att privat äldreomsorg idag spenderar 9 % mindre än äldreomsorg i offentlig regi, men att nöjdheten hos äldre brukare ändå är densamma (Bergman, Lundberg & Spagnolo, 2011). Stolt et al. (2011) rapporterar vidare att privat omsorg i allt ökande utsträckning satsar på processkvalitet och brukarorientering, något som kan sägas utgöra kärnan i äldres upplevelse och skattningar av sin omsorg. Med detta i åtanke lades i denna studie fokus på hur Öppna jämförelser gjort sina rankningar utifrån processrelaterade variabler.

## Material och deltagare

Den del av Öppna Jämförelser som behandlar äldres upplevelse av omsorgen, och som vi valt att granska, är Socialstyrelsens kommun och enhetsundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Statistiska centralbyrån ansvarade för utskick till 89,436 äldre med hemtjänst och 61,521 i särskilda boenden. En fördjupad bortfallsanalys kan hittas på Socialstyrelsens hemsida och som bilaga i Öppna Jämförelser (2012). Erhållna svar från äldre vårdtagare inom hemtjänsten var 61,600 och inom särskilda boenden 33,400. Svarefrekvensen från hemtjänsten låg i medeltal i riket på ca 70 %, och på särskilda boenden ca 54 %. Inklusiva stadsdelarna i storstäderna fanns 324 kommuner och stadsdelar med totalt 1942 hemtjänstenheter och 2634 särskilda boendeenheter. För att en kommun ska kunna inkluderas måste dess data baseras på minst trettio deltagare. Vid urval till denna studie valdes ett minimum av 100 deltagare, som är den lämpliga storleken för att reducera

riskerna för typ II-fel (sannolikheten att förkasta en falsk nollhypotes) (Andersson, 2003). Med ca 100 deltagare finns ca 90 % sannolikhet att hitta en medeleffekt ( $r = .30$ ), jämfört med 30 % om gruppen utgjorts av endast 30 deltagare (Cohen, 1992).

Bland Öppna Jämförelser 35 indikatorer var *global nöjdhet* ("Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har/eller med ditt äldreboende?") den indikator som lämpligast fångade brukarorienteringen i äldreomsorgen. Då all mätning är behäftad med slumpmässiga fel och användning av enskilda items inte tillåter skattning av mätfel valdes två ytterligare indikatorer, nämligen *bemötande* ("Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?") och *trygghet* ("Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten/eller att bo på ditt äldreboende?") i syfte att bilda ett index *upplevd omsorgskvalitet*. En reliabilitetsanalys på av dessa tre indikatorer gav ett tillfredsställande Cronbach's alpha-värde,  $\alpha = .80$ . Dessa tre indikatorer slogs därför ihop och användes i studiens fortsatta analys av Sveriges kommuners placering utifrån Öppna jämförelser och vårt föreslagna sätt att ranka kommuner.

## Resultat och diskussion

### Spelar det roll var man bor?

Storstadsområdena (Stockholm, Göteborg och Malmö) med dess stadsdelar uppvisade en överrepresentation bland de 25 % lägst rankade kommunerna i Sverige. Detta mönster gällde för både särskilda boenden (11 av de 25 lägst rankade bland 324 kommuner

och stadsdelar) och hemtjänst (18 av de 25 lägst rankade bland 324 kommuner och stadsdelar). Smålands kommuner hade istället en överrepresentation bland de 25 % högst rankade kommunerna i Sverige inom särskilt boende (8 av de 25 högst rankade bland 324 kommuner och stadsdelar) och hemtjänst (7 av de 25 högst rankade bland 324 kommuner och stadsdelar). Norrland, från Jämtland och uppåt, och i synnerhet Norrbotten, hade en överrepresentation bland de lägst rankade 25 % av landets kommuner gällande äldreboenden (6 av de 25 lägst rankade bland 324 kommuner och stadsdelar).

### Hur skiljer sig kvalitet mellan kommuner?

En variansanalys för oberoende grupper visade att skillnaderna mellan

svenska kommuner utifrån ett kvalitetsindex som utgjordes av äldres nöjdhet och upplevelse av bemötande och trygghet var statistiskt säkerställda ( $F(103, 20718) = 4.92, p < .001$  [inom särskilt boende] och  $F(188, 44690) = 9.88, p < .001$  [inom hemtjänst]). Kommuner som framträdde i tio-i-topp i fråga om nöjdhet, bemötande och trygghet inom särskilt boende var exempelvis Ljusdal kommun (75.3 % mycket eller ganska nöjda på kvalitetsindexet,  $N = 167$ , svarsfrekvens 70 %). Lidköping var en annan kommun som utmärkte sig (74.3 % mycket eller ganska nöjda,  $N = 264$ , svarsfrekvens 69 %). Ytterligare kommuner som utmärkte sig var Motala, Gislaved och Falköping. Beträffande kommuner som var lågt rankade i kvalitet på kommunnivå hamnade Trollhättan med 62

Tabell 1. Jämförelse mellan tio-i-topp kommuner inom särskilt boende enligt 2012 års Öppna Jämförelser och deras nya placering utifrån effektstorleksmått

Rank	Kommun	Andel	M	S	d	Ny rank
1	Kungälv	74.0	4.38	0.71	0.00	1
2	Motala	74.0	4.26	0.73	-0.17	16
3	Ljusdal	74.0	4.34	0.76	-0.05	3
4	Halmstad	73.0	4.33	0.78	-0.07	4
5	Kävlinge	72.3	4.35	0.77	-0.04	2
6	Katrineholm	71.7	4.31	0.79	-0.09	5
7	Gotland	71.7	4.30	0.87	-0.10	7
8	Norrtälje	71.7	4.25	0.88	-0.16	15
9	Gislaved	71.3	4.26	0.83	-0.16	13
10	Falköping	71.3	4.26	0.89	-0.15	12

Tabellen bygger på kommuner med 100 respondenter eller fler ( $n = 72$ ). Rank uttrycker kommunernas placering enligt Öppna Jämförelser (2012); Andel står för antal procent av äldre som svarat ”mycket nöjd” eller ”ganska nöjd” på vår studies kvalitetsindex (nöjdhet, bemötande och trygghet); M står för medelvärden (här rapporterade utifrån enkätfrågornas ursprungliga femgradiga svarsalternativ, det vill säga mycket, ganska, varken eller, inte så, inte alls nöjd); S visar standardavvikelsen i enkätsvaren; d (Cohen's d) står för effektstorlek i relation till den högst rankade kommunen; och Ny rank: Den mer korrekta rankningen med alla äldres svar inräknade. Observera att M, S och d är avrundade till två decimaler. Att Norrtälje och Gislaved har samma  $d = -0.16$  i tabellen men olika placeringar, dvs. nr 15 res. 13 (under ny rank) förklaras av att d-värdet är avrundat till två decimaler. Gislaved har  $d = -0.155$  och Norrtälje har  $d = -0.163$  vilket då förklarar orternas olika placeringar.

% mycket eller ganska nöjda (N = 279, 74 %) närmast följt av Karlstad med 62.2 % mycket eller ganska nöjda (N = 287, 72 %) och Sandviken med 62.3 % mycket eller ganska nöjda (N = 189, 60 %). Se Tabell 1 för de tio bästa kommunerna i rankingen för god omsorg inom särskilt boende.

Skillnaderna mellan Sveriges kommuner ifråga om äldreomsorgskvalitet är inte så stora som Öppna jämförelser gör gällande. Resultaten visar att det är en anmärkningsvärt liten spridning från sämsta till bästa kommun i Sverige. Ett exempel på hur kommuner skiljer sig åt är jämförelsen mellan Vara som är rankad på 273:e plats med 80 % mycket nöjda eller nöjda med hemtjänsten som helhet, och en mycket högre rankad kommun som Lidköping på 4:e plats med 94 % mycket nöjda eller nöjda. Dessa skilde sig åt med endast en halv standardavvikelse (Cohen's  $d = .50$ ). Översatt till Pearson's korrelationskoefficient ( $r = 0.25$ ) anses detta vara en låg relationsstyrka (Cohen, 1992). Uttryckt i termer av normalfördelning är det endast 18 percentilers skillnad, det vill säga att 68 % av de äldre i Lidköping är nöjdare än genomsnittet i Vara (Andersson, 2003).<sup>1</sup> Omformulerat innebär det att de äldre i Sveriges bästa kommun endast har ca 18 % fler nöjda äldre än i Sveriges sämsta kommun (68:e percentilen jämfört med 50:e percentilen), något som kan tolkas som ett uttryck för en nationellt lyckad jämlikhetspolitik. Dessutom kan det i ljuset av att strukturvariabler generellt inte differentierar mellan kommuners kvalitet tolkas som att det

finns goda förutsättningar för en likvärdig äldreomsorg i Sverige. Ett annat sätt att tolka detta är att Öppna jämförelser använt sig av frågor som inte differentierar kvaliteten mellan kommunerna på ett tillfredsställande sätt.

Öppna jämförelser tar varken spridningen i svaren eller antalet respondenter i beaktande vilket kan ge missvisande rankningsresultat. Öppna jämförelser rankar utifrån hur stor andel (i termer av procent) av de äldre som bedömt helheten i sin omsorg som 'mycket bra' tillsammans med de som bedömt den som 'ganska bra'. Man kan föreställa sig ett scenario med två kommuner som exempelvis har 85 % mycket nöjda eller ganska nöjda och som hamnar bredvid varandra i den officiella kvalitetsrankingen, men sedan skiljer de sig åt med avseende på svarens spridning. I kommun A är 1 % varken nöjda eller missnöjda och 14 % ganska eller mycket missnöjda, medan i kommun B är spridning annorlunda, 14 % varken nöjda eller missnöjda och 1 % ganska eller mycket missnöjda. Lägg sedan till att kommun A kanske hade 130 respondenter, medan kommun B kanske enbart hade 30 respondenter, och problemet blir uppenbart. Det är tydligt att dessa kommuner inte borde rankas lika högt med avseende på omsorgskvalitet på kommunnivå, men det är precis vad som sker idag. Se Tabell 1 och 2 för en översikt av de högst rankade kommunerna i Sverige enligt Öppna Jämförelser, och hur kommunernas ranking förändras när hela skalan (1-5) och antalet respondenter tas i beaktande. Skillnaderna

<sup>1</sup> Se Cohen (1992) för en genomgång av procentuell fördelning av populationer utifrån effektstorlekar.

Tabell 2. Jämförelse mellan tio-i-topp kommuner inom hemtjänst enligt 2012 års Öppna Jämförelser och deras nya placering utifrån effektstorleksmått.

Rank	Kommun	Andel	M	S	d	Ny rank
1	Ånge	79.7	4.48	0.44	-0.22	30
2	Mellerud	79.0	4.54	0.45	-0.09	6
3	Osby	78.3	4.58	0.47	0.00	1
4	Lidköping	77.7	4.57	0.49	-0.02	2
5	Nyköping	77.7	4.56	0.42	-0.04	3
6	Ekerö	77.7	4.52	0.49	-0.12	10
7	Vallentuna	77.7	4.47	0.54	-0.22	28
8	Ljusdal	77.7	4.56	0.49	-0.04	4
9	Gislaved	76.7	4.50	0.46	-0.17	17
10	Boden	76.3	4.52	0.49	-0.12	9

Tabellen bygger på kommuner med 100 eller fler (n = 186).

mellan kommuner är dessutom ytterst marginella. Exempelvis ger en analys av Osby (1:a) och Vallentuna (28:a) endast en marginellt signifikant skillnad,  $t(243) = 1.73$ ,  $p = .08$  (se Tabell 2), och mellan Kungälv (1:a) och Motala (16:e) finns ingen statistiskt säkerställd skillnad,  $t(261) = 1.38$ ,  $p = .17$  (se Tabell 1).

Våra analyser av kommunernas placering visar att det generellt krävs cirka 40 rankningssteg för att skillnaden ska vara statistiskt säkerställd. Tabell 2 illustrerar att det kan bli skiftning i ranking på över 30 positioner beroende på om samtliga svarsalternativ i originalenkäten räknas in eller inte. Vidare kan man också utläsa att skillnaden mellan högst och lägst rankade kommun på listan är mycket liten ( $d = .22$ ), enligt Cohens riktlinjer (1992).

## Några avslutande kommentarer

Resultaten från denna studie gör gäl-

lande att försiktighet måste vidtas när man utläser sin kommuns placering i Öppna jämförelser för att förhindra ett förhastande till reformer som inte har ett statistiskt säkerställt underlag. Rankninglistorna publicerade i 2012 års Öppna jämförelser var bristfälligt framtagna av flera orsaker. Ett problem var att rankingarna inte tog hänsyn till erhållna svars hela spridning på grund av omvandling av en ursprunglig femgradig till en tregradig skala, något som i möjligaste mån bör undvikas. Vi föreslår att rankingar av Sveriges kommuner tar hänsyn till hela spridningen i erhållna svar och med fördel görs genom användning av effektstorleksmått (se Tabell 1 och Tabell 2). Användning av effektstorlek i form av Cohens  $d$  (Cohen, 1992) rekommenderas när grupper, i vårt fall kommuner, ska jämföras (Wilkinson, 1999). Effektstorlek bygger på normalfördelning och mäts i standardavvikelse. En skillnad på 1 standardavvikelse ( $d = 1$ ) betyder att 85 % i ena gruppen

ligger över genomsnittet för den andra gruppen. Effekten beräknas genom att ta medelvärdesskillnaden mellan två grupper och dela den med den gemensamma standardavvikelsen. Fördelen med detta mått är att den tar hänsyn till både gruppmedelvärdet och standardavvikelsen, det vill säga spridningen i materialet, då det inte alltid går att differentiera grupper på enbart basis av deras medelvärden (jämför till exempel Gislaved och Falköping i Tabell 1, de har båda samma medelvärden, det vill säga 4.26). Effekttorlek kan förse beslutsfattare och kvalitetsansvariga med ett mera informativt mått på hur stor skillnaden mellan två kommuner är ( $d = .20$  [en liten effekt] och  $d = .80$  [en stor effekt], enligt Cohen, 1992) och utgör därför ett bättre alternativ till Öppna jämförelserns sätt att ranka kommuner.

Ett annat problem var att alla kommuner med fler än 30 respondenter var inkluderade, och med så få respondenter baserat på stundtals mycket låga svarsfrekvenser finns det en uppenbar risk att inte avspegla kommunens kvalitetsindikatorer på ett representativt sätt. En annan brist i datahanteringen var att data inte fanns att tillgå på enhetsnivå. Det är sannolikt att ett boende eller en hemtjänstverksamhet kan sänka eller höja ett begränsat svarsunderlag oproportionerligt mycket i en enskild kommun och att tillgång till data på enhetsnivå kan vara en lösning på ett sådant problem.

Ett ytterligare problem som denna studie vill lyfta fram är kopplad till mätning och komplettering av indikatorer

i Öppna jämförelser. Enligt Öppna Jämförelser (2008) anser samtliga intervjuade att de kommuner som har ett brukarorienterat arbetssätt också bedöms ha högre rankning med avseende på en rad olika kvalitetsindikatorer, särskilt de äldres helhetsupplevelse av omsorg. Detta har också stöd i andra studier som gjorts på området (Little et al., 1999). Grad av brukarorientering är emellertid något som idag inte mäts på ett tillfredsställande sätt (i termer av reliabilitet och validitet) i brukarundersökningen. Vi föreslår därför att mätningen av denna viktiga aspekt utvecklas i det frågeformulär som kommer att användas i framtida Öppna jämförelser, ett delmått som skulle kunna användas för rankning av kommuners äldreomsorg.

*Denna studie ingår i forskningsprojektet "Organisering för verksamhetskvalitet inom svensk äldreomsorg: Ett skifte i fokus från vad till hur" finansierat av FORTE (tidigare FAS). Projektledare är Ali Kazemi, bitr. professor i socialpsykologi.*

## Referenser

- Andersson, G. (2003). *Metaanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, K. (2004). Det gäller att hushålla med kommunens resurser – biståndsbedömarens syn på äldres sociala behov. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 11, 275-292.
- Bergman, M. A., Lundberg, S., & Spagnolo, G. (2012). *Public Procurement and Noncontractible Quality: Evidence from Elderly Care* (No. 846). Umeå University, Department of Economics.



- Brook, R. H., & McGlynn, E. A. (1996). Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335, 966-970.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112, 155-159.
- Côté, S., Gyurak, A., & Levenson, R. W. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion*, 10, 923.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Jama*, 260, 1743-1748.
- Fung, C. H., Lim, Y.-W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P. G. (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal medicine*, 148, 111-123.
- Gergen, M. & Gergen, K. (2003). Positive aging. I: J. Gubrium & J. Holstein (red.), *Ways of aging* (ss. 203-224). New York: Blackwell Publishing.
- Hammarström, G., & Torres, S. (2005). Livssituation och förhållningssätt bland äldre i behov av hjälp och stöd. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12, 279-293.
- Kajonius, P., & Kazemi, A. (2014). Structure and Process relating to Older Residents' Satisfaction with Care Quality: "How is more Important than What?". Manuscript submitted for publication.
- Lindgren, L., Ottosson, M., & Salas, O. (2012). Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller hur kunde det bli så här? FoU rapport 2:2012. Göteborg: FoU i Väst.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Bmj*, 323, 908-911.
- Olsson, U.-J. & Bergman, S.-E. (2010) Öppna jämförelser som stimulans till förbättring. Hur använder landstingen Öppna jämförelser i sin styrning och utveckling av hälso- och sjukvården? Stockholm: SKL.
- Melinder, K. (2007). Stress i stan och övervikt i glesbygden? Om samband mellan människors hälsa och typ av boendekommun. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Sand, A.-B. (2004). Förändrad tillämpning av offentlig äldreomsorg – ett hot mot målsättningen om demokrati och jämställdhet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 11, 293-309.
- Stolt, R., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72, 560-567.
- Wilkinson, L. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American psychologist*, 54, 594.
- Öppna Jämförelser (2008). Vård och omsorg om äldre 2008. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Öppna Jämförelser (2009). Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Öppna Jämförelser (2012). Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.