

Anpassning och tillpassning – en studie av förändrad styrning och effektivitet inom hälso- och sjukvården

AV BO HALLIN, GUSTAF KASTBERG OCH BJÖRN
BRORSTRÖM

The report deals with a control model applied in nursing and health care in Gothenburg, Sweden. The model is based on remuneration for performance and the study focuses on the effects the control model and remuneration system implemented have had on work. At the end of the report, it is noted that formal control models are of significance. Staff has adapted to the model and the conditions resulting from it, and the criticism of the control model also arises as a consequence of this adaptation. The model has also been adjusted to suit reality and the work for which it is intended. This change has meant intentional effects in the sense that the work has been adapted to suit the conditions given, but also unintentional effects in the form of attempts to outwit the system.

1. Studier av styrning – motiv, modell och metod

Hälso- och sjukvård har ett stort utrymme i den allmänna debatten. Rapporter kommer dagligen i media om brister i utbudet av tjänster, svårigheter att på ett tillfredsställande sätt genomföra verksamheten och problem

med ekonomi och finansiering. En bild förmedlas av en organisation som har betydande svårigheter att på ett tillfredsställande sätt tillgodose de krav som medborgarna ställer och som är oförmögen att hålla givna ekonomiska ramar. En problematisering kan självfallet göras av dessa övergripande och svepande bedömningar av svensk hälso- och sjukvård och alternativa bil-

der kan upprättas som visar nöjda patienter, hög kompetens och god kontroll över resursförbrukningen. Man kan konstatera att det finns skilda uppfattningar om svensk sjukvård och det finns ett stort behov av mer fakta i målet.

Bland annat som en konsekvens av nya villkor och omständigheter har sjukvårdens organisation under senare år varit föremål för stora förändringar och försök till förändringar. Olika strukturella grepp har tagits och olika typer av styrmodeller har lanserats och implementerats i syfte att öka effektiviteten. Den bild som förmedlas av styrningsförsöken är att de inte alltid eller rent av sällan ger de effekter som avses. Utfallet motsvarar inte alls de idéer och förväntningar som var förknippade med den nya styrmodellen. Istället gäller att problem i vårdverksamheten skylls på ofullkomligheter i den tillämpade styrningsmodellen och det anses ofta vara den senast genomförda reformens fel att läget har försämrats. Under vilka omständigheter som modellerna införs och reformerna genomförs tappas ofta bort och allt skylls på den nya modellen. Det finns bland annat av detta skäl stort behov av forskning kring styrmodellens effekter på verksamheten.

Organisationsforskningen har uppmärksammat reformarbetet och förändringarna och många studier har genomförts där de nya reformerna studerats. En fokusering har därvid skett på orsaker till projekten snarare än på projektens betydelse som sådana. Viktiga slutsatser har varit att organisationsexperiment kan vara legitimerande för verksamheten, det är viktigt att ansluta sig

till den senast kända reformen och att idéer om nya lösningar sprids på ett sådant sätt att organisationer tenderar att likna varandra (se till exempel DiMaggio och Powell 1983, Czarniawska 1987, Brunsson och Olsen 1993 och Jacobsson 1994). I organisationsforskningen har de intentionella förklaringarna som redovisats som resultat av genomförda studier handlat om att implementera en lösning som uppskattas av andra snarare än att försöka skapa ökad effektivitet och ökat samhällligt värde. Som en konsekvens av denna inriktning och fokusering inom mycket av organisationsforskningen finns det stor anledning att studera administrativa reformer med fokus på vilka effekter, avsedda och inte avsedda, de ger.

Krav på styrmodeller

Det är en betydelsefull uppgift för forskare att tillhandahålla underlag för bedömning av olika typer av styrmodeller. På ett övergripande plan kan hävdas att styrmodeller av skilda slag ska bidra till en effektiv användning av samhällets resurser. En prövning av styrmodeller måste då ske i förhållande till dess bidrag till effektivitet. En övergripande förutsättning för effektivitet är att modellen är accepterad av dem som har att verka inom ramen för modellen. Modellen måste vara legitim för att den ska kunna utgöra ett underlag för styrning. Brist på legitimitet innebär att styrmodellen lever sitt eget liv och har mycket lite att göra med vad som händer i vardagen. Forskning har visat att det inte är en helt ovanlig situation.

Några ytterligare exempel där fenomenet problematiseras på grundval av empiriska studier är Rombach (1991) och Brorström (1994). Legitimiteten för en styrmodell kan betraktas utifrån två skilda perspektiv. Ett perspektiv är ledningens uppfattning om modellen och huruvida den utgör ett underlag för bedömning och kontroll av den ekonomiska enheten. Ett uppfifrån och nedperspektiv anläggs. Det andra perspektivet innebär att man tar utgångspunkt i verksamheten och legitimiteten handlar om hur de som styrs av modellen uppfattar den.

Under förutsättning att modellen har tillräcklig legitimitet och således tillämpas faktiskt i praktiken blir det sedan möjligt och väsentligt att resonera om modellens bidrag till effektivitet. Det betyder att effektivitet måste ges en innebörd mot vilken styrmodellens effekter kan ställas vid en utvärdering. Ett krav på en styrmodell är därvid att den ska bidra till hushållning av tillgängliga resurser. Den resursförbrukning som sker ska vara så begränsad som möjligt i förhållande till den verksamhet som utförs. Modellen ska gynna kostnadseffektivitet. En benämning på denna typ av effektivitet som samtidigt innebär att fenomenet vidgas till att även omfatta hur resurser fördelas till olika verksamheter är allokativ effektivitet.

En innebörd av effektivitet är också att organisationen och verksamheten ska äga förmåga att anpassa sig till förändrade förutsättningar. Benämningen på denna typ av effektivitet är adaptiv effektivitet och den handlar således om förmåga att i långsiktigt perspektiv sörja för en gynnsam utveckling. Styr-

modellen ska ge incitament till att värna om verksamhetens utveckling och förutsättningar att i ett långsiktigt perspektiv upprätthålla allokativ effektivitet.

En viktig omständighet i sammanhanget är den konflikt som principiellt sett föreligger mellan allokativ effektivitet och adaptiv effektivitet. Allokativ effektivitet befrämjas av en stark fokusering på dagens verksamhet. Ju mindre resurser som används till annat än att utföra kärnverksamhet desto högre kostnadseffektivitet. Krav på allokativ effektivitet kan således innebära att inte tillräckligt med resurser fördelas till och används för att skapa förutsättningar för gynnsam långsiktig utveckling. Förutsättningar och beteenden som gynnar den allokativa effektiviteten säkrar den verksamhet som bedrivs idag men det kan ske på bekostnad av tillväxt och utveckling. En strävan mot att åstadkomma och förbättra allokativ effektivitet sker på bekostnad av adaptiv effektivitet.

Konflikten innebär också att en inriktning mot adaptiv effektivitet innebär en försämrad allokativ effektivitet. En stark orientering mot utveckling och förändring innebär att organisationen och verksamheten kan få svårt att finna ett kostnadseffektivt sätt bedriva den egentliga verksamheten. En tredje dimension i effektivitetsbegreppet som följer av det förda resonemanget är att effektivitet också handlar om att förena de båda principiellt sett motstridiga kraven. Effektiv organisation och verksamhet handlar inte om det ena eller det andra utan det handlar om att förena motstridiga intressen och konkurrerande värden (för mer utvecklade reso-

nemang se till exempel North 1990, Butler 1991 och Brorström och Siverbo 2001).

Utgångspunkter och rapportens disposition

En central utgångspunkt för den genomförda studien och föreliggande rapport är att det formella spelar roll och ett syfte med rapporten är att beskriva vilken betydelse en formell förändring i form av en ny styrmodell har och hur styrmodellen används. Med denna bas finns sedan förutsättningar att utveckla resonemang kring varför formella styrmodeller har betydelse. Det synsätt som ligger till grund för studien innebär att så kallade informella institutioner – spelregler, överenskommelser, gemensamma värderingar – har betydelse men att det finns möjlighet att förändra dem. Individens beslut och agerande påverkas av institutioner men det är genom beslut och handling som individer kan förändra institutionerna. Ingen institution kan långsiktigt överleva om den uppfattas medföra felaktiga handlingar av de individer som följer institutionen. Institutioner förändras när de inte längre gagnar individerna. (Se för ett utvecklat resonemang Screpanti 1995 och Brorström och Siverbo 2001). Det finns ett samspel mellan struktur och aktör för använda Giddens begrepp (Giddens 1984). En innebörd av ett sådant synsätt är att formella förändringar av organisation och styrsystem kan ha stor betydelse. Enskilda individer driver utvecklingen och förändrar eller utmanar det rå-

dande institutionella arrangemanget genom att lansera och pröva nya modeller och metoder för ledning, styrning och organisering.

I denna rapport behandlas en styrmodell som tillämpas inom hälso- och sjukvården i Västra Götaland. Modellen bygger på prestationsersättning. Fokus är på vilka effekter som styrmodellen och det implementerade ersättningsystemet givit på verksamheten. Modellen har tillämpats i drygt tre år inom den studerade sjukvårdsorganisationen. Uppfattningar om modellen beskrivs ingående och ställs mot de krav på styrmodeller som definierats. Studien har avsett den lokala nivån vilket innebär att modellens legitimitet bland de styrande och påverkan ur ledningens perspektiv inte fångats. Rapporten avslutas med ett resonemang kring formella styrmodellens betydelse i en allmän mening och kring varför de har betydelse.

Studien behandlar hur mödrahälsovårdens personal uppfattar den tillämpade ersättningsmodellen. Det har framförallt varit barnmorskornas erfarenheter som efterfrågades. I studien intervjuades tio barnmorskor, åtta var verksam på barnmorskemottagningar inom primärvården i Göteborg och två barnmorskor var verksam på privata enheter, en i Göteborg och en i Stenungsund. Urvalet av mottagningar gjordes för att försöka fånga och ge en helhetsbild av verksamheten i Göteborg, med de likheter och skillnader som finns mellan olika områden inom kommunen. De faktorer som låg till grund för urvalet är geografisk belägenhet, patienternas sociala bakgrund, stor-

lek på enheten samt ekonomiskt utfall. Dessutom representeras både de mottagningar som var delaktiga i försöket som föregick införandet av den nya styrmodellen och de som anslöts till det nya systemet först när det helt ersatte det gamla 1997.

Utöver de tio barnmorskorna intervjuades sex personer inom vårdkedjan. Dessa valdes ut på grund av att de har ett nära samarbete med barnmorskemottagningarna i Göteborg. Syftet med att föra in dem i studien var att få ett bredare perspektiv genom deras kompletterande utsagor om ersättningsmodellen och mödrahälsovården. En tanke var att det nya ersättningssystemet inte endast fått effekter inom barnmorskemottagningarna utan även påverkat omgivningen.

Beskrivning av styrmodell och ersättningssystem

Inom mödrahälsovården i Göteborg ersattes 1997 den traditionella rambudgeten med en ny styrmodell och ett nytt ersättningssystem där varje barnmorskemottagning får betalt för utförda prestationer. I systemet ingår sexton barnmorskemottagningar inom primärvården och en privat bedriven mottagning, Barnmorskegruppen AB. Initiativet till den nya ersättningsmodellen togs av politiker inom kommunen och en tjänstemannagrupp fick i uppdrag att utarbeta en plan och modell över hur ett sådant system skulle se ut. En utgångspunkt var att modellen skulle gynna och befästa valfriheten inom mödrahälsovården. Det var vidare me-

ningen att flera barnmorskemottagningar, tre till fyra stycken, som bedrevs i primärvårdens regi, skulle "knoppas av" för att fler alternativa enheter skulle skapas inom systemet. Den nya ersättningsmodellen skulle minska totalkostnaderna för mödrahälsovården med fem till tio procent och Barnmorskegruppen skulle lyftas in i systemet och erhålla samma ersättning som primärvårdens mottagningar under förutsättning att de bedrev verksamheten på ett sätt som överensstämde med de andra.

I beslutsunderlaget fastslogs att ett prestationsbaserat ersättningssystem förutsätter en kontinuerlig verksamhetsuppföljning både av kvalitet och kvantitet. Därför infördes ersättningsmodellen i två steg. Det första steget innebar en försöksperiod då sex mottagningar inom primärvårdens mödrahälsovård samt Barnmorskegruppen testade det nya ersättningssystemet. Försöket inleddes i september 1994 och fortgick under ett år och följdes upp kontinuerligt. Uppföljningen visade på behov av justeringar av modellen bland annat att ge olika ersättningar för förstföderskor och omföderskor eftersom omföderskor normalt tar mindre resurser i anspråk.

I ett andra steg infördes ersättningsmodellen på samtliga barnmorskemottagningar. Vid införandet 1997 uppgick den samlade budgeterade kostnaden till drygt 31 miljoner kronor exklusive hyra och kapitaltjänstkostnader. Budgeten fördelades på tre verksamhetsområden. Gravitetetsövervakning utgjorde tre fjärdedelar och hälsoarbete/områdesansvar/gynekologisk hälsokontroll cirka hälften var av större de-

len av det resterande ekonomiska utrymmet. En smärre buffert fanns också. All verksamhet på barnmorskemottagningarna utom områdesansvaret prestationsfinansierades. Samtliga mottagningar utom den privata fick områdesansvar och ersättningen för detta ansvar varierade beroende på befolkningens sociala sammansättning inom respektive område. Inom graviditetsövervakningen delades prestationerna in i två basprogram, ett för förstföderskor och ett för omföderskor. I basprogrammet ingår ett bestämt antal barnmorske- och läkarbesök. Dessutom fanns tilläggsersättningar för fem grupper av komplikationer/åtgärder, fostervattenprov, tolk, psykosociala komplikationer, medicinska komplikationer och infektionsscreening. Det förebyggande arbetet delades in i rådgivning/kontroll, p-piller, spiral och pessar. Även de gynekologiska hälsokontrollerna prestationsersattes. Under tiden fram till våren 2000 då denna studie genomfördes har modellens struktur bibehållits dock har flera av ersättningsbeloppen justerats, dels för att kompensera för pris- och löneökningar, dels för att förbättra modellen.

2. Verksamheten, styrmodellen och den prestationsbaserade ersättningen

I detta kapitel beskrivs den verksamhet som bedrivs inom mödrahälsovården. Invävt i beskrivningen redovisas de in-

tervjuares uppfattningar om verksamheten och hur den nya ersättningsmodellen påverkar genomförandet av verksamhet. Verksamheten på barnmorskemottagningarna består av fyra delar, mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning, förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) och gynekologiska hälsokontroller. Samtliga mottagningar i undersökningen utom en utför dessa fyra uppgifter. En av mottagningarna har valt att avstå från att tillhandahålla gynekologiska hälsokontroller. Även om de grundläggande uppgifterna i stort sett är gemensamma för de studerade mottagningarna, så finns det variationer i den service som ges. Alla mottagningar erbjuder föräldrautbildning till förstagångsföräldrar. Utbildningen sker både enskilt och i grupp. I invandratäta områden är det vanligt med enskild utbildning. En mottagning redovisar att de köper in föräldrautbildningen av andra barnmorskor. Flera mottagningar ger akupunkturbehandling vid behov.

Mödrahälsovårdens verksamhet

Graviditetsövervakning och föräldrautbildning: Arbetet med mödrahälsovård kan struktureras i två delar, graviditetsövervakning och föräldrautbildning. Graviditetsövervakningen, som följer ett lokalt basprogram innehåller både medicinska och psykosociala uppgifter. Föräldrautbildningen innebär att man förbereder föräldrarna för fortsatt graviditet, förlossning och föräldraskap, en mental och praktisk förberedelse. Enligt flera respondenter har den presta-

tionsbaserade ersättningen och de ekonomiska resurser som har knutits till modellen medfört att utrymmet för föräldrautbildning har minskat. Antalet gruppsammankomster har reducerats. På flera mottagningar, särskilt de med många invandrare har gruppverksamheten tonats ned och utbildningen bedrivs i större utsträckning individuellt. På en mottagning beskriver man att de tidigare hade grupper i naturlig familjeplanering och särskilda grupper för ensamstående mödrar och omfödorskor. Grupperna och verksamheten har lagts ner eftersom man upplever att man inte längre får ersättning för dessa aktiviteter.

En respondent anser att ersättningen för förstfödorskor inte är tillräcklig, det känns som om man bedriver föräldrautbildningen gratis. En annan respondent menar att den psykosociala delen av mödrahälsovården har försämrats de senaste åren, det är lättare att skära där än i den medicinska delen. Skulle man tumma på den medicinska övervakningen begår man ett regelbrott som uppfattas mera allvarligt. Om barnmorskan blir anmäld till Socialstyrelsen kan det i slutändan innebära en formell varning.

Det lokala basprogrammet för graviditetsövervakning reviderades senast hösten 1999 av sjukvårdshuvudmannen. Vid revideringen togs det planerade läkarbesöket för omfödorskor bort ur programmet, istället överläts till den enskilda barnmorskan att göra en bedömning av behovet vid inskrivnings-samtalet. Att läkarbesöket försvann ur basprogrammet förklaras med bristen på specialistkompetenta gynekologer

och den prestationsbaserade ersättningen som ställde krav på kostnadsminskningar. Av samma anledningar har antalet läkartimmar på barnmorskemottagningarna minskat under de senaste åren. Flera mottagningar menar att man har dragit ner på läkartimmarna till ett minimum. Denna utveckling har inneburit ett ökat ansvar för den enskilda barnmorskan. Det har också medfört att mottagningarna ställts inför nya problem. Från en mottagning berättas att en specialistutbildad läkare ville ha 1000 kronor per timme för att arbeta på mottagningen. Man menade att detta inte var rimligt när ersättningen för en normal graviditet är drygt 3000 kronor. Samma respondent säger:

”Du kan inte sätta allt på läkaren för att det ska vara bra kvalitet. Utan då måste man ta en doktor som kanske är mindre kvalificerad men tar lite mindre betalt. På det sättet, i dom termerna tänkte vi inte tidigare.”

Hos en del av de gravida kvinnorna kan det finnas risk för komplikationer som innebär att de har behov av extra insatser från mödrahälsovårdens sida. I den prestationsbaserade ersättningsmodellen finns fem former av tillägg till grundersättningen till mottagningarna. Dessa tillägg utgår för fostervattenprov, tolkkostnader, psykosociala komplikationer, medicinska komplikationer och infektionsscreening.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer skall alla blivande föräldrar informeras om fosterdiagnostik. Alla gravida kvinnor som fyllt 35 år ska erbjudas amnioscentes eller *fostervattenprov*. Enligt en respondent har frekvensen av fostervattenprov ökat framförallt i de

centrala delarna av staden, där det bor många personer som är välutbildade och välinformerade och som planerar sin graviditet noga. I ytterområden där det bland annat bor många invandrare är frekvensen lägre, där finns en lägre medvetenhet och det blir lättare brister i kommunikationen mellan patient och personal. Antalet fostervattenprov har ökat med tolv procent (från 388 till 434 st per år) 1997-99, vilket kan bero på fler senare graviditeter och ökad efterfrågan. Ersättningen till mottagningarna är för närvarande 4224 kronor, vilket skall täcka de kostnader som sjukhuset debiterar. Under en period var ersättningen lägre än de faktiska kostnaderna, men mottagningarna komparerades retroaktivt.

Som redovisats tidigare varierar användningen av tolk under graviditetsövervakningen mellan barnmorskemottagningarna. Totalt betalades *tolkersättning* ut i 607 fall 1999 mot 526 fall under 1997, en ökning med femton procent. Enligt en respondent täcker inte den nuvarande ersättningen 2400 kronor kostnaden för de kvinnor som behöver tolk vid alla besök på mottagningen. En tolk kostar mottagningen 375 kronor per timme. Personalen försöker begränsa kostnaderna genom att uppmana anhöriga att tolka, men det fungerar inte för alla.

Enligt huvudmannens anvisningar när den prestationsbaserade ersättningen infördes, ges ersättning för *psykosocial komplikation* vid dokumenterad extra tidsåtgång för barnmorskebesök, extra handledning och/eller konsultationssamtal med psykolog, samverkan och planering med socialtjänst, BVC och

länssjukvård. Om barnmorskan bedömer att kvinnan har behov av extra psykosocialt stöd under graviditeten har barnmorskan möjlighet att föra sådana samtal med kvinnan och få extra ersättning för det vid högst två tillfällen under graviditeten. Barnmorskan har också möjlighet att uppmana kvinnan att ta kontakt med den psykolog som på deltid är knuten till mottagningen. Antalet utbetalade ersättningar för psykosociala komplikationer har ökat kraftigt under perioden från 1034 st 1997 till 1831 st 1999, en ökning med 77 procent. Av tillgänglig statistik kan inte utläsas i vilken utsträckning ökningen består av extra barnmorskebesök, extra handledning eller tillkommande samverkan/planering med andra vårdgivare. Respondenternas berättelser tyder emellertid på att ökningen i första hand gäller extra barnmorskebesök. Det finns också indikationer på att antalet gravida kvinnor som efter uppmaning från barnmorska söker råd och stöd hos psykolog har ökat under de senaste åren.

Sedan det prestationsbaserade ersättningssystemet infördes har barnmorskor efterfrågat en checklista över kriterier när extra ersättning skall utgå. I början av 1999 färdigställdes en lista med psykosociala riskfaktorer som underlag för bedömning av behov av extra stöd. På listan finns ett drygt tiotal faktorer förtecknade bland annat missbruk, psykisk sjukdom, relationsproblem, stark förlossningsrädsla och särskilda sociala omständigheter. Men flera barnmorskor menar att listan inte ger tillräcklig vägledning, tolkningsutrymmet är för stort och det kan därmed medföra att ersättningarna till

mottagningarna blir olika.

Hos en del av de gravida kvinnorna förekommer *medicinska komplikationer* eller föreligger risk för att sådana komplikationer skall uppstå under graviditeten. För patienter med medicinska komplikationer får mottagningarna tilläggsersättning, men det måste innebära minst två läkarbesök, extra barnmorskekontroller eller extra provtagning. Även här uttalar flera barnmorskor att de känner sig osäkra över vad som skall anses som medicinska komplikationer och när extra ersättning skall utgå. De menar att barnmorskorna i Göteborg gör olika tolkningar, som påverkar mottagningarnas intäkter. I samband med införandet av den prestationsbaserade ersättningen utlovades en diagnoslista som skulle ge vägledning för barnmorskorna i dessa situationer, men någon sådan har ännu ej färdigställts. Enligt mödrahälsovårdsöverläkaren räcker det med att barnmorskan misstänker något som mottagningens läkare bör undersöka för att det skall utgå tilläggsersättning även om det inte leder till någon diagnos.

Från specialistmödravården inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset uppger man att antalet remisser har ökat under de senaste åren. En läkare inom specialistmödravården beskriver sin syn på remissflödet:

"Många av de patienter som söker hit idag kan man mycket väl, har man både kompetens och möjlighet att sköta på mödravårdscentralerna...Så fort det avviker från basprogrammet så har de en benägenhet att så att säga lägga det i knät på oss. Vilket vi då har svårt att klara av."

Enligt läkaren pågår en diskussion mellan primärvården och länssjukvården om arbets- och kostnadsfördelningen inom mödrahälsovården. Under de senaste åren har det samtidigt skett en neddragning av läkartiden på barnmorskemottagningarna och flera mottagningar har haft svårt att bemanna läkartimmarna. Det går därför inte att utesluta att antalet remisser till specialistmödravården har ökat under perioden. Någon statistik som belyser remissutvecklingen har emellertid inte varit tillgänglig. Antalet utbetalningar av tilläggsersättning till barnmorskemottagningarna för medicinska komplikationer har ökat från 2213 till 2692 per år under tiden 1997-99, en ökning med 22 procent. Av tillgänglig statistik framgår emellertid inte hur denna ökning fördelar sig på extra läkarbesök, barnmorskekontroller och provtagningar.

En fråga som diskuteras är om det prestationsbaserade ersättningssystemet har påverkat antalet prover som tas på barnmorskemottagningarna. En respondent menar att provtagningen följer basprogrammet och det finns inte utrymme för avvikelser. På en barnmorskemottagning förs en diskussion vilka prover som skall tas där och vilka som skall tas på den angränsande allmänläkarmottagningen. Det finns vidare respondenter som menar att centraler som har läkare som inte är så vana och/eller haft många byten av läkare, tar många "försäkerhetsskulltester" och utreder sådant som inte ligger på barnmorskemottagningarna att göra. Barnmorskor berättar att de försöker ifrågasätta dessa provtagningar för att hålla kostnaderna nere. En barnmorska be-

rättar om andra konfliktsituationer:

"Man skulle ju kunna säga att tar vi mindre prover så kostar det inte heller så mycket. Men då får man hellre sätta upp. Det finns ju en pinne för komplikation och visserligen kan du bara sätta upp den två gånger och den täcker ju inte allt. Har jag en patient som jag skall följa med vissa prover för att hon har något speciellt då räcker inte den pinnen. Men jag tar naturligtvis det ändå för det är ju patientsäkerhet. På det sättet kan man säga att den (ersättningen) inte påverkar oss barnmorskor i vårt yrke, vi ser till patientens bästa."

Flera barnmorskor anser det vidare svårt att ha kontroll på provtagningskostnaderna eftersom laboratoriernas redovisningar släpar efter och att de går direkt till primärvårdsområdets ekonomer. Barnmorskorna menar att det finns tydliga brister i återkopplingen av ekonomisk information till mottagningarna.

Kvinnor med förhöjda risker för infektioner som kan påverka graviditeten genomgår ett särskilt provtagningsprogram, så kallad *infektionsscreening*, med bland annat rubella, Hiv, syfilis, hepatit och lungröntgen. Målgruppen är framförallt invandrarkvinnor och för de prover som tas får barnmorskemottagningarna tilläggsersättning. Antalet utbetalningar av tilläggsersättning har ökat från 1776 st 1997 till 2404 st 1999, det vill säga en ökning med 35 procent. Den kraftiga ökningen tyder på att gruppen gravida kvinnor som screenas för infektioner har växt. Om denna ökning kan härledas till att antalet gravida kvinnor med invandrarbakgrund har ökat eller om det är fråga om indikationsglidning, det vill säga att målgruppen

för infektionsscreening har utökats framgår inte av tillgängligt underlag. Det är få respondenter som kommenterar infektionsscreeningen i sina berättelser. Från en av mottagningarna påpekas emellertid att tilläggsersättningen för proverna inte täcker mottagningens kostnader utan försämrar det ekonomiska resultatet.

Preventivmedelsrådgivning och STD-förebyggande arbete: Syftet med preventivmedelsrådgivning är att ge möjligheter till ett planerat föräldraskap och därigenom minska antalet aborter och begränsa omfattningen av sexuellt överförbara sjukdomar. Uppgiften för det förebyggande STD (Sexually Transmitted Diseases) arbetet är att minska spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar. Både preventivmedelsrådgivning och STD-förebyggande arbete har således samma syfte och de båda uppgifterna är i praktiken sammanflätade med varandra i barnmorskornas arbete. I det prestationsbaserade ersättningssystemet ingår fyra typer av åtgärder inom preventivmedelsrådgivning p-pillerförskrivning, rådgivning/kontroll, spiralinsättning och pessarutprovning. De vanligaste åtgärderna är de två förstnämnda medan de båda senare har liten omfattning. Under perioden 1997-99 ökade p-pillerförskrivningen på barnmorskemottagningarna i Göteborg från 13537 till 15900 st per år, det vill säga med 17 procent. Rådgivning/kontroll ökade under samma tid med sex procent eller från 13268 till 14032 st per år. Spiralinsättning och pessarutprovning har däremot legat kvar på samma nivå, cirka 1400 respektive 140 st per år:

Bland barnmorskorna i Göteborg finns en utbredd kritik över ersättningarna för preventivmedelsrådgivning och STD-förebyggande arbete. Ett vanligt argument är att ersättningarna ger dålig kostnadstäckning, en åtgärd som ofta nämns i detta sammanhang är spiralinsättning. Ersättningen för en spiralinsättning är 300 kronor, varav spiralen kostar 170 kronor. En respondent berättar:

”Mottagningen får själv betala spiralen som sätts in, det blir dyrare för mottagningen att förmå patienten att ta en kopparspiral än att få p-piller förskrivna. Man tjänar mer på att skriva ut p-piller eller sätta in en hormonspiral för den får patienten själv betala. Den kostar 1000 kronor och sitter i fem år, så det är ganska billigt per år.”

En annan respondent menar att ersättningen till barnmorskemottagningarna för preventivmedelsåtgärder är lägre än vad som ges till privatpraktiserande läkare för motsvarande arbete. Vid preventivmedelsrådgivning utgår ingen tolkersättning till mottagningarna något som flera mottagningar reagerar mot. De menar att de har svårt att förstå logiken i att tolkersättning utgår vid graviditetsövervakning men inte vid preventivmedelsrådgivning. För graviditetstester får mottagningarna ingen specifik ersättning utan det räknas som en del i graviditetsövervakningen eller områdesansvaret. Att ersättningarna upplevs som låga kan ge barnmorskorna incitament att förstärka intäkterna till mottagningen. Ett sätt förefaller vara att ”göra om” graviditetstest till preventivmedelsbesök. En barnmorska berättar:

”Om jag lämnar ut ett graviditetstest som är negativt, det är ju inte ett stort arbete, men jag tar ändå in patienten på mitt rum. Om hon frågar efter p-piller, då får jag för piller, men om vi bara sitter och pratar om att hon vill bli gravid och jag visar henne att du kan bli gravid här och du kan räkna så här, ska jag ta betalt då eller ska jag bara sätta upp henne som en pinne på statistiken? Jag tar betalt för allting och dokumenterar allt.”

Normalt ingår eventuell spiralinsättning vid efterkontrollen av förlösta kvinnor. En barnmorska berättar att om man tar in patienten på efterkontroll före vecka 12, så går det in i graviditetsövervakningen. Sen får patienten komma tillbaka fyra veckor senare och få sin spiral insatt och mottagningen får pengar för spiralen. Det finns också exempel på mottagningar som sätter upp ett extra besök för nyblivna mödrar som preventivmedelsbesök. Ytterligare ett exempel är barnmorskan som sitter en och en halv timme med patienten på preventivmedelsmottagningen. Då måste man enligt barnmorskan hitta ett sätt som gör att man får mer betalt och då händer det ibland att patienten dubbelkodas, det vill säga sätts upp som två preventivmedelsbesök.

En annan del av verksamheten som vållat bekymmer för barnmorskorna är provtagning i STD-förebyggande syfte. Någon ersättning för dessa prover har tidigare inte utgått till mottagningarna. Några barnmorskor menar att det handlade om avvägningar i det enskilda fallet, patientens efterfrågan och medicinska behov ställdes mot mottagningens kostnader. Mödrahälsovårdsöverläkaren verifierar att provtagningen har legat på en låg nivå på barnmorskemot-

tagningarna. Men från hösten 1999 ersätts mottagningarna för sina provkostnader i samband med STD-spårning. Provtagningsfrekvensen har dock inte hittills ökat i någon större omfattning på mottagningarna, en förklaring kan vara att alla barnmorskor inte är medvetna om de förändrade förutsättningarna.

Gynekologiska hälsokontroller: Cellprovtagning för förebyggande av livmoderhalscancer eller gynekologiska hälsokontroller som det vanligen kallas är den fjärde huvuduppgiften för barnmorskorna. De gynekologiska hälsokontrollerna sköttes tidigare i Göteborg av sex enheter, varav två-tre var gynekologiska polikliniker och tre-fyra mödravårdscentraler. När man lade ner öppen specialiserad vård i Göteborg, så försvann dessa polikliniker och kontrollerna överfördes i sin helhet till mödravårdscentralerna. Överföringen skedde samtidigt med en nedgång i nativiteten i Göteborg och det fanns därför möjligheter inom mödravården att ta hand om kontrollerna. Mödrahälsovårdsöverläkaren beskriver att barnmorskorna sköter provtagningen mycket väl, från det ansvariga laboratoriet inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset får de högt betyg, de gör tekniskt bra prover. Målgruppen är kvinnor 30-50 år, som kallas till provtagning vart fjärde år. I Göteborg har antalet rapporterade provtagningar från barnmorskemottagningarna pendlat mellan 7000 och 7800 st per år under perioden 1997-99.

Provtagningen kan egentligen inte kallas för hälsokontroll eftersom den utförs med täta intervaller, med två-tre

patienter uppsatta i kvarten, menar flera respondenter. Under denna tid finns inte mycket utrymme för frågor eller samtal mellan patient och barnmorska. Från en mottagning ifrågasätts om provtagningen är värdig kvinnosjukvård. Ersättningen till mottagningarna är 75-80 kronor per provtagning när analys- och kallelsekostnader har dragits av. Den låga ersättningen gör det nödvändigt att utföra provtagningen enligt löpande band principen enligt flera barnmorskor. Ändå menar de att det är svårt att få kostnadstäckning för verksamheten. Ett citat illustrerar problematiken

"En kvinna som vill göra en gynundersökning och vill ha p-piller, vi tog hand om en sådan patient i fredags. Hon har tagit en timma av oss förut och hon tog säkert en och en halv timma i fredags, en sådan patient får vi 150 kronor för som går på 20 minuter annars, en sådan patient ska vi inte ta, vi gjorde det av vår människosyn, men det finns inte plats för det."

Många av de kvinnor som kallas lämnar återbud sent eller uteblir från provtagningen, vilket innebär luckor i mottagningen. Det är också vanligt att många ringer och vill ändra sin tid och det skapar merarbete. En av barnmorskorna kallar provtagningen för ren förlustverksamhet. Ytterligare ett exempel på den ekonomiska problematiken är en mottagning som inledningsvis deltog i provtagningen, men sa nej till att fortsätta efter cirka ett års verksamhet på grund av dålig tillströmning av patienter.

Verksamhetsstödjande aktiviteter: Ett genomgående tema i barnmorskornas berättelser om fortbildningen är att

mindre tid används för *fortbildning* än före införandet av den prestationsbaserade ersättningen. Man prioriterar noggrannare nu vilken utbildning man deltar i. Tidigare var det vanligt att man stängde mottagningen och att all personal gick på utbildningen. Numera är det minst en kvar på mottagningen och ofta är det endast en ur personalen som deltar i utbildningsdagen och därefter rapporterar till de övriga. De huvudsakliga skälen till denna förändring är kraven på intäkter och högre prioritering av tillgängligheten för patienterna. En respondent berättar att deltagandet i utbildningen sjönk avsevärt efter det att det prestationsbaserade ersättningsystemet infördes, men att det åter ökat under det senaste året.

Utbildningen ger också möjligheter till erfarenhetsutbyte och jämförelser kollegor emellan. Barnmorskor från Göteborg beskriver sina arbetsförutsättningar jämfört med kollegorna i Mölndal och menar till exempel att där kan barnmorskorna ge kvinnorna möjlighet till två besök efter förlossningen. I Göteborg ges bara ersättning för ett besök. Rambudgetmodellen som kollegorna i Mölndal har innebär enligt några respondenter mindre administration än det prestationsbaserade ersättningsystemet, något som medför att personalen i Mölndal kan ägna mer tid åt sina patienter. Flera respondenter berättar att de flesta av kollegorna i Mölndal alltid är närvarande vid utbildningstillfällena.

En annan del i mödrahälsovården är *verksamhetsutveckling*, som omfattar både att göra nuvarande uppgifter effektivare samt att förnya och anpassa

verksamheten till förändrade förutsättningar. Flera barnmorskor har idéer om hur verksamheten på barnmorskemottagningen skulle kunna utvecklas. En barnmorska berättar.

”Det är en jättestor del som kommer här och som jag tycker att man skulle ta in och det är klimakterieproblematiken. Som barnmorskorna mycket väl skulle kunna ta hand om, idag när det är brist på allmänläkare. Barnmorskan skulle kunna informera innan patienten går till en allmänläkare och får mediciner som hon kanske inte använder. Vi kan inte ta det idag, för vi får inte betalt.”

En annan idé till ny verksamhet som nämns är inkontinensmottagning. Andra barnmorskor vill att föräldrautbildningen förlängs och vidareutvecklas. Ytterligare en idé som framförs är att utveckla de gynekologiska hälsokontrollerna till att bli riktiga hälsokontroller med samtal och genomgång av hälsoprofil. Men det finns inte ekonomiska möjligheter att förverkliga dessa idéer för närvarande. Flera barnmorskor anser att det prestationsbaserade ersättningssystemet innebär att de måste avstå från deltagande i nya samverkansprojekt. Ofta möter de liten förståelse hos sina samverkanspartners inom socialtjänsten, BVC och den övriga primärvården, som arbetar med rambudget. En respondent menar att ersättningssystemet skapar en rädsla för att ge sig in i nya utvecklingsprojekt, de måste hela tiden fråga sig hur det ska finansieras.

Andra respondenter pekar på att det blivit betydligt svårare att få med barnmorskorna i olika forskningsprojekt. Det finns inte längre samma intresse och

engagemang för kvalitetsstudier. En barnmorska berättar att gynekologer på SU ofta vill att de skall samla in forskningsmaterial i olika studier, men att mottagningen måste sätta gränser, vem ska betala, de har ingen ersättning för detta i den prestationsbaserade modellen.

En viktig del i barnmorskornas arbete är *samverkan* med andra vårdgivare för att skapa en sammanhållen vårdkedja för den gravida kvinnan och hennes barn. Den prestationsbaserade ersättningen förefaller här ha ställt barnmorskorna i svårare prioriteringssituationer. Flera barnmorskor menar att tiden inte räcker till för samverkansmöten med skola, socialtjänst, vårdcentral med flera i det egna området. De måste prioritera att vara på mottagningen och arbeta med patienter. Andra barnmorskor uttalar att man ser samverkan som viktig och att de försöker prioritera denna. En återkommande uppfattning i berättelserna är att tiden för samverkan har minskat de senaste åren. Denna utveckling bekräftas av representanter för BVC och socialtjänsten. Från en barnavårdscentral beskrivs att tidigare samverkansmöten nästan helt ersatts av skriftliga meddelanden och telefonkontakter.

Barnmorskornas beskrivningar tyder vidare på att mottagningarnas utåtriktade arbete har minskat under de senaste åren. Av de intervjuade barnmorskorna är det få som säger att de deltar i skolans sex- och samlevnadsundervisning. Det verkar också vara färre skolor/klasser som besöker barnmorskemottagningarna i informations syfte. Flera upplever också att områdes-

ansvaret är otydligt, det är dåligt definierat beträffande vad som ingår och inte ingår. Det finns en tendens att områdesersättningen mer ses som en allmän ekonomisk restpost och inte som ett anslag för specifika uppgifter.

En ytterligare fråga som tagits upp med respondenterna är om det prestationsbaserade ersättningssystemet har påverkat *samverkan/konkurrensen* mellan barnmorskemottagningarna. De flesta anser inte att ersättningssystemet inneburit någon skillnad mot tidigare i detta avseende. Men det finns några som pekar på att kraven på intäkter har medfört att man mer måste ta hand om sina patienter. Någon nämner att tillgängligheten är en viktig faktor. Från en mottagning berättar man att många patienter från ett angränsande område började gå hos dem, då fick de höra från den andra mottagningen, att "ni tar ju våra patienter". Tidigare höll sig många barnmorskor mer strikt till sitt område och sina gator, nu är det mer flexibelt. Ett ytterligare tecken på att konkurrensen mellan mottagningarna har förstärkts är att några mottagningar som redovisat ett ekonomiskt överskott i bokslutet har utsatts för andras frågor och kritik. Exempel på frågor de mött är hur kan ni ha så mycket i överskott, har ni fyllt i blanketterna fel?

I ett konkurrensperspektiv är det intressant att undersöka om mottagningarnas *marknadsföring* har förändrats. De flesta menar att det inte skett någon förändring. Till saken hör att huvudmannen har regler som begränsar marknadsföringen. Det bästa receptet förefaller vara att erbjuda en bra vård, sedan "sprids det som ringar på vattnet".

Patienterna är de bästa budbärarna. En respondent anser att det gäller att ha stor tillgänglighet. Som barnmorska måste man vara aktiv med att svara i telefon och försiktig med att ha på telefonsvararen. Några mottagningar gynnas också av sitt centrala läge.

Varje barnmorska gör sin egen månadsredovisning där det framgår vad hon presterat i form av antal besök och intäkter till mottagningen. De flesta respondenter svarar att ersättningsystemet inte har påverkat *samarbetet på den egna mottagningen*, men flera ger exempel som speglar en problematik i sammanhanget. En barnmorska menar att man tänker sig för fler än en gång innan man är hemma från jobbet. Några beskriver att ersättningssystemet skapat problem på andra mottagningar. En respondent beskriver en sådan konflikt som delvis grundades på att man presterade olika.

Från en mottagning berättas att en barnmorska sade att hon hade tjänat dåligt den här månaden och höll på att tala om det hela tiden. De andra barnmorskorna svarade att vi jobbar tillsammans och går vi back, så gör vi det tillsammans. Kraven på intäkter innebär att många känner en press, men det är ingen vinst i att ställa oss mot varandra, menar en barnmorska. En annan respondent anser att ersättningssystemet ställer krav på personalen, men tror att det snarare har tvingat fram ett ökat samarbete inom mottagningen för att klara ekonomin. Respondenternas berättelser ger även exempel på en annan typ av samband. Från en mottagning beskrivs att den barnmorska som får högst lön är den som presterar mest och

är duktig för övrigt.

Ersättningsmodellens fördelar och nackdelar

Som framgår av redovisningen ovan, så har respondenterna många synpunkter på den prestationsbaserade ersättningsmodellen och dess påverkan på verksamheten. Den förefaller ha blivit ett centralt samtalsämne på flera barnmorskemottagningar och den har föranlett många livliga diskussioner på enhetsmöten och utbildningsdagar inom mödrahälsovården. Ett försök att sammanfatta respondenternas synpunkter är deras beskrivningar av de fördelar och nackdelar som ersättningsmodellen har.

En fördel med modellen som återkommer i respondenternas berättelser är att den har ökat personalens kostnadsmedvetande. Man har blivit mer medveten om vad verksamheten kostar, om kostnader för personal, prover med mera. En annan återkommande synpunkt är att det bättre kommer fram vad personalen gör, statistiken visar att mottagningarna har ett stort flöde av patienter. Modellen har bidragit till att tydliggöra verksamheten. En respondent anser att det är en fördel att pengarna följer patienten, då följer de med om de kommer från ett annat område. Det har blivit bättre för patienterna, menar en annan respondent, man är mera serviceorienterad i och med att de har "pengar med i ryggsäcken".

Från en mottagning berättas att en annan fördel är en flexiblare bemaning. När antalet patienter ökar, så kan

vi utöka antalet barnmorsketimmar, vi har ekonomisk täckning för det i det här systemet. "Förr kunde man skrika sig blå om man ville ha mer tjänster." En annan typ av fördel, anser några, är att barnmorskemottagningarna är mera självständiga inom primärvårdsområdet. Pengarna i ersättningssystemet är öronmärkta för mödrahälsovården, vårdcentralen kan inte omfördela dem till sin egen verksamhet. Primärvården på områdesnivå styr mer de andra verksamheterna, som har anslagsfinansiering.

Enligt respondenterna har även ersättningsmodellen och tillämpningen av den flera nackdelar. Något som många respondenter lyfter fram är otydligheten om vad som ger ersättning och vad som inte gör det. Innehållet i medicinska och psykosociala komplikationer är två exempel på denna otydlighet, som leder till olika tolkningar av enskilda barnmorskor och mottagningar. Vilka tolkningar som görs påverkar mottagningens intäkter. Flera barnmorskor efterlyser tydligare vägledning i form av en manual eller liknade, som minskar utrymmet för godtyckliga tolkningar. Därutöver måste ersättningssystemet justeras fortlöpande så mottagningarna har kostnadstäckning för sina åtgärder. Det räcker inte att omfördela medel mellan olika åtgärder, om kostnaderna ökar måste primärvården vara beredd att skjuta till medel. Vidare måste det finnas någon inom primärvården som ansvarar för och arbetar med systemet.

En annan nackdel som många framhåller är att ersättningssystemet inneburit ökad administration, det är fler blanketter som ska fyllas i. Man måste

hela tiden tänka på att fylla i rapporten för att få rätt ersättning. Diskussioner på mottagningarna om rätt ersättning har tagit mycket tid och energi åtminstone inledningsvis. De administrativa uppgifterna uppfattas av flera som en störning i patientarbetet.

Andra nackdelar med ersättningssystemet som beskrivs är att arbetet har blivit jäktigare, man är mer pressad av kraven på prestationer och intäkter. Man upplever sig vara ensam om ersättningssystemet, kollegorna i Mölndal med rambudget bedöms ha bättre förutsättningar och kan ägna mer tid åt patienterna. Denna skillnad är frustrerande menar flera intervjuade barnmorskor. En nackdel, enligt en respondent, är att systemet har medfört att man prioriterar sin patientverksamhet före fortbildning och annan yttre samverkan som är kvalitetshöjande. Flera beskriver vidare systemet som stelbent, man får betalt enbart för vissa saker. Vill man utveckla verksamheten, göra något mer, så är det väldigt svårt. Man kan inte lägga in verksamheter i systemet, som man vill satsa på. En respondent vill till skillnad mot flertalet andra förenkla systemet genom att ta bort nuvarande tillägg och samla ersättningen i en mödrapeng per gravid kvinna. Motivet är att det skulle kunna minska administrationen.

Flera respondenter beskriver vidare att ersättningssystemet saknar ekonomiska incitament, det verkar inte spela någon roll om man går med överskott eller underskott. Barnmorskor från två mottagningar berättar:

"Vi trodde att vi skulle få behålla vårt

överskott till nästa år, om det blev ett nödår eller så. Men där blev vi lite lurade. Först sa dom att om ni får pengar över, så kan ni fixa lokalen, ni kan gå på utbildning och vi trodde på det. Första året jobbade vi som slavar och gick plus, men det sögs in i vårdcentralen. Vi sa aldrig mer, vad ska vi göra det här för."

"Vi har samma chef som en annan mödravårdscentral som har gått back och vi har gått plus. Chefens kommentar har varit, vad bra det tar ut varann. Tidigare har man känt en motivation att det hela ska gå runt, men då kan man uppleva att motivationen sjunker. Man tänker, det är klart att vi ska gå den där kursen."

En respondent ser bristen på incitament som ett tecken på att ersättningsmodellen inte fungerar, att den inte ligger rätt i tiden. Den utgör ett främmande inslag i primärvårdens verksamhet där det finns en tradition av anslag och rambudgetering.

Om respondenterna fritt får välja ersättningsmodell för mödrahälsovården, så finns två huvuduppfattningar. En grupp anser att ersättningssystemet är en bra grund, men att det måste vidareutvecklas, bli tydligare och ge full kostnadstäckning för verksamheten. Det ska även finnas möjligheter att ta in nya aktiviteter i modellen. En annan grupp menar att rambudget är att företrä, prestationsersättning kanske passar inom industrin där man tillverkar saker, men det passar inte inom sjukvården, här handlar det om människors hälsa. Man menar att det är så mycket som görs i verksamheten, som är svårt att sätta ett pris på och få in i modellen. En synpunkt är att det är lättare att få ut mer av personalen i ett rambudget-

system eftersom man slipper störande administrativa uppgifter och kan fokusera på patientarbetet fullt ut.

3. Effektivitet – anpassning och tillpassning

Den tillämpade styrmodellen inom mödrahälsovården har skapat nya ekonomiska förutsättningar för verksamheten. I avsnittet redovisas vilka effekter modellen har inneburit under rubrikerna anpassning och tillpassning. Därefter behandlas huruvida den verksamhet som nu bedrivs är effektiv och i så fall på vilket sätt.

Modellens effekter – anpassning

Anpassning handlar om barnmorskor- nas förändring av verksamheten som följd av och till den prestationsbaserade ersättningsmodellen. Anpassningen uppfattas ha skett på tre olika sätt. Ett handlingsätt har varit att avstå från aktiviteter som systemet inte har givit ersättning för. Utåtriktad verksamhet till skolor är exempel på aktiviteter som helt försvunnit från flera mottagningar. Grupper i naturlig familjeplanering, grupper för pappor och ensamstående inom föräldrautbildningen är andra exempel på nedlagda aktiviteter. Det finns också exempel på mottagningar som slutat att ge akupunkturbehandlingar av samma skäl. En mottagning har också avstått från gynekologiska hälsokontroller på grund av bristande ekonomisk täckning.

Ett annat handlingsätt har varit att tona ner och reducera aktiviteter som inte ger direkta intäkter till mottagningarna. Föräldrautbildningen är ett sådant exempel med färre träffar och mer av individuell utbildning och rådgivning. Samverkan med socialtjänst, BVC och övrig primärvård är ett annat exempel. Det finns indikationer på mindre medverkan i gemensamma projekt, färre samverkansträffar och istället fler telefonkontakter i syfte att spara tid. Reduceringen av antalet läkartimmar på mottagningarna har sin grund i bristen på gynekologer och ekonomiska begränsningar. Mottagningarnas merkostnader för så kallade läkarstafetter täcks emellertid sedan 1999 av ett centralt anslag inom primärvården.

Ett tredje handlingsätt har varit att i större utsträckning orientera verksamheten mot aktiviteter som genererar intäkter till mottagningarna. Patientarbete på mottagningarna förefaller allmänt ha prioriterats före aktiviteter som fortbildning, samverkan och verksamhetsutveckling. Tiden mellan besöken av gravida kvinnor på mottagningarna har mer noggrant fyllts ut med i första hand preventivmedelspatienter för att skapa intäkter. Vidare har delar av det administrativa arbetet prioriterats och särskilt då arbetet med månadsrapporten, trots att många barnmorskor ogillar det, eftersom denna redovisning är nödvändig för mottagningens intäkter.

Men anpassning handlar även om en förändring på ett annat plan, en anpassning av det egna tankemönstret. Av respondenternas berättelser framgår att den prestationsbaserade ersättnings-

modellen även har påverkat barnmorskornas sätt att tänka på patienterna och verksamheten. Det ekonomiska tänkandet har tagit större utrymme, verksamheten ses mer i form av kostnader och intäkter. Barnmorskorna har fått "ett annat tänk" än de andra i primärvården som arbetar med rambudget. Ekonomin finns ständigt i bakhuvudet. Det har blivit påtagligt att tid är pengar och att det är patienterna som bär på pengarna. För personalen har det blivit uppenbart att deras handlingar har betydelse för mottagningens ekonomi.

Här finns en väsentlig skillnad mellan barnmorskorna på primärvårdens mottagningar och barnmorskemottagningen i Göteborg, som drivs privat. På den senare mottagningen har man sedan starten arbetat med prestationsbaserad ersättning och har därför inte haft samma omställning i detta avseende som kollegorna i primärvården. För barnmorskemottagningarna i primärvården har införandet av den nya styrmodellen inneburit en ökad fokusering på ekonomi i verksamheten och ett tydligare ekonomiskt tänkande bland personalen. Inom sjukvården dominerar det medicinska tänkandet och omvårdnadstänkandet, som sätter den enskilda patienten i centrum. En ekonomisering av sjukvården kan innebära att de traditionella normerna utmanas och att personalen försätts i etiska dilemman.

En effekt av den nya styrmodellen verkar således vara både en anpassning av verksamheten och en påverkan på personalens tanke- och handlingsätt. Anpassningen sker till spelreglerna i den nya styrmodellen med syfte att skapa ekonomisk balans i verksamhe-

ten. Denna anpassning stöds av förändringar i tanke- och handlingsätt.

Modellens effekter – tillpassning

Tillämpningen av styrmodellen har även medfört en tillpassning av modellen. Det innebär att barnmorskorna justerar och kompletterar modellen så att den bättre passar deras föreställningar om verksamheten och deras sätt att arbeta. I respondenternas berättelser finns flera exempel på en sådan tillpassning. Ett extra besök efter förlossningen sätts upp som preventivmedelsbesök. Spiral sätts ej in vid efterkontroll utan senare vid ett särskilt besök. Graviditetstest kombineras regelmässigt med preventivmedelsrådgivning eller p-pillerförskrivning. Patienter som tar lång tid på preventivmedelsrådgivning dubbelkodas. Akupunkturbehandling registreras som medicinsk komplikation. Antalet utbetalda tilläggsersättningar för psykosociala komplikationer har ökat från 1.034 stycken 1997 till 1.831 stycken 1999, en ökning med 77 procent. En del av denna kraftiga ökning torde kunna förklaras av tillpassning. Det finns beskrivningar i respondenternas berättelser som stöder en sådan tolkning. Ett ytterligare exempel är den inkontinensmottagning, som bedrivs i liten skala vid en mottagning och där patienterna registreras som preventivmedelsrådgivningsbesök.

Tillpassningen sker dels i strid med styrmodellens formella regler och dels i gråzoner där det finns utrymme för olika tolkningar. Det handlar om att barnmorskorna vill ha betalt för det ar-

bete de gör och när styrmodellen inte ger ersättning, så uppfattar åtminstone en del barnmorskor det rimligt att tillpassa modellen så att mottagningen ersätts. Tillpassningen kan ses som ett uttryck för att medicinska och omvårdnadsmässiga normer prioriteras före spelreglerna i den ekonomiska styrmodellen. En barnmorska berättar att de på hennes mottagning har bytt strategi, de går på utbildningsdagar, de tar tillbaka patienterna så mycket det behövs, de har slutat bry sig om de ekonomiskt går back.

Behandlingen av mottagningarnas ekonomiska överskott respektive underskott har ytterligare komplicerat tillämpningen av styrmodellen. Som tidigare framgått av respondenternas berättelser finns det åtminstone på vissa barnmorskemottagningar uppfattningar om att det inte lönar sig att arbeta för ett ekonomiskt överskott, det försvinner in i primärvårdens övriga verksamhet. Det finns även uppfattningar om att det inte har någon betydelse om bokslutet visar minus, det får ändå inga konsekvenser för mottagningen. Personalantalet minskas inte eller mottagningen åläggs inga nya sparåtgärder i övrigt. Dessa uppfattningar om hanteringen av överskott och underskott förstärker den utveckling som tillpassningen ger uttryck för. Det förefaller finnas en avtagande respekt för styrmodellen bland barnmorskorna.

Personalens reaktioner på och sätt att hantera styrmodellen och ersättningssystemet kan sammanfattas, dels i en gradvis anpassning till modellen, dels i en successiv tillpassning av modellen. Det är två processer som pågår samti-

digt i verksamheten. Den första kan uppfattas som en acceptans av modellen, medan den andra kan ses som kritik av modellen. Tillpassningen är ett uttryck för att styrmodellen i större utsträckning bör anpassas till verksamheten.

Effektiv verksamhet

Kostnadseffektivitet: Enligt respondenternas nästan samstämmiga beskrivningar har styrmodellen medfört ett ökat kostnadsmedvetande hos personalen på barnmorskemottagningarna. Styrmodellen innebär vidare att information om intäkterna för olika prestationer sprids till personalen, som kan sätta dessa i relation till mottagningens kostnader, vilket skapar en grund för ett ekonomiskt tänkande. En ytterligare förändring är en fokusering på produktionen av tjänster. Barnmorskorna redovisar att de till följd av ersättningsmodellen ägnar mer tid åt patientarbete på mottagningen och mindre åt övriga uppgifter. Modellen styr arbetet till de prestationer som ersätts i modellen.

Prestationerna inom mödrahälsovården visar en varierande utveckling under åren 1997-99. Antalet nyinskrivna gravida kvinnor har varit på ungefär samma nivå under de tre åren. Däremot har antalet rapporterade medicinska och psykosociala komplikationer samt infektionsscreeningar ökat kraftigt. Inom preventivmedelsrådgivningen har p-pillerförskrivning och rådgivning/kontroll ökat under perioden, medan spiralinsättning, pessarutprovning och graviditetstester har ungefär samma omfattning varje år. Gynekologiska

hälsokontroller har både minskat och ökat under treårsperioden. Men redovisningen kan vara missvisande, det finns tecken på både under- och överregistrering av prestationer. Flera barnmorskor har beskrivit att det svårt att komma ihåg att registrera allt de gör på mottagningen. Det finns även berättelser om registreringar utöver vad gällande regler tillåter. Upplevda otydligheter i styrmodellen kan också medföra felaktiga registreringar av prestationer. Den reella förändringen av prestationerna är därför svår att bestämma. En rimlig tolkning är att antalet prestationer totalt sett har ökat under perioden.

Verksamhetens kostnadsökningar har sannolikt varit större 1997-99 än den ekonomiska kompensation som har utgått för ökade löner och priser. Tillgängliga uppgifter visar att mödrahälsovårdens rambudget efter avdrag för sparbetning har räknats upp i storleksordningen 7-8 procent, medan medellönen för barnmorskor, som utgör en stor del av mottagningarnas kostnader, har ökat med ungefär 13 procent under motsvarande tid. Sammantaget tyder den redovisade prestations- och kostnadsutvecklingen på en kostnadseffektivare verksamhet inom mödrahälsovården. Om denna utveckling är en effekt av den tillämpade styrmodellen, en begränsad budgetram eller andra faktorer är svårare att klarlägga.

En nackdel med den tillämpade styrmodellen som de allra flesta respondenter pekat på är att de administrativa uppgifterna för barnmorskorna tar mer tid än tidigare, det vill säga administrationskostnaderna är högre i det prestationsbaserade ersättningssystemet. Alla

organisationer för med sig en viss kostnad i form av administration, en transaktionskostnad (Coase 1937/1992 och Williamsson 1975). Transaktionskostnaden varierar beroende på hur organisationen utformas. Iakttagelserna om de administrativa kostnaderna är viktiga och dessa påverkar systemet negativt. Kostnadsökningar för administrativa uppgifter får vägas mot de effekter som prestationsersättning har på de direkta vårdkostnaderna. Ur kostnadseffektivitetssynpunkt är de totala kostnaderna avgörande även om det kan vara en nackdel att administrationskostnaderna ökar.

Ytterligare en nackdel med styrmodellen och dess tillämpning som kan anföras är hanteringen av mottagningarnas ekonomiska överskott och underskott. Enligt flera respondenter spelar det ingen större roll om mottagningen redovisar ett överskott eller underskott i bokslutet. Eventuella överskott och underskott tas om hand inom primärvårdsområdet, det får inga påtagliga konsekvenser för mottagningen. Respondenterna menar att det inte finns incitament för att uppnå ett gott ekonomiskt resultat. En sådan uppfattning är klart kontraproduktiv ur kostnadseffektivitetssynpunkt.

Kvalitet: När kostnadseffektiviteten fokuseras är det lätt att glömma styrmodellens påverkan på verksamhetens kvalitet. En förbättring ur kvalitetssynpunkt som flera respondenter rapporterar om är en ökad tillgänglighet för patienterna med bland annat kortare väntetider och öppna mottagningar. Telefontillgängligheten förefaller

dock vara ett fortsatt bekymmer på flera mottagningar. Respondenterna beskriver att man arbetar aktivt för att uppnå och upprätthålla en god tillgänglighet. Men detta är även en fullt möjlig effekt av en prestationsbaserad ersättning, då patienterna är de som genererar intäkter till verksamheten. God tillgänglighet är ett medel för att attrahera patienter till mottagningen.

Andra respondenter menar att styrmodellen ställer krav på en snabb genomströmning av patienter på mottagningen. Tiden för de olika arbetsuppgifterna och tiden tillsammans med varje patient begränsas av prestationsersättningen, något som kan påverka verksamhetens kvalitet. Det finns de som menar att den psykosociala delen av verksamheten har försämrats, något som delvis motsägs av den kraftiga ökningen av psykosociala samtal som barnmorskorna rapporterat trots att antalet nyinskrivna gravida kvinnor inte ökat. Vidare utgör personalens patientetik och kvalitetsinriktning i arbetet motverkande krafter mot kvalitetsförbättringar. De patientenkäter som redovisats tidigare i denna rapport tyder inte heller på att patienterna är missnöjda med vården. Dock ska sägas att dessa enkäter inte ger någon heltäckande bild av patienternas syn på verksamheten. En långvarig ekonomisk press på verksamheten kan mycket väl resultera i en försämrad kvalitet.

En annan aspekt som är viktig att ta upp i detta sammanhang är personalens arbetsmiljö. Flera barnmorskor framhåller att arbetet har blivit betydligt stressigare genom det intensiva mottagningsarbetet. Arbetsdagen inne-

håller få andningspauser samtidigt som de tidigare avbrotten med andra arbetsuppgifter har blivit färre. Den tillämpade styrmodellen har minskat barnmorskornas kontroll över det egna arbetet, något som kan vara negativt ur hälsosynpunkt. Det finns därför anledning att fortsättningsvis vara uppmärksam på verksamhetens kvalitetsutveckling och förändringar i personalens arbetsmiljö.

Adaptiv effektivitet: Den andra huvudfrågan i detta avsnitt är om den tillämpade styrmodellen främjar en anpassning av verksamheten till förändrade förutsättningar, det vill säga om modellen kan anses vara effektiv ur adaptiv synpunkt. Flera av respondenterna anser att de upplever ersättningssystemet som för stelt, inget utrymme lämnas för nya verksamhetsområden eller utvecklingsprojekt. Ett exempel som ofta tas upp är viljan att erbjuda kvinnor i klimakteriet råd och hälsoinformation. En vilja som har byggts upp sedan barnmorskorna tog över cellprovtagningen och mötte en ny kategori av kvinnor med andra behov. Respondenternas berättelser ger även en bild av att det fanns en större variation och mångfald i den service som barnmorskemottagningarna erbjöd sina patienter innan styrmodellen infördes. Några exempel är flera olika grupper inom föräldrautbildningen, akupunkturbehandling mot smärta, grupper i naturlig familjeplanering etcetera. Det fanns möjligheter för den enskilda mottagningen att göra anpassningar till lokala behov. Styrmodellen har minskat mottagningarnas handlingsutrymme och i större utsträckning likriktat serviceutbudet

Nästan samstämmiga uppgifter från respondenterna är att tiden för fortbildning, samverkan och verksamhetsuppföljning/kvalitetssäkring minskat under de senaste åren. Intresset för att delta i forskningstudier utan särskild ersättning har nästan försvunnit. En neddragning av de nämnda aktiviteterna kan försämra personalens möjligheter att få kontakt med ny kunskap och nya impulser samtidigt som det kan leda till att nya krav och förändrade behov utifrån inte uppfattas. Minskade möjligheter att experimentera, det vill säga att pröva nya idéer och lösningar försvårar verksamhetens fortsatta utveckling. Aktiviteter som fortbildning, samverkan, verksamhetsutveckling etcetera kan ses som broar till framtiden, som inte bör raderas. Dessa aktiviteter underlättar en fortlöpande anpassning till förändrade förutsättningar.

En effektiv verksamhet skall samtidigt kunna kombinera kostnadseffektivitet och adaptiv effektivitet. Vår genomgång tyder på att den tillämpade styrmodellen främjar en kostnadseffektiv verksamhet även om det är svårt att särskilja dess effekter från dem som begränsade ekonomiska resurser medför. Ökad ekonomisk medvetenhet, fokusering på produktionen och ökat arbetstempo är några faktorer som talar för det. Samtidigt kan det finnas anledning att vara uppmärksam på modellens konsekvenser för verksamhetens kvalitet och personalens arbetsmiljö. Styrmodellens starka fokusering på den dagliga produktionen av tjänster innebär att aktiviteter som fortbildning, samverkan och verksamhetsutveckling har fått snävare ramar, något som inte

gynnar verksamhetens anpassningsförmåga. Vår tolkning är att styrmodellen har främjat en kostnadseffektiv verksamhet, men att detta åtminstone delvis har skett på bekostnad av organisationens adaptiva förmåga.

En fråga som uppkommer i samband med det ovan förda resonemanget är var någonstans i en organisation förnyelse- och utvecklingsarbetet skall ske. Barnmorskemottagningarna ingår i en utförarorganisation vars uppgifter bestäms av beställaren. Det är beställaren som enligt gällande formella regler avgör vilka uppgifter som skall utföras. Den prestationsbaserade ersättningsmodellen har tydliggjort detta förhållande genom att ge mottagningarna betalt enbart för beställda tjänster. Flera respondenter har framfört tankar om att starta mottagning för bland annat kvinnor med klimakterieproblem och inkontinens, men att den nuvarande ersättningsmodellen inte tillåter det. I nuläget svarar andra enheter inom primärvården för båda dessa uppgifter.

Barnmorskornas idéer om ny verksamhet kan uppfattas som signaler om att de vill vara med och påverka verksamhetens fortsatta utveckling. Det tyder på att det finns behov av en dialog, dels för att klargöra vilken arbetsfördelning som gäller i nuläget mellan olika enheter, dels för att undersöka ytterligare möjligheter till samverkan och eventuella förändringar av arbetsfördelningen på sikt. I detta samtal kan även beställaren göras delaktig i lämpliga delar. För både beställaren och primärvårdens ledning är det viktigt att ta tillvara barnmorskornas kunskaper och engagemang i den fortsatta verksam-

hetsutvecklingen, då dessa är centrala faktorer när det gäller mödrahälsovårdens adaptiva effektivitet.

4. Styrmodellens betydelse

Verksamhetens utveckling bestäms enligt konventionell modern organisationsforskning av andra saker än formella regler och anvisningar. De informella institutionerna – spelregler, överenskommelser, gemensamma värderingar – inom organisationerna gör organisationerna mycket motståndskraftiga mot förändringar och svåra att påverka med regelförändringar (March och Olsen 1989 och Linder och Peters 1996). En tolkning av observerade förändringar är i enlighet med resultat inom modern organisationsforskning att dessa uppstått som en följd av yttre påverkan på organisationen och dess medarbetare. Förskjutningar av institutionernas innebörd har inte skett genom interna regelförändringar. Denna tolkning görs samtidigt som kunskapen anses vara bristfällig rörande förhållandet mellan informella och formella regler och hur förändring går till (se till exempel Boland 1991 och Meyer och Scott 1992).

En fråga man kan ställa utifrån ovanstående resonemang är varför en sådan rik flora av reformer har lanserats och implementerats under de senaste decennierna om de ändå har en sådan begränsad betydelse. En förklaring som givits utifrån det beskrivna perspektivet är att det aldrig handlat om att reformerna faktiskt ska påverka utan om att visa

upp utåt en förändringsbenägenhet och vilja att använda den typ av styrmodell som för stunden är mest populär. Intentionella motiv i meningen att man vill åstadkomma en effektivare verksamhet finns knappast utan det handlar om fasader och ritualer. Förklaringen till att denna uppfattning har vuxit sig stark är att forskarna valt att läsa insamlad data utifrån ett sådant perspektiv. Man har aktivt letat efter andra förklaringar till förändringar än de som den formella förändringen inneburit och man har funnit sådana. Som en konsekvens därav har den implicita hypotesen om de formella modellernas betydelse förkastats och uppfattningar har spridits om den begränsade betydelsen av det formella.

Föreliggande studie ger en annan bild av betydelsen av styrmodeller och ersättningssystem. Det finns en kritik mot modellen och det finns på sina håll bristande kunskaper om styrmodellen och ersättningssystemet men modellen har uppenbarligen en stor faktisk betydelse på skilda sätt. Medarbetarna har anpassat sig till modellen och de förutsättningar som den ger och det är också som en följd av denna anpassning som kritiken av styrmodellen uppkommer. Modellen har också tillpassats till den verklighet och den verksamhet som den är ämnad för. Förändringen har inneburit avsedda effekter i den meningen att verksamheten har anpassats till de förutsättningar som ges men också icke avsedda effekter i form av försök att överlista systemet. Huruvida försöken till tillpassning är acceptabla och vilka transaktionskostnader eller dysfunktioner (se Birnberg 1992) som denna till-

passning innebär är dels en fråga för systemansvariga, dels en fråga för fortsatt utvärdering. Den för vår del här avslutningsvis intressanta iakttagelsen är att det formella spelar roll och den intressanta frågan är varför det formella spelar roll. I tidigare studier inom forskargruppen har hävdats att det formella spelar roll men att det förutsätter att de formella förändringarna står i samklang med de värderingar som råder inom organisationen (se Brorström och Solli 2000). Sannolikt är detta en förklaring även i det här fallet nämligen att det finns en viss upparbetad acceptans för den typ av styrmodell som implementerats.

En studie av rådande organisationsideal idag visar på en betydande förvirring avseende vilket idealet är. Ett annat utmärkande drag är att det idag finns en mycket rik flora av olika lösningar. Den våg av marknadslika lösningar som sköljde över offentlig sektor i början av 90-talet spelar fortfarande viss roll. Idén är inte lika stark längre men eftersom det finns en rad faktiska tillämpningar och givetvis ett antal förespråkare även om de nu är färre än tidigare, så har idén betydelse. Dessa marknadslika lösningar blandas med idéer om samverkan, samarbete och samordning. Konstruktioner som alltså bygger på den fullständigt motsatta logiken att det inte är konkurrens utan samarbete som ger effektivitet och utveckling. En total idékonfrontation således. Ett ytterligare kännetecken för dagens situation är att tilltron till stora administrativa reformer är tämligen svag. Det handlar mer om att göra förändringar i verksamheten än att genomföra administrativa reformer och struk-

turera om. Dagens situation kan karakteriseras med att allting är tillåtet och inom ramen för detta tas det mesta på allvar. När idealen löses upp och blir grumligare ökar utrymmet för faktisk tillämpning och risken för isolering mellan idé och verklighet minskar. Försvaret mot administrativa lösningar har luckrats upp och organisationer har blivit mycket mer mottagliga för verklig förändring.

Referenser

Birnberg, Jacob., 1992

"Some reflections on Hedberg & Jönsson's Semi-Confusing Information Systems".
I Johansson I-L och Tomas Polesie (red) "Responsibility and Accounting - The
Organizational Regulation of Boundary Conditions". Lund: Studentlitteratur.

Boland, Lawrence A., 1992

"The Principles of Economics. Some Lies My Teachers Told Me". New York:
Routledge.

Brorström, Björn (red), 1994

"Ekonomi & styrning i sjukvårdsorganisationer. Resultat från landstingsforskning."
Stockholm: Landstingsförbundet.

Brorström, Björn och Rolf Solli, 2000

"Förändrad styrning och avsedda effekter - Om formella styrsystem i samklang
med värderingsförskjutningar." *Ekonomistyrning och informatik*, 15(6):457-475.

Brorström, Björn och Sven Siverbo, 2001

"Institutioner och individer. En studie av utveckling i framgångsrika kommuner."
Lund: Studentlitteratur.

Brunsson, Nils och Johan P Olsen, 1993

"The Reforming Organization." London: Routledge.

Butler, Richard, 1991

"Designing Organizations. A Decision-Making Perspective." London: Routledge.

Coase, Ronald, 1937/1992

"Företaget, marknaden och lagarna." Stockholm: Ratio.

Czarniawska-Joerges, Barbara., 1987

"Reformer och ideologier." Lund: Studentlitteratur.

DiMaggio Paul J. och Powell Walter W., 1991

"The New Institutionalism in Organizational Analysis." Chicago: Chicago Univer-
sity Press.

Giddens, Anthony, 1984

"The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration." Cambridge:
Polity Press.

Jacobsson, Bengt (red), 1994

"Organisationsexperiment i kommuner och landsting." Stockholm: Nerenius & Santérus förlag.

Linder, Stephen H. och B Guy Peters, 1995

"The Two Traditions of Institutional Designing: Dialogue Versus Decision". I David L Weimar (red) "Institutional Design". Boston: Kluwer Academic Publishers.

March, James och Johan P. Olsen, 1989

"Rediscovering institutions. The organizational basis of politics." New York: Free Press.

Meyer, John W. och Richard Scott., 1992

"Organizational Enviroments: Ritual and Rationality." California: Sage Publications.

North, Douglass C., 1990/1993

"Institutionerna, tillväxten och välfärden." Stockholm: SNS.

Rombach, Björn, 1991

"Det går inte att styra med mål!" Lund: Studentlitteratur.

Screpanti, Ernesto, 1995

"Relative, Rationality, Institutions and Precautionary Behaviour." I Groenewegen John, Christos Pitelis och Sven-Erik Sjöstrand (red) "On economic Institutions". Aldershot: Edward Elgar Publishing CompanyTool.

Williamsson, Oliver, E., 1975

"Markets and Hierachies: Analysis and Antitrust Implications." New York: Free Press.