



**LUNDS UNIVERSITET**

Campus Helsingborg

Institutionen för Service Management

# Barnmorskan i den förlösande konkurrensen

En studie om kundperspektivet inom mödravården

Ida Conley  
Patricia Jeppsson  
Ida Nilsson

Handledare:  
Lars Nordgren  
Catharina Wingner Leifland

Kandidatuppsats  
VT2012

# SAMMANFATTNING

**Vad:** Kandidatuppsats VT 2012. Lunds universitet, Campus Helsingborg, Institutionen för Service Management

**Författare:** Ida Conley, Patricia Jeppsson och Ida Nilsson

**Titel:** Barnmorskan i den förlösande konkurrensen – en studie om kundperspektivet inom mödravården

**Handledare:** Lars Nordgren och Catharina Wingner Leifland

**Syfte:** Syftet med denna uppsats är att skapa en förståelse för om och hur kundbegreppet konstitueras inom mödrahälsovården, efter att valfrihetssystem lagstodades och Vårdval Skåne infördes, samt om detta har någon påverkan på servicemötet mellan barnmorskan och kunden.

**Metod:** Genom kvalitativa intervjuer har vi samlat in empiri för att kunna skapa oss en bredare förståelse för hur kundbegreppet konstituerats inom mödrahälsovården och om det påverkat servicemötet mellan barnmorskan och kunden. Utifrån teorier kring ämnet har vi sedan analyserat det insamlade materialet.

**Slutsatser:** Mödrahälsovården är idag mer kundfokuserad, där tillgänglighet och bemötande är avgörande konkurrensfaktorer. Barnmorskorna relaterar kundbegreppet till handel och konsumtion, vilket gör att de inte tagit till sig kundbegreppet. Vi kan dock se att en förskjutning av diskursen har skett då många av barnmorskorna menar att ordet patient inte passar. De använder det av gammal vana och utan egentlig innebörd. Kundperspektivet finns inom mödrahälsovården men har inte fullt implementerats eftersom barnmorskorna inte är beredda att ge kunden full bestämmanderätt över tjänsten.

**Nyckelord:** kund, patient, värdeskapande, samproduktion, tjänst, konkurrens, kvalitet, valfrihet, diskurs

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	5
<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1 Valfrihetssystem inom vården .....	6
1.2 Syfte och frågeställningar .....	7
1.3 Avgränsning .....	8
1.4 Begreppsdefinitioner.....	8
<b>2. DISPOSITION .....</b>	<b>9</b>
<b>3. METOD.....</b>	<b>10</b>
3.1 Studieobjekt.....	10
3.2 Tillvägagångssätt.....	10
3.3 Metodkritik .....	12
3.4 Om intervjun .....	13
3.5 Om forskarna .....	14
3.6 Om urvalet av respondenter.....	14
<b>4. TEORETISK REFERENSRAM .....</b>	<b>15</b>
4.1 Organisation i förändring.....	15
4.2 Kund eller patient i vården? .....	15
4.3 Den ekonomiska diskursens intåg i vården .....	17
4.4 Den värdeskapande kunden och samproduktion av hälso- och sjukvårds tjänster.....	18
4.5 Kvalitet och konkurrens .....	20
4.6 Yrkesidentitet, kultur och politikens påverkan på motstånd till förändring .....	22
<b>5. ANALYS.....</b>	<b>25</b>
5.1 Kund eller patient, vem är vem?.....	25
5.2 Kundperspektiv, vem skapar något värdefullt? .....	28
5.3 Bemötande som konkurrensfaktor? .....	31
5.4 Kvalitet som konkurrensfaktor?.....	34
5.5 Förlösande konkurrens efter Vårdval Skåne?.....	35
5.6 Motstånd och identitet .....	39
5.7 En reell förändring?.....	39
<b>6. DISKUSSION.....</b>	<b>41</b>

6.1 Kvalitet, bemötande och konkurrens .....	41
6.2 Yrkesidentitet och motstånd .....	42
6.3 Vårdval Skåne.....	43
6.4 Patientbegreppet .....	44
<b>7. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER.....</b>	<b>45</b>
7.1 Reflektioner .....	46
<b>REFERENSER.....</b>	<b>47</b>
Tryckta källor .....	47
Elektroniska källor.....	49

# FÖRORD

Vi vill tacka de barnmorskor som har deltagit med sin tid och kunskap samt våra handledare Catharina Wingner Leifland och Lars Nordgren.

*“Vi tränade hårt - men varje gång vi började få fram fungerande grupper skulle vi omorganiseras. Jag lärde mig senare i livet att vi är benägna att möta varje ny situation genom omorganisation och också vilken underbar metod detta är för att skapa illusion av framsteg medan den åstadkommer kaos, ineffektivitet och demoralisering” (Gaius Petronius, död 60 e.Kr.)*

Helsingborg, maj 2012

# 1. INLEDNING

*Patient eller kund? Benämningen på den person som söker vård går ofta isär. Är man en patient även då man inte är sjuk, och är man en kund även i relation till en person som är medicinskt utbildad?*

## 1.1 Valfrihetssystem inom vården

Region Skåne har efter lagen om valfrihetssystem inom vården, LOV (2008:962), infört Hälsoval Skåne. Hälsovalet innebär att varje individ själv får bestämma var han eller hon vill söka vård, vilket ämnar stärka den vårsökandes ställning samt lägga fokus på kvalitet och service. Vårdmottagningen får pengar för varje individ som vänder sig till dem vilket gör att kvantiteten blir avgörande för om mottagningen ska klara konkurrensen på marknaden. Hur kvalitet definieras blir här ett problem, då det är oklart vilka faktorer och vem som avgör vad god kvalitet är i vårdsituationer. Informationsasymmetrin mellan kund och vårdproducent gör att kunderna, enligt den medicinska professionen, inte kan avgöra vad som är god vårdkvalitet.

Efter ett beslut från Riksdagen blev det den 1 januari 2010 obligatoriskt för alla regioner och landsting att införa ett valfrihetssystem i primärvården. De berörda enheterna i Skåne är vårdcentraler, barnavårdcentraler, mödrahälsovård och även efter remiss från läkare, kognitiv beteendeterapi och smärtbehandling. Lagen om valfrihetssystem är tänkt att fungera som ett verktyg för kommuner och landsting för att kunna öppna upp för privata aktörer och därmed öka konkurrensen inom vården. Syftet med detta är att i slutändan öka kvaliteten för vårdtagaren.

Hälso- och sjukvården är en del av den offentliga välfärdspolitiken och styrd av politiska beslut. Genom att sätta upp mål och lagar för verksamheten styr Riksdagen vad hälso- och sjukvården ska göra, och hur de ska göra det. Lagarna som styr hälso- och sjukvården i Sverige bygger på skyldigheter för samhället och inte på rättigheter för patienten (Rönneberg 2007).

Vårdval Skåne medför ett problem i hur olika diskurser påverkar varandra. I och med vårdvalet skapas motsättningar mellan de professionella utövarna och de politiska beslutsfattarna. Det uppkommer motsättningar mellan den medicinska och den ekonomiska diskursen vad gäller kundbegreppet, där den medicinska diskursen traditionellt sett benämner

de vårdsökande som patienter och ser på dessa som personer i behov av vård. Den ekonomiska diskursen benämner istället den vårdsökande som kund, vilken tar ansvar för sin egen hälsa, gör aktiva val och bidrar till värdeskapande tillsammans med vårdgivaren (Nordgren 2004). Dessa motsättningar medför bland annat att man inom vissa medicinska fält benämner den vårdsökande som kund, men att begreppet saknar egentlig innebörd. Den informationsasymmetri som råder mellan vårdgivare och vårdtagare och den hierarki som finns inom sjukvården bidrar även den till att kundbegreppet möter motstånd från professionen. Nordgren menar att diskursens makt, alltså inom vilka ramar människor tänker, talar och handlar, påverkar förändringsbenägenheten inom starkt hierarkiska institutioner, så som hälso- och sjukvården (2004, s. 7).

Fokus i denna uppsats kommer att ligga på mödrahälsovården och på hur väl syftet med Hälsoval Skåne har implementerats i denna del av primärvården. Detta kommer att ske genom att vi tittar på vilket utrymme kundperspektivet har inom mödravården, samt om och hur kundperspektivet har påverkat servicen och de olika diskurserna.

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

Det har funnits motsättningar mellan den politiska och den medicinska diskursen när det gäller benämningen på kunder inom hälso- och sjukvården. Därför är syftet med denna uppsats att skapa en förståelse för om och hur kundbegreppet konstitueras inom mödrahälsovården, efter att valfrihetssystem lagstodgades och Vårdval Skåne infördes, samt om detta har någon påverkan på servicemötet mellan barnmorskan och kunden. För att kunna uppnå syftet med denna uppsats har vi valt att utgå från följande frågeställningar:

- 1) Hur påverkar vårdvalet barnmorskorna i deras yrkesutövning och hur uttrycker sig detta i mötet med patienten/kunden?
- 2) Hur mottas kundbegreppet av barnmorskorna inom mödrahälsovården och hur påverkar det deras medicinska diskurs?
- 3) I vilken utsträckning har kundperspektivet implementerats i mödrahälsovården?

Vi vill således undersöka om vårdvalet har bidragit till ett kundperspektiv i mödrahälsovården och hur det i så fall har påverkat servicemötet mellan barnmorskan och kunden. Utifrån teorier kring kundperspektiv är vår hypotes att införandet av ett sådant ger en positiv inverkan på verksamheternas tillgänglighet och servicenivå. Vi har därför valt att i

fortsättningen av denna uppsats använda begreppet kund som benämning för de som söker barnmorskornas tjänster.

### 1.3 Avgränsning

Barnmorskornas arbetsuppgifter är varierande och innefattar allt ifrån preventivmedelsrådgivning till cellprovstagning till mödrahälsovård. Vi har valt att fokusera på det sistnämnda då relationen mellan barnmorskan och kunden i det fallet får tid att utvecklas under en längre period, till skillnad från vid preventivmedelsrådgivning då kunden kommer för ett kort besök. Vi menar att det är detta som gör barnmorskornas arbete speciellt och finner det därför intressant att undersöka vidare.

### 1.4 Begreppsdefinitioner

Det finns många begrepp som kan beskriva den relation som vårdsökande har till vården idag. Inom äldreomsorgen används ibland benämningen ”brukare”, inom företagshälsovården kallas de ofta ”kunder”, man använder vissa gånger ordet ”vårdkonsumenter” och inom mödrahälsovården även ”kvinnor” eller ”mammor”. Vårt val att använda ordet **kund** i uppsatsen är påverkat av service managementdiskursen där kundbegreppet innefattar betydelser så som: “någon som ställer och har rätt att ställa krav” (Nordgren 2004 s. 114), eller: “som en person som köper eller utnyttjar en tjänst” (www.ne.se). En **patient** definieras enligt Svenska Akademiens ordbok som en “person som lider av sjukdom, kroppsskada eller dylikt och som är föremål för vård och behandling”. Nordgren (2004) samt Christina Hagberg och Catharina Rybo (2007) beskriver patienten som den som tål, väntar och uthärdar.

Nordgren talar om “den värdeskapande kunden” som leder sina värdeskapande processer och bidrar till produktionen av tjänster med sin tid, kunskap, och andra resurser (2004 s. 171). I denna uppsats väljer vi att se på kunden som en värdeskapare i samproduktion med producenten. **Värdeskapande** definierar vi som den interaktion som sker mellan producent och kund i tjänsteprocessen. “**Tjänster** är processer som består av en rad aktiviteter snarare än saker. Tjänster produceras och konsumeras åtminstone delvis samtidigt. Kunden deltar åtminstone i viss mån i tjänsteproduktionens process” (Grönroos 2002, s.59).



## 2. DISPOSITION

### 3. METOD

I metoden presenteras val av studieobjekt. Vi redovisar även uppsatsens tillvägagångssätt vad gäller insamlandet av empiriskt material. I metoden finns även kritik till vald metod och en diskussion kring studiens tillförlitlighet.

### 4. TEORETISKREFERENSRAM

I teoriavsnittet redogörs det för begreppen patient kontra kund. Avsnittet innehåller även teori kring kvalitet, konkurrens, motstånd och identitet.

### 5. ANALYS

I den analyserande delen av studien ställs insamlad empiri mot den teoretiska referensramen. Avsnittet är uppdelat i rubriker vilket ger struktur till analysen och samtidigt tydliggör de olika delar som är kopplade till kundbegreppet. Analys görs kring kvalitet, konkurrens, motstånd och identitet kopplat till kundbegreppet.

### 6. DISKUSSION

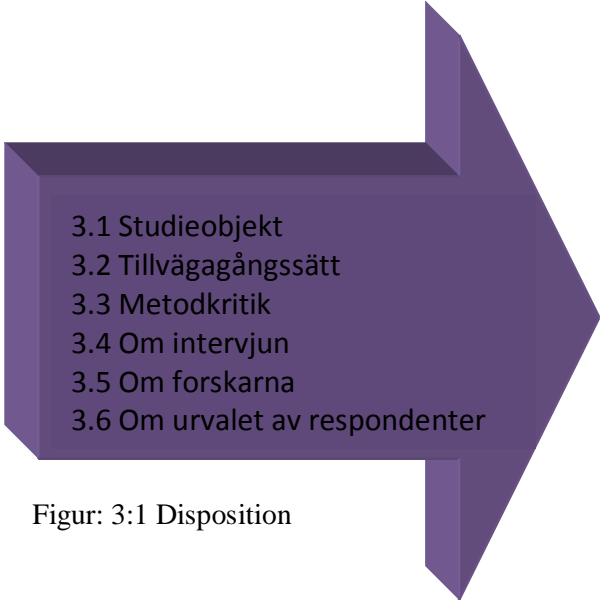
Avsnittet öppnar upp för en diskussion kring analysens resultat. Denna del visar även på incitament för framtida forskning.

### 7. SAMMANFATTADE SLUTSATSER

De sammanfattade slutsatserna redovisar kontentan av studien.

Figur: 1.1 Disposition

## 3. METOD

- 
- 3.1 Studieobjekt
  - 3.2 Tillvägagångssätt
  - 3.3 Metodkritik
  - 3.4 Om intervjun
  - 3.5 Om forskarna
  - 3.6 Om urvalet av respondenter

Figur: 3:1 Disposition

*I denna del beskriver vi hur vi arbetat med uppsatsen i en kronologisk ordning. Vi ska även reflektera över och behandla kritik mot vårt metodval. Vi kommer använda oss av författare som Steinar Kvale, Svend Brinkmann, Allan Bryman och Anne Ryen.*

### 3.1 Studieobjekt

Studien grundas på tio intervjuer med barnmorskor på sex olika barnmorskemottagningar. Fem av dessa är belägna i Helsingborgs stad och en mottagning är belägen i Ängelholm. Fem av barnmorskemottagningarna drivs i privat regi medan en är offentlig verksamhet. Åtta av respondenterna har mellan 15 och 25 års erfarenhet inom yrket och två är nyutexaminerade. Alla har tidigare arbetat som sjuksköterskor inom vården innan de gått vidare till barnmorskeyrket. Det är bara kvinnor som deltagit i intervjuerna, vilket kan sägas vara representativt för branschen i stort då den är väldigt kvinnodominerad. I analysen benämner vi barnmorskorna som BM 1-10 efter den ordning vi intervjuade dem i. BM 5 är från den offentliga verksamheten och BM 8 och 10 är de nyutexaminerade barnmorskorna.

### 3.2 Tillvägagångssätt

Enligt Kvale och Brinkermann (2009) är studieobjektet avgörande för valet av metod. Vi har valt att använda oss av kvalitativa intervjuer eftersom denna studie inte utförts på serialiserade fenomen utan på kontextualiserade fenomen där människorna är medlemmar i sociala grupper (Kvale & Brinkermann 2009, s. 326). Arbetet har utgått från en deduktiv ansats där vi först läst in oss på litteratur för att sedan samla in empiri och genomföra en analys.

Inspirationen till vårt val av uppsatsämne kommer från flera olika håll, bl.a. kan nämnas Lars Nordgrens bok *Från patient till kund, intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position* (2004) samt tidigare författade uppsatser som behandlar kundens position inom hälso- och sjukvården. Två av gruppmedlemmarna hade dessutom skrivit en uppsats angående förändringen av mödrahälsovården som skedde under hösten 2011. Där intervjuades ett antal barnmorskor om hur kommunikationen fungerat i och

med förändringen. Många berättade att de upplevde att besluten tagits över deras huvuden och att informationen varit bristfällig. I och med detta fann vi det intressant att fråga oss hur politiska styrsystem och försök till förändring tas emot och implementeras i en organisation så som mödrahälsovården. Eftersom vi studerar service management tycker vi det är intressant att titta på frågan ur ett kundperspektiv samt om och hur barnmorskorna tagit till sig den nya diskursen.

Vi undersökte ämnet genom att studera litteratur, lagstiftande styrdokument, rapporter inom berörda ämnesområden, tidigare författade uppsatser, skrivelser från Socialstyrelsen samt texter om Health Care Management. Av de böcker vi tittat närmare på kan nämnas Richard Normann, *När kartan förändrar affärslandskapet* (2001); Christian Grönroos, *Service management och marknadsföring - en CRM ansats* (2002) samt *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård* av Bo Hallin & Sven Siverbo (2003). Här har vi tagit våra grundläggande antaganden utifrån ett service management perspektiv. Detta material har utgjort vår teori och har gett oss kunskap om uppsatsens ämne ur olika synvinklar. För att samla in information från artiklar har vi sökningar på ord som customer service in health care, knowledge management och patient i databasen Summon gjorts. För att samla in empiri kring våra frågeställningar har vi intervjuat 10 stycken barnmorskor. Inför samtliga intervjuer har vi via mail- eller telefonkontakt fått godkännande från respondenterna till att intervjuerna spelas in och att alla eller vissa av medlemmarna i uppsatsgruppen deltog. Vi ser en stor fördel med att ha spelat in intervjuerna eftersom vi då kunde fokusera fullt ut på intervjun och sedan transkribera hela samtalet. Anne Ryen menar att inspelning är ett bra sätt att lösa problemet med att få ut så mycket som möjligt av intervjuerna (Ryen 2004, s. 56). Den första intervjun genomfördes den 13 april då två barnmorskor intervjuades var för sig av alla tre gruppmedlemmar. Dessa två barnmorskor hade deltagit i intervjuer till den tidigare uppsatsen så en viss kontakt hade redan etablerats. Nästa intervjutillfälle var den 16 april med en barnmorska och en verksamhetsledare vid samma mottagning. Där deltog två av oss i uppsatsgruppen. Den 25 april intervjuades en barnmorska på en offentlig mottagning genom ett enskilt samtal med en av oss i gruppen. Samma förfarande skedde vid intervju med en barnmorska i Ängelholm den 27 april. Nästa intervjutillfälle tog plats den 30 april då två barnmorskor intervjuades av samtliga i gruppen. Därefter genomfördes den 2 maj två intervjuer av två personer i uppsatsgruppen.

Vi har även varit i kontakt med Umeå, Linköping och Lunds universitet för att ta reda på hur de i sin undervisning av blivande barnmorskor benämner personer som ska ha

barn. Vi har även via mail kommit i kontakt med vice ordförande i Barnmorskeförbundet för att få hennes syn på patient- kontra kundbegreppet.

Vår arbetsprocess fortsatte sedan med en bearbetning av intervjumaterialet vilket sedan jämfördes med teorierna. Vi valde att inte genomföra några observationer eftersom det finns etiska problem med att observera kundmöten i hälso- och sjukvårdssituationer.

### **3.3 Metodkritik**

Vi ska nu diskutera huruvida uppsatsen är valid och tillförlitlig baserat på våra dokumentstudier, på arbetet med intervjuerna och på det urval vi gjort av intervjurespondenterna. Då vi ville undersöka om och hur kundbegreppet implementerats i mödrahälsovården ansåg vi att de bästa metoderna innefattade studier av dokument och litteratur, samt intervjuer med barnmorskor inom mödrahälsovården. Vårt val av en deduktiv ansats kan medföra att intervjuerna blivit färgade av vår förståelse.

En vanlig kritik till en kvalitativ metod är att den är alldeles för subjektiv, svår att replikera, inte möjliggör generalisationer samt inte är tillräckligt transparent (Bryman 2005, s. 284 f.). För att få ett mer transparent arbete har vi transkriberat och sparat alla intervjuer samt bifogat vår intervjuguide.

Det är viktigt att uppsatsen grundas på tillförlitlig kunskap. Kvale och Brinkermann menar att intervjuerna måste vara objektiva och tar upp dialogisk intersubjektivitet som ett verktyg för att uppnå detta. Intervjuerna kan i princip analyseras objektivt då forskarna tillsammans tolkar och för rationella samtal kring den insamlade informationen. Genom ömsesidig kritik bland de deltagande kan man då identifiera och tolka intervjuerna (Kvale & Brinkermann 2009, s. 261). Denna typ av kommunikation kan ske mellan forskare i gruppen eller mellan forskare och intervjuperson. I denna uppsats har vi främst arbetat med det förstnämnda.

Den externa reliabiliteten för de utförda intervjuerna kan ses som problematisk i kvalitativ forskning, eftersom man inte kan "frysa" den sociala miljön i vilken respondenterna är aktiva (Bryman 2004, s. 273). Viktigt i bedömningen av reliabiliteten är att intervjuerna delvis ämnar undersöka den förändring som skett i och med Vårdval Skåne, barnmorskornas uppfattning kan därför ändras med tiden när de har en bättre översikt och kan utvärdera omstruktureringen. Bryman menar att ett sätt att försöka öka den externa reliabiliteten är för framtida forskare att anta samma roll som de tidigare. I kvalitativ forskning kan reliabiliteten

stärkas om det finns flera deltagare som observerar, hör och tolkar intryck på samma vis (ibid). Vidare menar Bryman att validiteten i en kvalitativ metod är beroende av hur väl forskaren lyckas koppla det empiriska materialet till de teorier man sedan formulerar (2005, s. 273). För att skapa en hög validitet krävs att det empiriska materialet är tillräckligt stort för att dra slutsatser. Vi anser att vårt material är tillräckligt stort för att dra de slutsatser vi gör. Intervjuerna har varat i ca 30 minuter, vanligtvis rekommenderas en djupintervju vara i en, till en och en halv timme. Att våra intervjuer endast har varat i 30 minuter kan ge vårt arbete en minskad validitet, men vi anser att tiden har räckt till för att få ut det vi ville då vi har haft en begränsad frågeställning att utgå ifrån. Vidare har vi varit tidsbegränsade då många av våra respondenter har tagit emot oss på sin lunchrast eftersom de arbetar inom en schemalagd verksamhet.

Vad som är sanning kan vara mycket svårt att avgöra. Kvale och Brinkermann tar upp tre kriterier för sanning; korrespondensen, koherensen och den pragmatiska nyttan. Korrespondensen handlar om hur väl det som sagts överensstämmer med den objektiva verkligheten. Koherensen hur mycket motsägelsefrihet och inre logik som finns i uttalandet och den pragmatiska nyttan relaterar sanningen i uttalandet till praktiska konsekvenser. Validiteten i denna uppsats anses god eftersom uttalandena har en giltighet och är sanningsenliga enligt de tre ovanstående kriterierna. Eftersom vi intervjuat ett flertal barnmorskor som många gånger uttryckt samma åsikt kring de ämnen vi tagit upp ligger det även en styrka i deras uttalanden (Kvale & Brinkermann 2009, s. 265).

### **3.4 Om intervjun**

De kvalitativa intervjuerna syftar till att få ut kvalitet snarare än kvantitet och intervjun ämnar även undersöka intervjupersonens livsvärld och det förhållande hon har till denna (Kvale 2009, s. 43). Studien ämnar inte jämföra intervjuerna utan fokus har legat på att gå på djupet hos de enskilda barnmorskorna, vilket är kriterier för en kvalitativ metod (Ryen 2004, s. 63). Intervjuerna har följt en frågemall med fokus på teman och frågor knutna till dessa teman. Samtidigt har intervjuerna även fungerat som ett samtal där intervjuaren ställt frågor som kopplats till uttalanden från intervjuobjektet för att få den nyanserade bild som en kvalitativ metod eftersöker (Kvale 2009, s. 45). Kvale tar även upp svårigheten med att få ut både faktabaserad information och information på meningsplanet (Kvale 2009, s. 45). Vid intervjuerna har vi därför varit observanta på tonfall, ansiktsuttryck och tolkat det som "sågs mellan raderna".

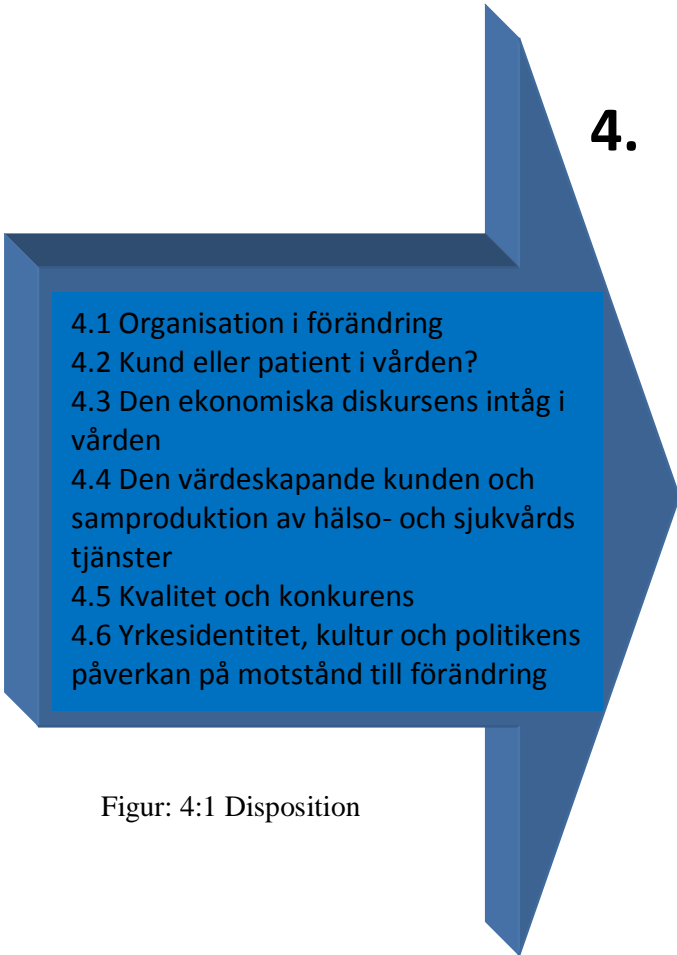
### **3.5 Om forskarna**

Ryen skriver att mycket av fokus i de kvalitativa intervjuerna ligger på forskaren själv eftersom denne kan påverka intervjuobjektet (2004, s. 63). Hon menar att det är viktigt att koncentrera sig på intervjuobjektet utan att jämföra henne med andra. Att se intervjun mer som ett samtal är även något vi varit medvetna om då vi utfört intervjuerna. Vi har också varit väl medvetna om den så kallade intervjuareffekten och därför försökt att inte påverka intervjuobjektet genom gester, kroppshållning, blick eller ledande frågor (ibid.).

### **3.6 Om urvalet av respondenter**

Vem som ska delta i undersökningen är inte alltid lätt att avgöra. Eftersom det finns ohanterligt många barnmorskemottagningar som är berörda av Vårdval Skåne gjorde vi ett systematiskt urval och begränsade oss till barnmorskor i Helsingborgs Stad för att få så stor tillförlitlighet på studien som möjligt. Genom att göra ett urval kunde vi utföra mer kvalificerade intervjuer och på så sätt få ett större djup i vår studie (Körner & Wahlgren 2002, s. 28 ff.). Vi kontaktade samtliga mottagningar i Helsingborg och de fick sedan själva bedöma om de hade tid att delta. Detta ledde till att vi intervjuade alla utom två barnmorskemottagningar i Helsingborgs Stad. För att ytterligare öka tillförlitligheten på studien valde vi att intervju en barnmorska i Ängelholm. Vi har valt att låta intervjuobjekten vara anonyma i arbetet. Detta har gjort att vi i de citat som har innehållit namn på mottagningarna eller på barnmorskorna valt att ta bort detta då vi använder materialet i uppsatsen.

## 4. TEORETISK REFERENSRAM

- 
- 4.1 Organisation i förändring
  - 4.2 Kund eller patient i vården?
  - 4.3 Den ekonomiska diskursens intåg i vården
  - 4.4 Den värdeskapande kunden och samproduktion av hälso- och sjukvårds tjänster
  - 4.5 Kvalitet och konkurrens
  - 4.6 Yrkesidentitet, kultur och politikens påverkan på motstånd till förändring

Figur: 4:1 Disposition

*I kommande stycke ämnar vi redovisa vårt val av teorier och begrepp. Vi börjar med att redovisa teorier kring organisationsförändring för att därefter redogöra för de olika begrepp som är centrala i uppsatsen - kund och patient. Därefter följer en genomgång av hur marknadskursen påverkat vården. Vidare redogör vi för teori kring den värdeskapande kunden och samproduktion som följs av dessa synsätts inverkan på hälso- och sjukvården utifrån konsekvenser för kvalitet och konkurrens. Sist följer teori kring identitet och motstånd mot förändring.*

### 4.1 Organisation i förändring

En organisation består av människor och är sociala system. För att förstå en förändring behöver vi veta vad drivkraften bakom den är, vad det är för typ av förändring samt vad som ämnas förändras. Drivkrafterna kan vara ny teknologi, politiska beslut, ökad konkurrens mm. Den kan vara planerad eller spontan, som svar på förändringar i omgivningen eller i kultur (Jacobsen 2005, s. 93 ff.). Vid organisationsförändringar arbetar man med att utforma styrsystem, vilket är synonymt med att fördela resurser av varierande slag och att kontrollera hur resurserna utnyttjas (Rubenowitz 2004, s. 114).

Jacobsen menar att en förändring inte är reell förrän organisationens medlemmar har förändrat sitt beteende så att organisationen i sin helhet har fått ett nytt sätt att agera (2005, s. 109). Han menar vidare att det är vanligt i organisationer att en förändring enbart åstadkommer en strukturförändring och att människornas beteende och attityder inte påverkas (ibid. s. 111).

### 4.2 Kund eller patient i vården?

En kund är enligt Nordgren någon som ställer och har rätt att ställa krav (2004, s. 114). Ordet kund definieras som en person som köper eller utnyttjar en tjänst (www.ne.se). Grönroos drar i sin bok *Service Management och marknadsföring* slutsatsen att kunder inte enbart vill ha en

vara eller en tjänst, utan menar att kunden är i en värdeskapande process och söker lösningar som främjar detta värdeskapande (2002, s. 14). I ett tjänsteperspektiv är kunden aldrig enbart en passiv konsument, utan alltid deltagande i processen (ibid. s. 352). Det är viktigt att företag har kunskap om kundernas förväntningar, behov, önskemål samt hur de vill bli bemötta. Företaget måste sedan anpassa sin tjänst efter kundens värdeskapande process (ibid. s. 347).

Kunder inom vården innefattas av vad som Christopher Lovelock och Jochen Wirtz kallar för "high contact services" (Lovelock & Wirtz 2007, s. 50 f.). Detta innebär att interaktionen mellan serviceproducenten och kunden står i centrum och att utmaningen för producenten är att göra hela upplevelsen tilltalande för kunden, både utifrån den fysiska miljön och servicemötet (ibid.).

En patient definieras enligt Svenska Akademiens ordbok som en "person som lider av sjukdom, kroppsskada eller dylikt och som är föremål för vård och behandling (www.spraakdata.se).

Hagberg och Rybos (2007) begreppsanalys av ordet patient visar att den ursprungliga betydelsen är "den lidande" eller "den som tåligt uthärdar lidande" (se även Nordgren 2007). De beskriver att fördelen med ett patientbegrepp kan vara att det främjar relationen mellan patienten och vårdgivaren och att det ger den sjuke tid att vänja sig vid sin sjukdom, rätt att vara sårbar och att lida. De beskriver att ord som kund kan uppfattas som om relationen består av ett köp- och säljarrangemang med snabba möten. Wittich et al (2003) menar att man bör hålla kvar vid patientbegreppet inom hälso- och sjukvården eftersom de särskilda värden som finns mellan vårdgivare och patient skulle gå förlorade om man ersatte dem med den köpare/säljare relation som präglar affärsdrivande verksamheter. Det finns även andra kritiska röster mot kundbegreppet inom vården som vill behålla ordet patient av etiska skäl, eftersom de är av åsikten att en patient är inte en ekonomisk intäkt utan en behövande individ. De menar att ordet patient främjar ett etiskt och moraliskt riktigt handlande (Nordgren 2005, s. 93).

I och med marknadsiseringen av sjukvården och införandet av kundvalssystem förändrades också sättet att se på den vårdsökande, från någon som väntar tålmodigt, till någon som aktivt medverkar och ställer krav (Nordgren 2004). Nordgren kallar detta för den väljande kunden (ibid. s. 171). Enskilda individer uppträder lika väl som konsumenter som kunder och de som idag söker sjukvård är välinformerade samt ser sjukvård som en rättighet (Hallin & Siverbo 2003, s. 24; jfr Rönnberg 2007). Denna utveckling, mot aktiva vårdsökande, ställer krav på bättre kommunikation från vårdpersonalens sida och på ett mer individuellt bemötande av kunderna (Hallin & Siverbo 2003, s. 26). Även Hardeep Chahal



(2010) menar att kunder inom hälso- och sjukvården ställer höga krav eftersom de har stor tillgång till information, har bättre kännedom om hälsa och sjukdomar och att de också tar ett större ansvar för sin egen hälsa.

### **4.3 Den ekonomiska diskursens intåg i vården**

Man började mot slutet av 1900-talet använda ord som privatisering, valfrihet och kundservice inom flera delar av samhället (Hallin & Siverbo 2003, s. 49). Flera områden i samhället började också ses som marknader och politikerna tog till sig den nya diskursen (Nordgren 2003, s. 35 ff.). År 2003 fick alla kunder i hälso- och sjukvården i Sverige möjlighet och rätt att fritt välja sjukhus, vårdcentral, läkare och behandling inom den offentliga vården (Nordgren 2007, s. 170). Som ett led i detta utvecklades vårdpengen för att kunden skulle få ett större inflytande över sin egen vård. Med en kombination mellan valfrihet och vårdpeng hoppades man kunna införa ett kundvalssystem i vården för att på så sätt öka konkurrensen och tillgängligheten för kunden. Detta ställer enligt Chahal (2010) krav på att kunderna får bra information från vårdproducenten för att de ska kunna fatta riktiga beslut och för att kunna rekommendera tjänsten vidare till andra kunder.

Det finns många aspekter på varför valfrihet och kundorientering är positivt, men från politiskt håll ligger oftast fokus på den ekonomiska aspekten av att införa ett kundperspektiv inom hälso- och sjukvården (Chahal 2010; Hallin & Siverbo 2003, s. 33). O'Hagan och Persaud menar att ett starkt kundfokus med serviceinriktning minskar fel och komplikationer i vården vilket bidrar till minskade kostnader (2008, s. 27). Valfrihet inom vården kan ses som ett mål i sig, eller som ett sätt att åstadkomma effektivitet inom hälso- och sjukvården (Arvidsson & Jönsson 1997, s. 63). Göran Arvidsson och Bengt Jönsson menar att valfrihet stärker individens roll och att det kan vara ett värde i sig att ta ansvar för sin egen hälsa. De menar även att sjukvården som helhet förbättras av detta (ibid.).

Service managementdiskursens utbredning inom hälso- och sjukvården har gjort det accepterat att tillämpa ett servicetänkande och att se mötet mellan vårdgivare och kund som ett servicemöte. Det uppstår dock vissa problem då man försöker implementera service managementdiskursen inom hälso- och sjukvården eftersom den drar åt ett annat håll än den medicinska diskursen (Nordgren 2005). Nordgren påpekar dock att det inte är patienten som tagit initiativ till att ändra språkbruket mot ett kundbegrepp utan att det är konsulter och chefer som är påverkade av managementdiskursen och som inte befinner sig i sjukvårdens vardag (ibid.).

Management och organisationens betydelse ökar i takt med högre krav från hälso- och sjukvårdens kunder. Detta sker på bekostnad av den medicinska professionen och kommer som ett svar på de utmaningar hälso- och sjukvården står inför då det gäller omvandlingen mot en mer tjänste- och serviceorienterad organisation (Norén & Sundén 2007).

Men att sammanfoga de olika kriterierna - ekonomi, valfrihet och jämlikhet, är enligt Arvidsson och Jönsson ett dilemma politikerna ställs inför, där pendelrörelser mellan olika politiska perspektiv påverkar besluten och utformningen av styrsystemen (1997, s. 101). De menar också att politiska åtgärder som vidtagits för att öka prestationer inom hälso- och sjukvården visserligen varit effektiva, men att även traditionell ekonomistyrning, så som budgetarbete mm, har visat positiva effekter på produktiviteten (ibid. s. 31). Björn Brorström, Bo Hallin och Gustaf Kastberg visar i sin rapport "Barnmorskan, patienten och pengarna" (2000) att olika politiska styrförsök inte alltid, eller rent av sällan, ger avsedda effekter. De menar vidare att problemen i verksamheterna ofta skylls på styrmodellerna och att anledningen till att reformen från början genomfördes tappas bort på vägen. Ofta genomförs förändringarna som ett försök att hitta en lösning som uppskattas av andra, snarare än för att skapa ökad effektivitet och öka det samhälleliga värdet (Brorström et al. 2000, s. 8). De menar också att styrmodeller endast är effektiva om de har legitimitet hos ledarna och att de annars lever sitt eget liv, utan anknytning till vardagen (ibid. s. 9). Vidare säger de att de ekonomiska incitamenten till varför man väljer att försöka införa ett marknadstänk inom hälso- och sjukvården, står i direkt kontrast till idéerna om samverkan, samarbete och samordning som också dem används som styrmodeller för ökad effektivitet (ibid. s. 55).

#### **4.4 Den värdeskapande kunden och samproduktion av hälso- och sjukvårds tjänster**

Richard Normann (2001) väljer att se kunden som värdeskapande och använder inte ordet konsument eftersom det betyder att förstöra resurser. Om denna syn på kunden appliceras på hälso- och sjukvården medför det en övergång till att stödja kundens hälsobringande processer istället för att inrikta sig på att bota sjukdomar. Kunden blir då en medproducent och en aktiv partner som tar ansvar för sin egen hälsa, kost och motion (ibid.). Även Nordgren beskriver att mötet mellan läkare och patient kan skapa värde och bör ses som ett servicemöte och en kundvärdeprocess (Nordgren 2005, s. 88). Värde skapats således i samverkan mellan kund och vårdgivare (jfr Grönroos 2002, s. 37).

Normann talar om att ekonomin har förändrats och suddat ut roller mellan tjänsteleverantörer och kunder (2001, s. 116 ff.). Det beror på att affärslandskapet är mer servicebetonat och kräver en ny och tätare typ av samproduktion av tjänster och service. Samproduktion innebär enligt honom att underutnyttjade resurser utnyttjas genom den virtuella ekonomin. Detta ger organisationer möjligheter att utnyttja tid och rum på ett nytt sätt som kan skapa nya möjligheter för differentiering och nätverk. Normann menar vidare att man bör se på producenter och konsumenter som ett system inom vilket producenten måste främja och utnyttja kundens värdeskapande processer. Han säger att kunder i större utsträckning köper verktyg för att kunna utföra tjänster, istället för att köpa andra människors tid. Detta innebär att kunden lägger in sin egen tid, sina färdigheter och andra resurser i tjänsteproduktionen utöver sina pengar. Genom detta synsätt kan kunden sättas i arbete genom kundsamarbete, involveras i produktionen genom fysiskt eller intellektuellt arbete, eller engageras känslomässigt. Kunderna har således resurser som kan användas för att öka produktiviteten (ibid.). Vidare talar Normann om två olika sätt att se på vad man erbjuder kunden, det frigörande och det underlättande perspektivet (2001, s. 123). Det frigörande perspektivet innebär att man tar en börda från kunden och utför denna åt dem, medan man i ett underlättande perspektiv hjälper kunden att utföra saker hon inte kunde tidigare. Han menar att det skulle kunna revolutionera sjukvården om man anlade ett underlättandeperspektiv på vården, som ska stödja och hjälpa kunden i hennes hälsofrämjande processer. Det underlättande perspektivet ska utgöra ramen för hälso- och sjukvården (ibid.). Jämförelsevis skriver Grönroos om att kundens förmåga att delta i processen kan förbättras genom att den utbildas och informeras om sin roll i denna (2004, s. 235). Kunden kan då själv påverka tjänsteprocessen positivt vilket i förlängningen även skulle ha en positiv inverkan på kvaliteten och produktiviteten (ibid.).

Anders Hansson menar att en kundorientering medför att företagen behöver en tydlig kommunikation med kunderna, vilket endast är möjligt med en platt, slimmad organisation (2003, s. 23 ff.). Detta är enligt honom anledningen till att det varit svårt att implementera ett kundperspektiv inom offentlig sektor (ibid.).

Även Lusch, Vargo och Wessels menar att kund/producentrelationen har ändrats från värdeskapandet för kunden till värdeskapandet tillsammans med kunden (2008, s. 347 i Chahal 2010). Inget värde skapas för än kunden bidrar med nödvändig kunskap till serviceleverantören och de tillsammans använder den kunskapen för att skapa värdet. O'Connor och Shewchuck (1995) upplyser om att nöjda kunder är mer benägna att delge vårdgivaren relevant information om de är tillfreds med servicen, samt att servicekvalitet

inom hälso- och sjukvården är särskilt viktig eftersom det har en direkt inverkan på kundlojaliteten. En nöjd kund bidrar således i högre utsträckning till samproduktionen av tjänsten vilket höjer kvaliteten, och kunden återkommer även i högre utsträckning till vårdgivaren. Men för att bygga långvariga och tillfredsställande relationer mellan vårdkonsumenter och producenter måste det även finnas en meningsfull kommunikation dem emellan (O'Connor & Shewchuck 1995; Nordgren 2004, sid. 115).

## 4.5 Kvalitet och konkurens

Jan E. Persson och Ulrika Westrup menar att alla tjänsteverksamheter innefattar någon form av mänsklig interaktion och i många fall även personliga möten (2005, s. 106 ff.). De skriver att sådana personliga möten är oförutsägbara och konstrueras i samspelet mellan parterna i mötet. Detta medför att kvalitet och effektivitet avgörs av hur mötet blir och hur personalen agerar. Vidare menar Persson och Westrup att tjänster som innefattar en transformering av människor medför en moralisk förpliktelse, det är viktigt att mötet och tjänsten blir anpassad efter individen för att undvika negativa konsekvenser (ibid.).

Kvalitet är att göra rätt saker på rätt sätt för sina kunder och syftet med kvalitetsarbetet är att förbättra vårdens kvalitet för kunden, samt att garantera en effektivare användning av resurserna. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Socialtjänstlagen (1980:620) formuleras detta: "Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (31 §). Insatserna inom Socialtjänsten skall vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (7a §)" (socialstyrelsen.se). Nordgren (2009) menar att man bör använda sig av faktorer som livskvalitet, upplevd hälsa, minskade väntetider, förtroende, tillgänglighet, information, samt minsta möjliga lidande och dödsfall för att definiera kvalitet och produktivitet.

Hur man väljer att arbeta med kvalitetssäkring är upp till varje enskild verksamhet, men Socialstyrelsen har till stöd för kvalitetsarbetet gett ut föreskrifter och råd - SOSFS 1996:24 och SOSFS 1998:8 (socialstyrelsen.se). Vårdavtal och kundens valmöjligheter är exempel på kvalitetssäkringsinstrument eftersom kunden kommer välja den leverantör som erbjuder bäst kvalitet och service (Arvidsson & Jönson 1997, s. 68). Man pratar om olika perspektiv på kvalitet inom vården - den medicinska kvaliteten och servicekvaliteten. Den medicinska kvaliteten ligger på vårdproducentens bord och är ofta svår att uppfatta för kunden. Servicekvaliteten däremot innefattar sådant som direkt berör kunden, som t.ex. bemötande och tillgänglighet (ibid. s. 66 f.).

När kunder väljer tjänster går de enligt Lovelock och Wirtz genom olika steg fram till köpbeslutet (2007, s. 38 ff.). Det första steget är innan tjänsten utförs, då kunden uppmärksammar sitt behov, letar information och utvärderar de tillgängliga alternativen. I denna fas skapar kunden förväntningar inför vad som komma skall. Nästa steg är när själva servicemötet tar plats. Lovelock och Wirtz pratar om high contact- och low contact services, där hälsobranschen hör till den första kategorin (2007, s. 50 ff.). Kontakten mellan kund och producent är avgörande för hur tjänsten ska levereras och tas emot av kunden. Även indirekt kontakt spelar roll för hur kunden bedömer mötet, så som reklam, telefonsamtal och andra kunders uppfattningar om företaget. Det tredje steget kommer efter tjänsten utförts och innefattar en utvärdering från kundens sida gentemot förväntningarna. Här avgörs om kunden kommer att återkomma eller inte (ibid.).

Enligt Hardeep Chahal ger god service lojala kunder vilket leder till ökad lönsamhet (2010, s. 348). Nöjda kunder rekommenderar tjänsten vidare till andra vilket generellt ses som mer trovärdigt än traditionell reklam från företagets sida. Lovelock och Wirtz kallar detta word of mouth och menar att detta försiggår även under servicemötet. Därför är kvaliteten på mötet mellan kunden och producenten något man borde arbeta med att förbättra (Lovelock & Wirtz 2007, s. 172). Även Angela Hausman (2004) och Richard M Shewchuk och Stephen J O'Connor (1995) menar att relationen mellan kund och vårdgivare spelar en stor roll för kundnöjdheten. Vidare säger de att eftersom konkurrensen inom hälso- och sjukvården hårdnar och kraven på effektivitet blir allt tuffare är nöjda kunder och servicekvalitet av stor vikt. Tillika skriver Dennis J. Scotti, Joel Harmon och Scott J. Behson (2009) att ett kundorienterat klimat är en av nyckelfaktorerna för att uppnå en ökad upplevd servicekvalitet, kundnöjdhet och en ökad effektivitet. De definierar ett kundorienterat klimat som den vikt serviceproducenterna lägger vid kundernas behov och förväntningar i förhållande till organisationens tjänsteerbjudande. O'Hagan och Persaud menar att en god vård inte är lika med god service i vårdsituationer utan att god service bör definieras som att förbättra kunders upplevelser så att deras förväntningar möts (2008, s. 27). Fördelar med en god service är enligt dem att det uppstår mindre fel i vården vilket minskar kostnader, ger nöjdare och mer lojala kunder (ibid.). Som kontrast till detta skriver Dag Norén (2005) att ett vanligt synsätt inom hälso- och sjukvården är att vara restriktiv med vårdtjänsterna, något som sker genom t.ex. remissförfarande där kunden måste gå genom flera led för att komma till en specialist. Han menar att vårdproducenterna visar ett svagt intresse för att arbeta med information och upplysning gentemot kunderna eftersom det finns en tro att efterfrågan skulle eskalera om man är för serviceorienterad (ibid.).

Kundernas krav på kvalitet, information, valfrihet, delaktighet och medbestämmande har vuxit. Det är viktigt att vården är anpassad efter var och ens individuella behov och önsknings. Det är också viktigt att kunden förstår utbudet så att den kan jämföra tjänsternas innehåll och kvalitet. Det ställer krav på korrekt information och kommunikation från vårdproducentens sida (socialstyrelsen.se).

## **4.6 Yrkesidentitet, kultur och politikens påverkan på motstånd till förändring**

Förändringar tenderar att skapa motstånd i organisationer. En förändring kan ses som en översättningsprocess där en idé om en bättre organisation eller ett mer effektivt arbetssätt blir översatt till konkreta åtgärder (Jacobsen 2005, s. 185 ff.). Förändringar påverkar ofta människor på ett känslomässigt plan och gör i vissa fall att förändringen inte genomförs eftersom man helt enkelt inte vill genomföra den (ibid.). Bakka, Fivelsdal och Lindkvist skriver att förändringar i organisationer alltid möter motstånd (2009, s. 286).

Hälso- och sjukvården är en utpräglad kunskapsorganisation med högutbildade medarbetare och en hög professionaliseringsgrad (jfr Mintzberg 1983, i Bakka et al. 2006, s. 87 ff.). Den organiseras utifrån tre dominerande aktörer: politiker, administration och den medicinska professionen. Hallin och Siverbo (2003) skriver om den hierarki som råder inom den medicinska verksamheten där läkarnas värdesystem är det dominerande. De menar att en historisk förklaring till motståndet inför förändringar efter politiska beslut, är att politikerna och administratörerna kom in långt efter den medicinska professionen. Bakka et al. belyser professionens ovilja till förändring och menar att man måste skapa goda incitament för att främja en sådan (2009, s. 290). Hallin och Siverbo menar också att införandet av marknadsstyrning inom hälso- och sjukvården ligger på mellanchefernas ansvar, vars hierarki blandas in i både den medicinska och administrativa domänen (2003, s. 55 ff.). Dessa chefer ska företräda arbetsgivaren och ansvara för verksamhetens resultat där effektivitet och lägre kostnader är det som eftersträvas (ibid.). Norén (2005) beskriver att management och organisationens betydelse ökar i takt med högre krav från hälso- och sjukvårdens kunder. Han menar att detta sker på bekostnad av den medicinska professionen och kommer som ett svar på de utmaningar hälso- och sjukvården står inför då det gäller omvandlingen mot en mer tjänste- och serviceorienterad organisation (ibid.). Dessa politiska styrförsök är ett uttryck för maktutövning som fungerar bäst då den inte syns men måste legitimeras för att inte möta motstånd (Clegg et al. 2007, s. 171 ff.; Bakka et al. 2009, s. 284). En annan anledning till

problem att genomdriva politiska förändringar är enligt Jacobsen den politiska instabilitet som råder i världen (2005 s. 66 f.). Han menar att trenden går mot en fragmentering, fler olika partier och en utjämning av makt mellan dem, vilket leder till svårigheter att utforma lågsiktiga politiska mål och ramverk. Organisationer måste då förhålla sig till ständiga politiska förändringar (ibid.).

Birgit Pingel och Hans Robertsson fann i sin undersökning av identitet och position inom vården att sjuksköterskor generellt ställer sig negativa till ekonomiska och administrativa styrsystem (1998, s. 53 ff.). Sjuksköterskor anser att besparingar i slutändan kommer drabba kunden och dem "på golvet", inte läkarna eller administrationen (ibid.). En allmän observation Pingel och Robertsson gjorde var att sjukvårdspersonal allmänt menade att de som styr hälso- och sjukvården har dålig förståelse för verksamheten (ibid. s. 56). Vidare menar Sigvard Rubenowitz att ledningen måste ta medarbetarnas åsikter om förändringen i beaktning om insatsen ska bli framgångsrik och vinna acceptans (2004, s. 116).

Yrkesidentitet definieras som "den bild den enskilde har eller får genom erfarenhet av och reflexion över sig själv i ett yrkesmässigt sammanhang och som förmedlas till betraktaren i tal och handlingar" (Pingel & Robertsson 1998, s. 59). Barnmorskeyrkets historia sträcker sig långt bak i tiden då barnmorskorna var de första yrkeskvinnorna inom vården (Qvarsell 1991, s.116 ff.). Rädslan för att förlora sin identitet är en orsak till motstånd mot förändring och bygger på den känslomässiga energi individen har investerat för att bygga upp identiteten (Jacobsen 2005, s. 197 f).

Företagskultur används för att beskriva de normer och värderingar som finns i ett företag. Den påverkar hur personalen utför saker, hur de tänker och vilka mål de strävar efter. Det är ett mönster av gemensamma värderingar inom en organisation (Grönroos 2002, s. 393; Bakka et al. 2009, s. 126 ff.).

Grönroos menar att motståndet oftast beror på attityder och bristande kunskap (2002, s. 404). O'Hagan och Persaud (2008) menar att en kundfokuserad organisation byggs upp genom att arbeta aktivt med dessa två kriterier. För att förändra kulturen och attityder krävs enligt Jacobsen att det sker en omlärning i organisationen och av individerna (2005, s. 122).

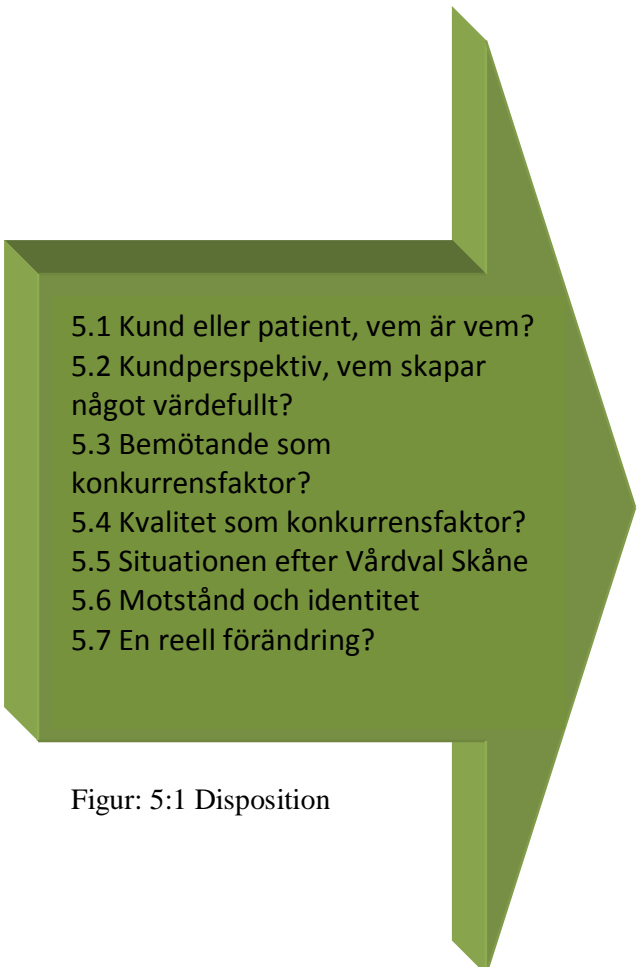
Ikujiro Nonaka definierar fyra former av lärande: socialisering, internalisering, externalisering och kombination (1994, s, 19 f.). Detta bygger på att kunskap kan vara tyst eller uttalad och lärs in på olika sätt. Nonaka definierar en inlärningsprocess som en spiral där det hela tiden sker en dynamisk process mellan tyst och uttalad kunskap samt internalisering och externalisering (ibid.). Pernille Eskerod och Hans Jorgen Skriver menar att kulturen i en organisation kan hämma kunskapsgenerering och försvåra en omlärningsprocess (2007, 118

ff.). Detta medför att organisationen inte enbart kan arbeta med att uppmuntra kunskapsgenerering utan även måste titta på vilka grundläggande antaganden som finns i organisationen och hur kulturen påverkar medarbetarna (ibid.).



## 5. ANALYS

*I följande avsnitt avser vi analysera insamlad empiri och koppla den till tidigare redovisad teori. Genom empirin utkristalliserades vissa teman som vi har valt att strukturera analysen efter. Vi börjar med att analysera barnmorskornas syn på kund- och patientbegreppen, för att sedan analysera hur detta påverkar kundfokus i organisationerna utifrån redovisad teori kring värdeskapande och samproduktion. Vidare analyseras effekterna av vårdalet och konkurrenssituationens inverkan på barnmorskornas bemötande och service. Genom hela analysen kommer barnmorskornas diskurs att analyseras i förhållande till den ekonomiska diskursen. Sist analyseras motstånd mot förändring och politiska beslut samt effekterna av förändringen i förhållande till yrkesidentitet och andra teorier kring motstånd.*

- 
- 5.1 Kund eller patient, vem är vem?
  - 5.2 Kundperspektiv, vem skapar något värdefullt?
  - 5.3 Bemötande som konkurrensfaktor?
  - 5.4 Kvalitet som konkurrensfaktor?
  - 5.5 Situationen efter Vårdval Skåne
  - 5.6 Motstånd och identitet
  - 5.7 En reell förändring?

Figur: 5:1 Disposition

### 5.1 Kund eller patient, vem är vem?

Intåget av ett marknadstänkande med kundfokus i vården kommer av politiska beslut. Syftet med detta är att skapa valfrihet och en aktiv kund som ska öka effektiviteten och kvaliteten i vården (1177.se). Kundperspektiv innebär att kundens värdeskapande är i centrum och verksamheten ska anpassas till den enskilda kundens önskemål (Nordgren 2009). En kund definieras som någon som köper en tjänst och som är aktiv i processen, befinner sig i en värdeskapande process och söker lösningar som gynnar detta (Grönroos 2002, s. 14). Barnmorskorna som deltagit i undersökningen menar att ordet kund inte passar för att benämna de personer som kommer till dem. De flesta av barnmorskorna tycker inte heller om ordet patient eftersom det innebär någon som är sjuk och söker vård, vilket inte stämmer överens med de människor som besöker barnmorskemottagningar (jfr Nordgren 2004; Hagberg & Rybo 2007). Barnmorskorna menar att de sysslar med friskvård och att det svenska språket inte har något bra ord för den som konsumerar denna typ av tjänster.

*“Ja jag använder varken patient eller kund... utan jag använder, tilltalar ofta med namn och när jag skriver journal skriver jag namnet på patienten... patient”* BM 9

*“En patient för mig är en sjuk person men våra patienter är inte sjuka... så jag är ju lite kluven med vad jag säger, men det blir ju mer och mer att man säger kvinnan idag och familjen... men det sitter djupt rotat att man säger patient”* BM 2

Uttalandena visar på en ambivalens hos barnmorskorna där traditionen att säga patient sitter djupt rotad samtidigt som de egentligen inte tycker att begreppet patient passar. Barnmorskornas uppfattning om ordet stämmer väl överens med definitionen av en patient som svag och sjuk men de vill inte gärna ersätta ordet patient med kund (jfr Nordgren 2001, s. 4; Hagberg & Rybo 2007). Det råder således en konflikt mellan diskurserna (jfr Nordgren 2004). Patientbegreppet är en del av barnmorskornas kultur och yrkesidentitet, enligt barnmorska 6 är patient något man säger av vana. Hon menar däremot att det kan vara på väg att förändras och tror att den yngre generationen och de nyutexaminerade barnmorskorna på ett mer naturligt sätt använder andra begrepp än patient. Flera av respondenterna tror dock att det kommer ta tid att ändra på språkbruket. Detta är något som styrks av vår mailkorrespondens med universiteten och Barnmorskeförbundet:

*“Jag tror att vi genomgående kallar den gravida kvinnan för patient av gammal tradition. Blivande mamman förekommer nog också vad det gäller de mer föräldraförberedande insatserna i våra möten med blivande föräldrar.”* Barnmorskeförbundet

*“Jag personligen betonar väldigt starkt att vi/barnmorskor ska prata om kvinnor och familjer och inte patienter. Inte heller kunder. /- - / Således kommer det ut en hel del nya barnmorskor från Lunds universitet som tänker "kvinnor" respektive blivande eller nyblivna mammor. Hur de sedan fortsätter med det är svårt att säga om de kommer till en arbetsplats där ordet "patient" är gängse. Jag tycker det är viktigt att INTE säga patient.”*

Lunds universitet

Barnmorska 8 menar att en patient är behövande och ser den som kommer till henne som någon som söker hennes expertis och hjälp. Detta menar hon gör att kundbegreppet inte passar eftersom det underminerar hennes position i förhållande till kunden. På samma sätt ser barnmorska 10 på patient- och kundbegreppet. Hon använder ordet patient eftersom hon anser att de som kommer till henne är patienter. Vidare talar hon dock om vikten att individanpassa den vård hon ger, att ge individuell information till kvinnorna och poängterar att de inte är en

homogen grupp. Barnmorska 10 menar alltså till skillnad från många andra av barnmorskorna att ordet patient inte innebär något problem eftersom hon ser sina tjänster som vård.

Arthur Wittich, Jennifer Junnila och Jerome Buller (2003) anser att man bör hålla fast vid ordet patient eftersom det tillåter människan att vara sårbar och ta tid. Barnmorskorna verkar ha samma syn på kvinnorna som kommer till dem, de är ofta oroliga och behöver råd och stöd. Barnmorskans expertis behövs för att kvinnan ska ha en bra graviditet eller ett bra preventivsamtal. Trots detta är som sagt barnmorskorna inte helt överens om att behålla ordet patient. Samtidigt kopplar barnmorskorna ordet kund till en köp och sälj relation vilket medför en svårighet när det gäller att skapa relationer (jfr Wittich et al. 2003). De ser köp och säljrelationen som en snabb affär där de i sin yrkesroll skulle bli tvungna att ta ett steg tillbaka, låta kunden bli aktiv och sälja den tjänst kunden vill ha. Synen på kunden som orolig, sårbar och behövande skapar en motsättning i barnmorskornas diskurs där varken ordet patient eller kund passar in.

*“/.../ ordet kund har jag aldrig kunnat förlika mig med när det gäller vård för då är det något som man köper... för det är inte så att man säljer en kunskap eller en vara och sedan är det över utan en människa som mår bra när den väntar barn de ger ju så mycket mer än att bara köpa och sälja” BM 9*

Barnmorska 2 har, som många av de andra respondenterna, arbetat länge på lasarettet och menar att detta påverkar varför hon säger patient. Detta är något som flera av dem uttryckte, att de har med sig begreppet patient sedan gammalt och att det är en vana att använda ordet. Barnmorska 7 försöker däremot använda begreppet kund och definierar sina klienter som vädeskapare, men berättar att ordet patient ibland “slinker in” i hennes språkbruk utan egentlig innebörd.

*“Det är erfarenheten som man har med sig i bagaget och hur man har benämnt dem tidigare /.../ på lasarettet är det generellt patienten... oavsett de är sjuka eller inte” BM 2*

På frågan hur barnmorska 1 ser på kundbegreppet fick vi svaret:

*“För mig är det en patient. Patienten är ju en kund också eftersom det genererar pengar till mig. Ju fler kunder och patienter jag har desto mer pengar tjänar jag.” BM 1*

Barnmorska 1 ser alltså begreppen kund och patient som synonyma. Eftersom hon är egenföretagare ser hon även de ekonomiska förtjänsterna som är kopplade till kunderna. Hon

verkar däremot inte lägga något annat värde i kundbegreppet, så som värdeskapande eller medproducent (jfr. Nordgren 2004, 2005; Hagberg & Rybo 2007). Barnmorska 5 likställer även hon begreppen patient och kund. Hon arbetar inom offentlig verksamhet som teamledare för tre enheter. Till skillnad från barnmorskorna i den privata vården verkar hon dock inte lägga något ekonomiskt värde i kundbegreppet.

Generellt ser barnmorskorna kunderna som välinformerade och aktivt väljande, vilket ställer krav på ett personligt bemötande (jfr Nordgren 2004, 2005; Hagberg & Rybo 2007; Hallin & Siverbo 2003; Chahal 2010).

Sammanfattningsvis kan sägas att barnmorskorna som deltagit i vår undersökning generellt använder ordet patient, fast utan egentlig innebörd. De ställer sig negativa till ordet kund eftersom de sammankopplar det med konsumtion samt att de upplever att en köp/säljrelation underminerar deras yrkeskompetens. Trots motvilja till kundbegreppet ser de ändå kunden som väljande och aktiv. Vi ser ingen skillnad här mellan offentlig och privat verksamhet.

## **5.2 Kundperspektiv, vem skapar något värdefullt?**

Normann beskriver kunden som en medproducent av värde som köper redskap för att själv kunna utföra tjänster (2001 s.116 ff.). Han menar att detta skapar förutsättningar för att rationalisera verksamheter och utnyttja resurser på ett mer effektivt sätt. Vidare talar Normann om olika perspektiv på tjänster, det frigörande och det underlättande perspektivet. Genom att på olika sätt arbeta med att informera kunderna använder sig barnmorskorna av ett underlättande perspektiv, vilket Normann anser vara det perspektiv hälso- och sjukvården bör utgå ifrån (ibid.). Barnmorska 4 menade att hon inte kan tvinga hennes kunder att ta till sig den information hon ger dem. Det är bara den blivande mamman som kan förändra sin situation (jfr Grönroos 2004, s. 235). Genom detta visar barnmorska 4 att hon utgår från ett underlättande perspektiv då hon menar att kunden själv måste göra förändringarna och att barnmorskans funktion är som ett stöd. Det underlättande perspektivet kan även kopplas till Nordgrens syn på kunden som tar kontroll över sin egen hälsa, vilket han menar resulterar i färre sjukvårdsbesök och minskade kostnader (2005, s. 90 f.).

*“/.../ det hjälper ju inte att jag ska säga till dig att du inte ska dricka Coca Cola... är du inte intresserad av det gör du ju inte det, utan istället motivera patienter. Nu är det ju inte patienter, det är ju kunder men det gamla begreppet är ju patienter. Men det är väl först och främst för att få ett så bra samarbete som möjligt” BM 4*

Värde skapas i mötet mellan kunden och barnmorskan, men inte förrän kunden bidrar med nödvändiga resurser till processen och de tillsammans använder den kunskapen för att skapa värde (Lusch et al. 2008, s. 347 i Chahal 2010; Nordgren 2009). Om kunden inte vill ta till sig barnmorskans råd och kunskap menar barnmorska 4 att det inte skapas värde ur den tjänst hon tillhandahåller. Detta stämmer väl överens med teorierna om samproducerat värde (Normann 2001, Nordgren 2004; Grönroos 2002).

Många av respondenterna beskriver hur de arbetar med tillgänglighet för att tillmötesgå kunden. Vidare talar de om serviceerbjudanden och om kundens önskemål som viktiga för en god vård. Vi tolkar detta som ett sätt för barnmorskorna att möjliggöra och underlätta kundens värdeskapande. Barnmorskorna talar om en kräsen kund som ställer stora krav vilket medför att de måste tillpassa sin verklighet och erbjuda valmöjligheter. Nordgren (2004) och Grönroos (2002) menar att värdet skapas av kunden i dennes processer och inte i producentens process. Detta medför att tjänsten måste utformas efter kundens behov för att den ska bli nöjd. Respondenterna har uttryckt vikten av att sätta kvinnan i fokus, det är hennes behov som ska vara avgörande för hur tjänsten utformas. De anpassar sin verksamhet efter kundens vardag med kvällsmottagning och i vissa fall även helgöppet. Det finns dock en gräns för hur långt barnmorskorna är villiga att gå för att tillgodose kundernas önskemål.

*“/- - -/ det är ju ändå en medicinsk grej vi gör, det är ju ingen nöjestrapp så, att vi går här och /.../”* BM 8

De drar en stark linje mellan vårdkvalitet och servicekvalitet, där de menar att deras professionella omdöme väger tyngre än kundens önskan om extra ultraljud och liknande. Vård- och servicekvalitet är något vi kommer att behandla vidare längre fram.

Flera av de barnmorskor vi intervjuat har berättat att de erbjuder olika typer av aktiviteter, dels för de gravida kvinnorna men även för de blivande papporna, i form av kurser och föräldragrupper med mera. Barnmorska 3 svarar nedan på hur de arbetar idag då branschen är mer konkurrensutsatt.

*“Vårt basprogram utgår vi såklart ifrån men att men vi vill ha det strikt medicinskt plus att vi där efter måste vara kundanpassade... så att vi försöker i möjligaste mån följa den gravida familjen och se vad de bäst behöver /.../ och det har vi ju alltid gjort det är inte nytt med vårdvalet... däremot har vi lagt till lite andra intressanta saker som vi tycker har varit viktigt vi vill erbjuda som pilates, genomgång eller jag ska säga kurs. På flera gånger där vi har gett en värdekupong /.../ har tänkt på papporna. Vi tycker de har varit lite där så vi har lagt till en pappagrupp /- - -. Vi har försökt att hitta vägar som vi vill ge extra som man kanske kan ge som gravid inte tänker på själv.”* BM 3

Barnmorska 3 och 5 uttrycker att det tidigare saknats dessa typer av grupper och kurser, men att mottagningarna utvecklats eftersom det finns en efterfrågan hos kunden. Mottagningarnas utbud av pilateskurser, yoga och pappagrupper kan kopplas till Normanns teori om att främja och utnyttja kundens värdeskapande process (2001, s. 119). Kunden köper inte andra människors tid utan köper verktyg för att kunna skapa sitt eget värde. En pilateskurs kan ses som ett sådant verktyg där kunden inte bara går in med pengar utan även lägger ner sin tid och sina färdigheter i processen. Normann menar att företagen kan involvera kunden fysiskt, känslomässigt eller intellektuellt och på så sätt använda kundens resurser för att öka produktiviteten och kundsamarbetet (ibid.).

En nöjd kund är mer benägen att delge vårdgivaren relevant information och bidrar i högre utsträckning till samproduktionen av tjänsten. För att bygga långvariga relationer måste det finnas en meningsfull kommunikation mellan barnmorskan och kunden (jfr O'Connor & Shewchuck 1995; Nordgren 2004, s. 115). Barnmorska 1 månalar om en fin kontakt med sina kunder. Hon uttrycker att hon gärna ser att kunden kommer till mottagningen för samtal eller frågor. Även Barnmorska 4 understryker vikten av en bra och meningsfull kommunikation.

*“Jag menar om jag hör att det är någon som kommer för cellprov så brukar jag fråga om det är något annat jag kan hjälpa dig med, är det något du vill berätta /.../ så att personen i fråga själv får en chans att berätta vad de vill ha. Ibland så är det ju någon som tycker att undersökningar är jättejobbiga och obehagliga och så och då försöker man prata igenom det lite. De gravida vet ju oftast vad de vill ha och behöver och så, man kan prata runt ganska mycket där också.” BM 4*

Barnmorska 4 säger här att hon försöker skapa en meningsfull kommunikation med kunden och bjuder in till samproduktion och dialog. I detta avseende behandlar hon individen som en kund i ordets rätta bemärkelse, som någon som tar ansvar för sin egen hälsa och bidrar till samproduktionen av värdet. Om hon hade sett på individen som en patient hade hon snarare satt sig i en överlägsen position och ordinerat patienten vad hon som professionell anser att denne behöver (jfr Hagberg & Rybo, 2007).

Sammanfattningsvis kan sägas att barnmorskorna utgår från kundens värdeskapande processer och anlägger ett underlättande perspektiv på verksamheten, vilket enligt teorin främjar och stärker kundens position.

### 5.3 Bemötande som konkurrensfaktor?

Sjukvård är en "high contact service" som enligt Lovelock & Wirtz innebär att människor är i centrum av processen (2007, s. 39 ff.). Detta medför att serviceproducenten måste hantera hela upplevelsen för kunden så att den är tilltalande såväl fysiskt som psykiskt. Bemötandet och tillgänglighet är två nyckelfaktorer när det gäller service kvalitet (Arvidsson & Jönsson 1997, s. 68).

*"Ja man smörar mer... Det gör man, men det är ju inte så att det är en uppoffring att smöra. Det är det ju inte, det är ju sån man är /.../ men det är klart man är lite extra mån om sina patienter. Jag var ju mån om dem på lasarettet med, men nu naturligtvis, jag tänker ju lite mer på dem, visst det gör jag, det är ett annat tänk" BM 2*

Barnmorska 2 uttalar här att hon är mer medveten om konkurrenssituationen efter vårdvalet och att den påverkar hur hon bemöter sina kunder. Hon menade att vårdvalet medfört att hon "smörar" mer för sina patienter eftersom hon är mån om att de ska vara nöjda och komma tillbaka. Persson och Westrup menar att kvaliteten på en tjänst avgörs av personalens bemötande (2005, s.166 ff.). Relationen mellan kund och vårdgivare är viktig för kundnöjdheten (Hausman 2004; O'Connor & Scewchuk 1995). Även under intervjun med barnmorska 5 framkom det att verksamheten påverkats av den ökade konkurrensen. Hon menar att de bl.a. försökt inreda ett trevligt väntrum, eftersom hon tror att första intrycket kan vara avgörande för om kunderna väljer just den mottagningen istället för en annan. Hon berättar också om att de utökat sina öppettider, har drop-in vissa dagar och föräldrakurser. Även barnmorska 7, som är verksamhetschef på en nyöppnad mottagning uttryckte en medvetenhet om betydelsen av en tilltalande miljö för kunden och att hela upplevelsen påverkar kundens val av mottagning. Detta kan ses som ett tecken på att barnmorskorna är medvetna om att hela upplevelsen påverkar kundens uppfattning om verksamheten, vilket stämmer väl överens med teorin om "high contact services" (Lovelock & Wirtz 2007, s. 39 ff.).

Lovelock och Wirtz menar att det är viktigt att företagen arbetar med kvaliteten i servicemötet för att positiv word of mouth ska spridas, något som både de och Chahal (2010) hävdar vara mer trovärdig än traditionell reklam (2007, s. 172). Många av respondenterna menar att det i och med vårdvalet blivit en förändring i det avseendet, då de upplever en hårdare konkurrens om kunderna idag. Kunderna inom vården är mer kräsna idag vilket kräver att vårdföretagen kommunicerar och ger information på ett korrekt och lättillgängligt sätt (Hausman 2004; O'Connor & Shewchuk 1995; socialstyrelsen.se). Verksamheterna måste

idag vara mer observanta på att kunderna vill kunna jämföra utbudet på marknaden, bilda sig en egen uppfattning och göra ett aktivt val (socialstyrelsen.se). Barnmorskorna menar att Internet och word of mouth är de viktigaste kanalerna för att nå kunder. Barnmorska 9 använder sociala nätverk för att nå kunder och profilera sig och många skapar även tjänsteerbjudanden för att profilera sig, så som t.ex. pappa-kurser, yoga och gympa. Detta är ett sätt att sticka ut och erbjuda ett mervärde som kan vara avgörande för kundens val av mottagning.

*“Jag tror att alla försöker hitta sin nisch och profil. I synnerhet bland de privata. /- -/ vi har till exempel valt att vi allihopa försöker arbeta en kväll i veckan, till åtta, för att försöka tillgodose behovet. Det vill säga, våra inskrivnas önskemål”* BM 4

De olika barnmorskemottagningarna menar att det är viktigt att profilera sig för att locka kunder eftersom det finns en överetablering på marknaden. Detta innebär att konkurrensen är hård och endast de som lyckas förmedla en attraktiv profil och leva upp till kundernas förväntningar kommer att överleva. Barnmorska 1 förklarar hur vårdvalet och konkurrensen har påverkat verksamheten så här;

*“/.../ det kanske är fler som kollar upp vad det finns för olika typer av mödravårdscentraler. Vi har våra hemsidor som vi har krav på att ha, och då kanske de sitter och jämför hemsidorna och säger att ”ja men det är nog bättre än det”, så att, ja, det måste påverka verksamheten. Så det gäller ju att ha en hemsida som tilltalar”*

BM 1

Alla mottagningarna har hemsidor, som enligt barnmorskorna är ett krav från regionens sida. Hemsidorna kan ses som positivt både ur kundernas och ur producentens sida. Det har underlättat för kunden när det gäller att hitta och jämföra bland utbudet, vilket enligt Lovelock och Wirtz är steg ett i kundens köpprocess (2007, s. 38). Det har samtidigt gett mödravårdscentralerna ett effektivt sätt att kommunicera sin profil och sitt budskap. Normann beskriver att ekonomin har förändrat rollerna mellan tjänsteleverantören och kunden beroende på att affärslandskapet är mer servicebetonat vilket kräver en tätare samproduktion av tjänster och service (2001, s. 116 ff.). Han menar att organisationerna har möjlighet att utnyttja den virtuella världens tid och rum på ett nytt sätt som kan skapa nya möjligheter att differentiera sig på. Detta innebär att resurser utnyttjas till fullo och att man har chans att skapa nya nätverk. Teorin visar därmed att man kan utnyttja Internet för att differentiera sig och konkurrera på marknaden. Med en hemsida som tydligt kommunicerar företagets budskap kan



man också inbjuda kunden till en tätare samproduktion av tjänsten samt ge service till kunden redan innan denne använder tjänsten. Detta menar Lovelock och Wirtz (2007) är avgörande för hög kvalitet, eftersom vårdgivaren måste hantera servicen redan innan tjänsten konsumeras.

Barnmorskorna uttrycker också att konkurrensen påverkat dem på så vis att de försöker anpassa bemötandet och öka tillgängligheten för kunderna. Således har politikernas intention med vårdvalet varit framgångsrik då meningen var att stärka kundens position, öka konkurrensen samt skapa bättre tillgänglighet (LOV 2008:962). Generellt bland de barnmorskor vi intervjuat är tillgänglighet en viktig konkurrensfaktor. Även de barnmorskor som ställde sig negativa till ordet kund och hellre valde att benämna den vårdsökande som patient, var av åsikten att tillgänglighet är en viktig konkurrensfaktor.

*“Sen som sagt, jag försöker svara på mailen inom en timme när jag är här. Tvekar inte på att ringa upp om det är nåt sånt. Så att de som går hos mig, de vet om att jag finns här. Det tror jag många är ganska frustrerade på i sjukvården, när man inte kommer i kontakt. Och då börjar man Googla och sen så är loppet kört.”* BM 4

Detta uttalande styrker vår tes om tillgänglighet som en viktig konkurrensfaktor och visar att ordet patient, som definierats som den som väntar, tål och lider, inte passar för att benämna den vårdsökande. Det visar även en inneboende konflikt hos barnmorskan, då hon uppfattar informationen på Internet som ett hot mot hennes yrkeskompetens eftersom det finns många sidor som inte är faktagranskade. Barnmorska 4 vill vara tillgänglig och underlätta för sina patienter, samtidigt som hon framhäver sin kunskap som överlägsen kundens. Detta förfarande stämmer inte överens med kundperspektivet där kunden ska delges information och bidra med sådan för att servicemötet ska vara så givande som möjligt för båda parter (jfr Nordgren 2009; Normann 2001; Hallin & Siverbo 2003). Att information finns lättillgänglig idag är enligt barnmorskorna ett problem eftersom de menar att det skapar onödig oro då kunderna inte har tillräcklig kompetens för att tolka informationen rätt. Barnmorskorna menar dessutom att det finns felaktig information på Internet, som medför att de får ägna mycket tid åt att lugna oroliga kunder. Teorin menar däremot att lättillgänglig information är något positivt som stärker kundens position och gör denne förmögen att fatta egna beslut (jfr Normann 2001, s. 119 ff.; Nordgren 2004, s. 90 f.). Anledningen till varför man vill ha ett system där kunden har större makt är för att skapa en situation där vårdgivare tvingas öka sin kundorientering, sin service och sin kvalitet för att de ska vara konkurrenskraftiga och överleva på marknaden. Norén (2005) menar att vårdpersonal tenderar att undanhålla

information från kunden eftersom de är rädda att efterfrågan ska eskalera. Vissa av barnmorskorna uttrycker en oro för detta och ställer sig restriktiva till t.ex. extra ultraljud. De menar att Internet skapar oro och kan öka efterfrågan på deras tjänster och de ser det som sin uppgift att informera kunden om vad som är god vård för att inte skapa onödig efterfrågan. Här kan man se att ett gammalt tänk från de offentliga verksamheterna ligger kvar hos barnmorskorna, då ett restriktivt förhållningssätt inte stämmer överens med politikernas intentioner med vårdvalet, nämligen bättre tillgänglighet för kunden.

Sammanfattningsvis är bemötandet en stor del av barnmorskornas arbete för att skapa en god vård som leder till konkurrensfördelar. Barnmorskorna är väl medvetna om hur bemötande påverkar kunden och att ett gott bemötande genererar nöjda kunder som sprider positiv word of mouth. Det finns dock en oro och en negativ inställning till allt för välinformerade kunder eftersom det kan underminera barnmorskornas kompetens och skapar en ökad efterfrågan.

## 5.4 Kvalitet som konkurrensfaktor?

Arvidsson och Jönsson menar att vårdval och valfrihet är ett kvalitetssäkringsinstrument som stärker individens roll och att sjukvården som helhet effektiviseras och förbättras av detta (1997, s. 63 ff.). Barnmorskorna gav uttryck för att kvalitet avgörs av deras egna arbetsinsatser och yrkeskompetens, vilken de menar är oförändrad i och med vårdvalet. Vårdval Skåne infördes bl.a. för att öka kvaliteten inom mödrahälsovården och god kvalitet är enligt Socialstyrelsen att göra rätt saker på rätt sätt för sina kunder (socialstyrelsen.se). Under intervjuerna fick barnmorskorna svara på vad de anser att kvalitet är. På denna fråga svarade de alla ungefär likadant och detta kan sammanfattas av barnmorska 6:s uttalande;

*“/.../ det är ju jättemycket att det ska bli ett bra möte för patienten när hon kommer hit och att det ska bli den absolut bästa vården och att hon ska få svar på sina frågor och så och att hon ska känna sig trygg. Det är det ju det är det absolut viktigaste.” BM 6*

Arvidsson och Jönsson (1997) talar om vårdkvalitet och servicekvalitet som två skilda saker och menar att vårdkvaliteten är svår för kunden att bedöma. Barnmorskorna är av samma uppfattning och har uttalat en oro för att servicekvaliteten ska bli viktigare än den medicinska kvaliteten i när det gäller att nå konkurrensfördelar.

Persson och Westrup pratar om kvalitet i människonära tjänster som avgörande av det individuella mötet mellan människor (2005, s. 106 ff.). De menar att varje möte bör

anpassas efter individen för att skapa en god kvalitet eftersom en människonära tjänst innefattar en transformering av individen (ibid.). Barnmorskorna är överens om att kvinnan ska vara i centrum av tjänsten och många menar att det är viktigt att anpassa tjänsten efter den enskilda individen. Utifrån Persson och Westrups syn på kvalitet arbetar barnmorskorna med att individanpassa mötet för kvinnan och skapar således förutsättningar för en god kvalitet (2005, s. 106 ff.).

Nordgren (2009) menar att kvalitet och produktivitet utgår från samma faktorer, bl.a. tillgänglighet och upplevd hälsa. Socialstyrelsen menar att kvalitet innebär att förbättra för kunden, samt att garantera en effektiv användning av resurser (socialstyrelsen.se). Att effektivt använda resurser är något barnmorska 7 uttryckte var positivt med privata mottagningar:

*“Det är ju besparande. Men ger inte sämre saker, men man tänker till, verkligen, vad man behöver. Det är en plattare organisation som gör att det är inte så mycket chefer som kostar mycket pengar och vi jobbar alla med samma saker hela tiden. Så att det kostar mindre pengar tycker vi.” BM 7*

Barnmorska 7 uttryckte också i intervjun att hon känner sig mer delaktig i en mindre, privat organisation jämfört med inom den offentliga verksamheten, samt att kunden betyder mer för dem nu eftersom den har en direkt inverkan på verksamhetens resultat. Detta genererar en högre kvalitet på tjänsten och en effektivare användning av resurserna vilket visar att Hanssons teori om att en slimmad organisation har bättre förutsättningar att implementera ett kundperspektiv stämmer (2004, s. 28). Det kontrasterar samtidigt mot Brorström, Hallin och Kastbergs (2000) resonemang om politiska åtgärder som inte bidrar till ökad effektivitet och det samhälleliga värdet.

Sammanfattningsvis kan sägas att kvalitet för barnmorskorna utgår från den medicinska aspekten där trygghet och kunskap är centrala begrepp. Till viss del kopplas servicekvalitet till den totala kvaliteten, i vilka fall tillgänglighet och bemötande är de viktigaste faktorerna. Barnmorskorna värnar dock om sin ställning i relation till kunden vilket innebär att de inte till fullo bjuder in dem till medproduktion av tjänsten.

## **5.5 Förlösande konkurrens efter Vårdval Skåne?**

Organiseringen av hälso- och sjukvården är uppdelad i tre domäner: en politisk, en administrativ och en medicinsk domän. Den medicinska verksamheten har historiskt sett haft högst rang i hierarkin vilket kan förklara varför professionen varit negativ till att genomföra

förändringar som kommer från politiska beslut (Hallin & Siverbo 2003, s. 63 f.). Införandet av ett kundperspektiv och av Vårdval Skåne är ett initiativ från politikernas sida för att försöka stärka kundens position, öka konkurrensen och effektiviteten samt bidra till en bättre service och kvalitet (LOV 2008:962). Vidare kan sägas att sjukvårdspersonal traditionellt upplever kostnadseffektivitet och en god kvalitet som motsatser och är därför generellt kritiska till förslag som innefattar de båda begreppen (Hallin & Siverbo 2003, s. 71). De barnmorskor som uttryckte störst missnöje med förändringen är de två som tidigare arbetat inom och drivit privat verksamhet.

*“Så att jag förstår inte riktigt varför de poängterar just det med vårdval. Likadant mödravården, där har man också kunnat välja var man velat gå någonstans. Och inte heller barnavårdscentralerna. Så jag tycker det är fel att... Det låter väl bra.”* BM 1

Barnmorska 1 ifrågasätter här meningen med förändringen och införandet av Vårdval Skåne, och menar att det bara är tomma ord från politikernas sida.

*“Jag tycker att de gått ut med detta med vårdval som har funnits hela tiden, att det är helt felaktigt. /- - / Det är helt sjukt system, det är förfärligt. /- - / Det är helt och hållet politikerna, det är helt och hållet de som bestämmer. /- - / Hur man rent ekonomiskt ska styra det vet jag inte riktigt. Men den här pengarna tycker jag inte är bra.”* BM 1

Barnmorska 1 uttrycker också en maktlöshet och en upplevelse av att beslut tas över huvudet på dem. Hon är missnöjd med hur vårdvalet utformats och upplever ingen delaktighet i beslutsfattandet. Detta stämmer överens med det Dag Norén (2005) skriver om professionens betydelse, som fått ta ett steg tillbaka till förmån för management och organisationens betydelse då kravet på omstrukturering inom hälso- och sjukvården ökat.

*“I och med vårdvalet så är det fritt... vi har å andra sidan kravet på oss att vi inte kan och får säga nej till någon /.../ och det har förändrat vår verksamhet på det sättet att jag måste flytta och jag har anställt personal. Utifrån en förväntad efterfrågan... hur ska jag kunna veta hur många som kommer söka hos oss?”* BM 3

Barnmorska 3 menar att den ekonomiska ersättning blivit ett problem då vissa besök kostar mer än de får ersättning för. De har flyttat sin verksamhet för att kunna möta efterfrågan, samtidigt som de haft mycket svårt att beräkna hur många som kommer att söka vård hos dem. Barnmorskorna får inte lov att neka någon sökande, utan måste då utöka sin verksamhet.

Hon känner att politikerna försöker lösa problemen med samordning och tillgänglighet genom många barnmorskemottagningar. Hon uttrycker även en känsla av besvikelse och maktlöshet inför det nya styrsystemet då hon upplever att politikerna svikit småföretagarna och att de inte infriat de löften som gavs innan Vårdval Skåne infördes.

*“/- - /och då har ju allting varit ett vacker fagert tal från politikerna att man vill stimulera småföretagarna. Det är ju ett skämt och det fungerar inte, det är precis tvärt om.” BM 3*

Barnmorska 1 och 3 är verksamhetschefer vilket enligt Hallin och Siverbo innebär en pressad situation då deras hierarki blandas in i både den medicinska och den administrativa domänen (2003, s. 55 ff.). De ska således företräda båda sidor. Detta blir problematiskt eftersom den medicinska professionen anser sig ha företräde då deras värdesystem är det dominerande. Det är den medicinska diskursen som är den rådande inom mödrahälsovården (ibid.).

Enligt Brorström et al. (2000) är styrmodeller endast effektiva om de har legitimitet hos ledarna. De påpekar också att politiska styrförsök inte alltid, eller rent av sällan, ger avsedda effekter. Förändringarna genomförs enligt dem, som ett försök att hitta en lösning som uppskattas av andra, snarare än för att skapa ökad effektivitet och öka det samhälleliga värdet. Vi kan dock se att de flesta barnmorskorna vi intervjuat är positiva till vårdvalet och menar att valfrihet är till gagn för kunderna, branschen och samhället i stort. Detta eftersom kunderna gynnas av bättre tillgänglighet och service, barnmorskorna får en chans att öppna en egen verksamhet och utvecklas inom yrket, vilket även kan ses som positivt för samhället i stort då det gynnar kvinnligt företagande. Det kan också komma samhället till gagn genom ökad effektivitet och minskade kostnader. Således skapas många värden; kundvärde, ekonomiska- och samhälleliga värden (jfr Normann 2001).

*“/- - /och sen är det alltid kul med något nytt det har ju varit spännande att öppna denna mottagningen med allt vad det innebär och det har ju varit fantastiskt stimulerande.” BM 6*

De barnmorskor som har en positiv inställning till Vårdval Skåne har trots det invändningar på hur förändringen genomfördes. De menar att informationen var bristfällig och att det gick för fort från att de fick beskedet till genomförandet. Jacobsen talar om att en förändring kräver en översättningsprocess där idén blir till konkreta åtgärder (2005, s. 185 ff.). I detta fall har översättningsprocessen inte fått tillräcklig tid att kunna påverka diskursen.

I fallet med Vårdval Skåne och mödrahälsovården har det övergripande syftet med valfrihet och konkurrens för att uppnå effektivitet nått fram till barnmorskorna. Barnmorska 3 menar dock att konkurrensen inte är fri eftersom de är tvungna att använda ett laboratorium som ingår i avtalet med Region Skåne. Två andra respondenter menade att konkurrensen är snedvriden och att den offentliga vården får fördelar framför den privata. Det finns alltså en känsla hos många av barnmorskorna att resultatet av politikernas beslut inte stämmer överens med syftet med vårdvalet och vad de egentligen ville åstadkomma med förändringen. Olika styrmodeller prövas inom hälso- och sjukvården men inget verkar få optimal utgång. Politiska svängningar påverkar vad som sker inom samhället och vården och organisationer måste förhålla sig till dessa ständiga förändringar (jfr Jacobsen 2005, s. 66 f.). En anledning till att konflikter mellan teori och praktik kan uppstå beror på att man inom mödrahälsovården arbetar med människonära tjänster, och att styrmodellerna är utformade för näringsliv och affärstjänster (Hansson 2004, s. 23 ff.; Persson & Westrup 2005, s. 106 ff.).

Brorström et al. skriver att en av barnmorskornas uppgifter är att samverka med andra vårdgivare, socialtjänst och skola för att sprida information, kunskap och hålla en god vårdkedja kring individen (2000, s. 32 f.). De menar att konkurrens mellan mödravårdcentraler kan leda till en försämring av samverkan eftersom barnmorskorna prioriterar patientarbetet på mottagningen för att klara ekonomiska krav. Barnmorska 6 berättade att vårdvalet lett till att de samverkar med socionomer, förskolelärare och bvc-sköterska på en familjecentral. Detta innebär att de olika professionerna finns i samma lokaler och därför har lätt att prata med varandra och samordna vårdåtgärder kring kunderna. I lokalen finns även en öppen förskola dit föräldrar kan gå på babycafé mm. Som en följd av vårdvalet har alltså en familjecentral skapats för att tillmötesgå kunden och för att se till hela familjens behov. Samverkan har alltså snarare förbättrats i och med konkurrenssituationen. Dock kan nämnas att vi inte vet hur förändringen har påverkat barnmorskornas kontakt med skolorna, men eftersom det finns särskilda ungdomsmottagningar i både Ängelholm och Helsingborg kan det antas att den kontakten sköts därigenom. Barnmorska 7 berättade att de skulle öppna en barnvårdscentral samt att de samarbetar med Helsingborgs lasarett när de gäller ultraljud. Hon menade att det var bättre att ha ett bra samarbete med lasarettet eftersom de har en hög kvalitet och kompetens när det gäller ultraljud. Även i det fallet kan man alltså se att samverkan har gynnats av vårdvalet.

## 5.6 Motstånd och identitet

Motstånd till förändringar bygger på rädsla, exempelvis för att bli av med sin identitet eller sin position i organisationen (Jacobsen 2005). Barnmorskorna är kritiska till att använda begrepp som de förknippar med ekonomi och håller starkt på sin yrkesidentitet, vilken barnmorska 9 talade om som sin egen identitet. Det innebär att identiteten är starkt förknippad med känslor vilket försvårar förändringar (jfr Jacobsen 2005, s. 185 ff.). Alla barnmorskor är i grunden sjuksköterskor vars yrkesidentitet bygger på en lång historia. De är traditionellt sett negativa till förändringar som kommer från politiker vilket beror på att de anser att politiker och verksamhetsledare har dålig insikt i verksamheten (Pingel & Robertsson 1998, s. 53 ff.; Hallin och Siverbo 2003). Det har alltid funnits kvinnor som hjälpt andra kvinnor att föda och barnmorska är det första egentliga kvinnoyrket vilket kan vara ytterligare en förklaring till det starka motståndet mot förändringar (Qvarsell 1991). Barnmorskornas identitet kan alltså förklara deras motstånd till den nya diskursen (se Pingel & Robertsson, 1998). En kund är för barnmorskorna förknippat med en köp/säljrelation vilket indikerar en kortare relation och utesluter deras vårdande och omhändertagande syn på arbetet (jfr Hagberg & Rybo 2007). Kundbegreppet innebär att deras yrkesidentitet blir mer lik en kassörska eller säljare, vilket inte stämmer överens med deras bild av vad en barnmorska är och gör. Under intervjuerna framkom att drivkraften inom arbetet är relationen och mötet med människor, samt förmågan att kunna hjälpa andra. Ingen barnmorska uttryckte att de var intresserade av försäljning eller att de valde yrket av ekonomiska skäl.

Sammanfattningsvis kan sägas att majoriteten av barnmorskorna som deltagit i vår undersökning ställer sig positiva till vårdvalet. Barnmorska 9 menar att det gynnar deras självständiga arbetssätt och ser det som ett positivt steg för att gynna kvinnligt företagande. De som är mest negativa till förändringen är de två barnmorskor som tidigare arbetat i privat regi med egen mottagning och nu upplever en ökad konkurrens från nya etablerare. De uttrycker också en besvikelse gentemot Region Skåne och menar att de misslyckats med att infria vad de lovade.

## 5.7 En reell förändring?

Mödrahälsovården har genomgått en strukturell förändring där ansvaret har flyttats från sjukvården till primärvården och en ackrediteringsprocess har införts för att privata aktörer ska kunna verka på marknaden (jfr Rubenowitz 2004). Detta är en klar och tydlig förändring som går att observera. Förändringen ämnade dessutom skapa en ökad kundorientering med

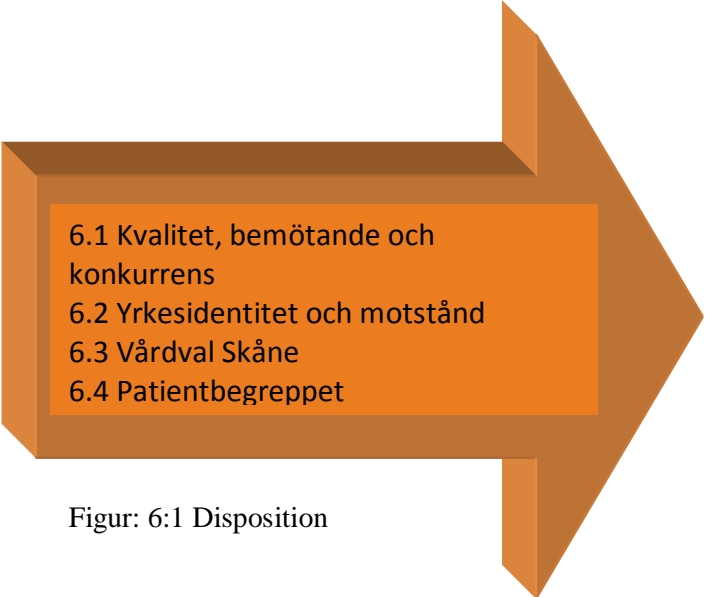
förbättrad kvalitet och service. Barnmorskorna menar att de inte ändrat sitt sätt att se på kunden och att de inte ändrat sitt sätt att agera efter vårdvalet, men säger samtidigt att deras bemötande och service har förändrats i och med den ökade konkurrensen. Barnmorskorna anstränger sig nu lite extra för att få nöjda kunder, de erbjuder ökad tillgänglighet med kvällsmottagning och telefontider samt skapar erbjudanden för att locka nya kunder. De talar om vikten av att profilera sig och att synas i media, samt att ha ett gott rykte för att vara konkurrenskraftiga. Kvinnan och familjens behov ska stå i centrum enligt barnmorskorna och tjänsten ska anpassas till dem.

Barnmorskorna skiljer på medicinsk kvalitet och servicekvalitet och menar att det är viktigt med en god service, men att den medicinska kvaliteten trots allt är viktigast. De ser servicekvalitet som ett sätt att konkurrera eftersom de riskerar att förlora kunder om de inte är trevliga eller har ett fint väntrum. Men den medicinska kvaliteten är upp till barnmorskorna att leverera och avgöra. Av denna anledning menar barnmorskorna att varken ordet kund eller patient passar in på deras besökande. Eftersom de inte är passiva mottagare som patienter, men heller inte helt äger tjänsten och värdet som skapas. Detta leder till att ett kundperspektiv inte fullt ut implementeras i verksamheterna. Trots detta kan vi se att en förändring har skett och att den i verkligheten har lett till ett nytt beteende som tvingats fram genom konkurrens och omstrukturering. Förändringen är reell eftersom barnmorskorna uppvisar ett nytt beteende trots att de grundläggande värderingarna i organisationen verkar vara intakta.

Jacobsen (2005) menar att en förändring inte har skett för än organisationen uppvisar ett nytt beteende. För att åstadkomma en förändring av attityder och kultur som är inlärd beteenden krävs en ny inlärningsprocess - en omlärning (se även Nonaka 1994, s. 19 f.; Eskerod & Skriver 2007, s. 118 ff.). Jacobsen (2005) menar att en förändring som syftar att ändra så väl formella som informella element i en organisation ofta endast lyckas ändra de formella elementen och inte attityder och kultur. Empirin vi samlat in tyder på samma sak då barnmorskorna som har arbetat länge inom yrket menar att man har försökt att ändra språkbruket länge men att ingenting händer. Det finns en vilja från politikernas sida att förändra språkbruket men barnmorskorna tar inte till sig diskursen och i och med det blir ingen reell förändring tillstånd (jfr Jacobsen 2005, s. 109). En förklaring till varför förändringen inte tas emot och påverkar diskurs och attityder kan vara att kulturen verkar hämmande på kunskapsgenerering, vilken är avgörande för om en omlärning ska kunna vara möjlig (Eskerod & Skriver 2007, s. 118 ff.).



## 6. DISKUSSION



6.1 Kvalitet, bemötande och konkurrens  
6.2 Yrkesidentitet och motstånd  
6.3 Vårdval Skåne  
6.4 Patientbegreppet

*I detta avsnitt ämnar vi diskutera teori och empiri i ett vidare sammanhang. De teman som utkristalliserats genom empirin kommer här diskuteras i en lösare struktur.*

Figur: 6:1 Disposition

### 6.1 Kvalitet, bemötande och konkurrens

Service managementlitteratur menar att kunden avgör kvaliteten på en tjänst utifrån dennes upplevelser och kunskap. Här framkommer ett av grundproblemen för att utforma styrsystem och modeller för vården, då de professionella utövarna sitter på stor kunskap medan kunderna och de som ska styra över hälso- och sjukvården inte i samma utsträckning besitter denna kunskap. Vem avgör då vad som är god kvalitet och hur säkras detta? Innebär detta problem att teori från affärsverksamhet inte kan appliceras rakt av på sjukvården och kräver vården i så fall helt egna styrsystem? Informationsasymmetrin som finns inom vården finns i många andra branscher, exempelvis har en hudterapeut större kunskap än kunden om produkter och behandlingar. I sådana sammanhang är det naturligt att kunden avgör kvaliteten utifrån dennes upplevelse trots att hon har sämre kunskap än hudterapeuten. Anledningen till motståndet mot en marknadsekonomisk diskurs tycks då vara specifik för vården eftersom det finns en stark organisationskultur och yrkesidentitet. Organisationen i sig besitter inga hinder för att kunna ta till sig den nya diskursen och styrsystemen, utan det är medarbetarnas motstånd som hindrar implementeringen.

Konkurrensen har påverkat tillgängligheten och bemötandet så tillvida att barnmorskorna lägger större vikt vid dessa faktorer efter införandet av vårdvalet. Vi kan därmed se att konkurrensen har fått önskat utfall utifrån de politiska intentionerna. Vi ser att kvaliteten påverkats så tillvida att servicekvaliteten har ökat, vilket har medfört en ökad total kvalitet. Utifrån teori har vi definierat kvalitet som kundens upplevda värde. Eftersom branschen är hårt kontrollerad när det gäller den medicinska kvaliteten med ackrediteringar och gemensamma kvalitetssäkringssystem, menar vi att den aspekten på kvalitet inte har blivit lidande av konkurrensen. Samtliga barnmorskor menade också att den medicinska kvaliteten inte har blivit påverkad efter vårdvalet. Man kan dock diskutera konkurrensens påverkan när

det gäller ersättningssystem, då vissa besök genererar mindre intäkter för mottagningarna vilket skulle kunna leda till att dessa blir bortprioriterade. Dessutom finns kravet att mottagningarna inte får neka någon sökande, vilket enligt barnmorska 1 leder till fokus på kvantitet. Barnmorska 3 menar att de pressar tiden på vissa besök eftersom ersättningen är för låg. Detta kan leda till att kvaliteten på tjänsten minskar eftersom kundens upplevda värde kan försämrans av barnmorskornas prioriteringar. Här finns incitament till fortsatt forskning och utvärdering av styrsystem inom vården.

## 6.2 Yrkesidentitet och motstånd

Hälso- och sjukvården är en utpräglad kunskapsorganisation vilket innebär att de ofta ställer sig negativa till förändringar från ledning och politiker. Barnmorskorna menar att det finns en risk att kvaliteten på vården kommer minska, eftersom de menar att kunden saknar kunskap att bedöma vad som är bra medicinsk kvalitet. Med vårdvalet har kunden fått ökad makt vilket kan tvinga barnmorskorna att ge efter för kundens krav på tidiga ultraljud mm. vilket enligt barnmorskorna inte är detsamma som hög kvalitet. Vi tolkar denna rädsla som ett uttryck för att barnmorskornas kunskap och den medicinska kvaliteten ska få mindre betydelse än servicekvaliteten. Patientens position förskjuts i och med ett kundperspektiv, vilket kan upplevas som ett hot för barnmorskorna eftersom det även innebär en förskjutning av deras position. Studier har även visat att barnmorskornas yrkesidentitet är starkt sammankopplad med den personliga identiteten. Under intervjuerna fick barnmorskorna svara på frågan om varför de valt yrket, och samtliga svarade att det var mötet med människor och förmågan att kunna hjälpa andra som var avgörande. Ingen barnmorska svarade att hon var intresserad av försäljning eller företagande i första hand, även om några av dem sett Vårdval Skåne som en chans att starta eget. Friheten att bestämma själv över tjänsteutbudet var något som många uttryckte som positivt.

En förändring kräver en omlärning. Diskursen är en del av barnmorskornas kultur och yrkesidentitet och låter sig inte förändras lätt. Vi tror att det finns brister i det initiala skedet av förändringen då barnmorskorna har uttryckt att de fått bristfällig information och för lite tid att smälta och bearbeta innebörden. Beslutet att införa Vårdval Skåne saknar därmed legitimitet och har därför inte lyckats påverka eller förändra diskursen.

### 6.3 Vårdval Skåne

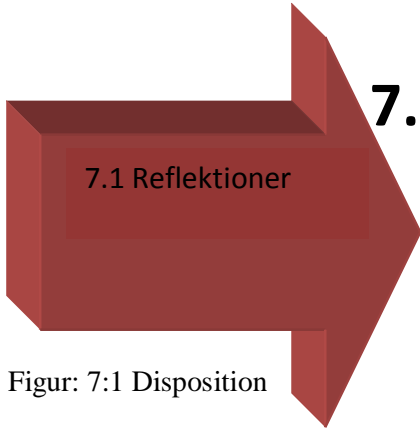
Det är tydligt att Vårdval Skåne är en politiskt genomförd åtgärd och inte något som växt fram underifrån i organisationen. Vårdvalets syfte, att öka konkurrensen och på så sätt öka kvaliteten och kundens medbestämmande, är någonting som har infriats. Vi kan också se andra fördelar med vårdvalets införande, då det främjat kvinnligt företagande och samordningen mellan enheter vilket leder till fördelar för kunden. Detta är inte något vi lagt fokus på i denna uppsats, men något som kan vara föremål för framtida studier. Vidare har vi inte fokuserat på antal yrkesverksamma år eller genusaspekten hos barnmorskorna, men vi har registrerat en skillnad när det gäller svaren utefter respondenternas tid i yrket. Till skillnad från våra förutfattade meningar var det de nyutexaminerade barnmorskorna som höll hårdast fast vid patientbegreppet och betraktade sina tjänster mer som vårdtjänster. Detta kan bero på hur man använder patient- och kundbegreppet på barnmorskeutbildningen samt att de kommer direkt från sjuksköterskeyrket och inte har haft tid att ändra sitt tänk och språkbruk kring kunden. Även detta skulle kunna utgöra grunder för fortsatt forskning utifrån diskurs, kultur och identitet.

De barnmorskor som ställer sig mest negativa till Vårdval Skåne är de två som tidigare bedrivit verksamhet i privat regi. Detta kan antas bero på att konkurrensen ökat och att deras positioner på marknaden har förändrats. De menar samtidigt att valet för kunden har funnits sedan tidigare och ifrågasätter förändringen. De som öppnat mottagningar efter den nya reformen är däremot generellt positiva då de ser det som en chans att utvecklas inom branschen samt att valfriheten för kunden ökat. Det hade varit intressant att återkomma till dessa mottagningar om något år, för att se vilka som klarat konkurrensen på marknaden och hur de har utvecklat sina verksamheter. Vi tror att konkurrensen kommer slå ut de mottagningar som inte har eller skaffar sig ett tydligt kundfokus. Detta eftersom trenden går mot en kräsen och välinformerad kund. Vi tror dessutom att barnmorskornas inställning måste förändras för att bjuda in kunden till full samproduktion vilket är viktigt för att utnyttja kundens resurser och öka effektiviteten. Det medför ett ökat värde för hela samhället pga. minskade kostnader, vårdskador och köer. Vi tror att hela vården skulle gynnas av samproduktion och kundfokus, inte bara mödrahälsovården. Vidare tror vi att det behövs utbildning, diskussionsforum och kunskap för att diskursen ska kunna förändras. Det krävs resurser för att kunna genomföra förändringen så att barnmorskorna känner sig delaktiga i perspektivet, vilket vi anser vara viktigare än att de använder ordet kund. Att arbeta utifrån ett kundperspektiv innebär många fördelar som det är viktigt att ta tillvara på och som barnmorskorna idag inte har kunskap om.

Barnmorskorna menar att kunderna idag mer aktivt söker upp information på hemsidor och liknande för att välja barnmorskemottagning. Däremot framkom det att word of mouth fortfarande är det sätt som effektivast drar kunder till verksamheten, vilket visar på att mycket av den tradition som finns inom mödrahälsovården fortfarande gäller. Det är en bransch som det kommer att ta tid att förändra och som när denna studie utfördes endast befinner sig i startgroparna av förändringsprocessen.

## **6.4 Patientbegreppet**

Patientbegreppet sitter djupt rotat i barnmorskornas diskurs och många uttrycker att de använder det av gammal vana. Detta beror bl.a. på att de alla kommer från en bakgrund inom sjukvården och att det tar tid att ändra ett invant beteende. De anser dock inte att patientbegreppet stämmer överens med de tjänster de erbjuder, eftersom de ser på sin verksamhet som friskvård. Vi ser att patientbegreppet, i det fall där det används, många gånger saknar egentlig innebörd och att barnmorskorna ofta har ett kundperspektiv i sitt bemötande av klienten. Trots det ställer de sig restriktiva till att använda begreppet kund eftersom de sammankopplar det med konsumtion. Vi som kommer från en service managementbakgrund anser att kundbegreppet borde användas eftersom vi menar att värde skapas i samproduktionen mellan vårdgivaren och klienten. Vi ser också att vården kommer att ställas inför stora problem i framtiden då efterfrågan förväntas öka med en åldrande och mer krävande befolkning. Ett kundbegrepp hade kunnat effektivisera vården och skapa värde på många olika plan. Vi är också av den åsikten att kvaliteten på vården hade höjts vid införandet av ett tydligare kundperspektiv, eftersom kvalitet ska utgå från kundens upplevelser. Vi ser inget problem med ordet kund och är av uppfattningen att barnmorskorna tolkar ordet negativt eftersom de inte har tillräcklig kunskap om innebörden och syftet.



## 7. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

*Arbetets slutsatser redovisas här samtidigt som resultatet återkopplas till frågeställningarna. Tillsist följer en reflektion över arbetets gång.*

Figur: 7:1 Disposition

- 1) Hur påverkar vårdvalet barnmorskorna i deras yrkesutövning och hur uttrycker detta sig i mötet med patienten/kunden?

Privatiseringen inom mödrahälsovården och den ökade konkurrensen har bidragit till att barnmorskorna värnar mer om kunden eftersom den är avgörande för verksamheternas fortlevnad. Vi kan även dra slutsatsen att barnmorskorna idag är mer uppmärksamma på vad kunderna vill ha och anpassar sig efter deras önskemål om tider, utbildningar, ultraljud etc. Detta är ett tecken på att mödrahälsovården idag är mer kundfokuserad, där tillgänglighet och bemötande är avgörande konkurrensfaktorer.

- 2) Hur mottas kundbegreppet av barnmorskor inom mödrahälsovården och hur påverkar det barnmorskornas medicinska diskurs?

Barnmorskorna relaterar kundbegreppet till handel och konsumtion, vilket klingar fel i deras öron eftersom det har en ekonomisk koppling. Barnmorskorna har inte tagit till sig kundbegreppet utan använder istället andra ord, som kvinnan, den gravida, sökande eller patient. Kundbegreppet har alltså inte implementerats i barnmorskornas diskurs. Vi kan dock se att en förskjutning av diskursen har skett då många av barnmorskorna menar att ordet patient inte passar för att benämna deras kunder och att det används av gammal vana, men utan egentlig innebörd.

- 3) I vilken utsträckning har kundperspektivet implementerats i mödrahälsovården?

Kundperspektivet finns och är utpräglat inom mödrahälsovården vilket syns i de serviceerbjudanden som mödravårdscentralerna erbjuder kunderna, samt i viljan att sätta kunden i centrum och utgå från dennes behov i det mellanmänniska mötet. Vi drar dock slutsatsen att kundperspektivet inte fullt har implementerats i mödrahälsovården eftersom

barnmorskorna inte är beredda att ge kunden full bestämmanderätt över tjänsten. Detta bottnar i barnmorskornas starka yrkesidentitet. Kunden anses inte ha tillräcklig kompetens för att kunna avgöra vad denne behöver och bjuds därför inte helt in till samproduktion av tjänsten.

## 7.1 Reflektioner

Syftet med arbetet har varit att undersöka hur kundperspektivet konstituerats inom mödravården. Detta undersöktes genom kvalitativa intervjuer. Frågeställningarna utgick från barnmorskornas perspektiv, vilket gör vårt val av metod lämpligt då vi ville undersöka deras åsikter och arbetssätt. För att förstå processer och tankar bakom motstånd krävs denna djupare form av empiriinsamling vilket rättfärdigar vårt tillvägagångssätt. Observationer skulle även kunna ha bidragit till en djupare förståelse men på grund av etiska avväganden och sekretess valde vi bort detta.

Genom insamlad empiri har frågeställningarna kunnat besvaras. Detta eftersom vi från början hade ett tydligt syfte och följde en intervjuguide. Den begränsade tiden barnmorskorna kunde bidra med utnyttjades på detta sätt effektivt vilket har medfört att vi fått in tillräckligt med empiri för att kunna besvara frågeställningarna. Problem under arbetets gång har varit att komma i kontakt med barnmorskorna, vilket resulterat i att den empiriska materialinsamlingen drog ut på tiden. Det hade varit intressant att göra studien i större skala och eventuellt jämföra barnmorskorna som arbetar på förlossningen med barnmorskor inom mödrahälsovården. Vidare hade det varit intressant att göra jämförelser mellan olika åldersgrupper samt hur genusperspektivet påverkar förändringsbenägenheten och diskurser, eftersom barnmorskorna anser att vårdvalet gynnar kvinnligt företagande samt att yrket är starkt kvinnodominerat. Frågeställningarna skulle då kunna vara "på vilket sätt påverkar antal yrkesverksamma år inställningen till ett kundperspektiv inom mödrahälsovården?" Vidare är förändringen i ett tidigt skede vilket innebär att en ny undersökning hade varit lämplig att genomföra om något år, då den är mer implementerad och slutsatser kan dras om vem som överlevt konkurrensen samt om det inneburit några permanenta konsekvenser på kvalitet och tillgänglighet.

# REFERENSER

## Tryckta källor

- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag
- Bakka, J. Fivelsdal, E & Lindkvist, L. (2006) *Organisationsteori. Struktur, kultur, processer*. Liber: Malmö
- Bauman, Z. (1998). *Arbete, konsumtion och den nya fattigdomen*. Daidalos: Göteborg
- Brorström, B. Hallin, B. & Kastberg, G. (2000) *Barnmorskan, patienten, och pengan. Effekter av förändrad styrning inom mödrahälsovården*. Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen. Rapport 4
- Brülde, B & Tengland, P-A. (2003) *Hälsa och sjukdom - en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur
- Bryson, J R., Daniels, P W. & Warf, B. (2004) *Service worlds. People, organisations, technologies*. London: Routhledge
- Chahal, H. (2010) *Two component customer relationship management model for healthcare services*. Managing Service Quality, Vol. 20 Nr. 4. Emerald. Läst: 120423
- Clegg, S. Kornberger, M. & Pitsis, T. (2007) *Ledning och organisation*. Liber: Malmö
- Eskerod, P. & Skriver, J.H. (2007) Organizational culture estraning in-house knowledge transfer between projekt managers- A case studdy. *Projekt Management Journal*. vol 38, nr 1 s. 110-122
- Granholm, A & Karlöf, B. (1988) *Ny strategi för offentliga chefer. Ett kundperspektiv*. Malmö: Liber
- Grönroos, C. (2002) *Service management och marknadsföring - en CRM ansats*. Malmö: Liber ekonomi
- Hagberg, C. & Rybo, C. (2007) *Den osynliga patienten - en begreppsanalys av begreppet patient*. C-uppsats: Göteborgs Universitet
- Hallin, B. & Silverbo, S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Malmö: Studentlitteratur
- Hansson, A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur
- Hausman, A. (2004) *Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes*. Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 32, Nr.4

- Jacobsen, D. I. (2005) *Organisationsförändring och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Körner, S. & Wahlgren, L. (2002) *Praktisk statistik*. Studentlitteratur AB: Lund
- Lovelock, C. & Wirtz, J. (2007) *Services marketing - people, technology, strategy*. Pearson Prentice Hall
- Nonaka (1994) A Dynamic Theory of Organizational Knowledge. *Organization Science*, Vol. 5, Nr. 1
- Norén, D. (2005) Patienten som en resurs: Partner i Vården. *Kunskaper, information och nyheter från Praktikertjänst Hälso- och sjukvård*, Nr 2
- Norén, D & Sundén, E. (2007) Effektivare vård med patienten i fokus. *Nya fakta och statistik*, Nr 6
- Nordgren, L. (2004) *Från patient till kund. Intåget av ett marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Lund: Intelelcta Docusys
- Nordgren, L. (2005) *Konsekvenser av att applicera servicemötets kundbegrepp på hälso- och sjukvården - en kritisk analys*. I Corvellec & Lindquist (red). *Servicemötet - Multidisciplinära öppningar*. s. 83-97, Malmö: Liber
- Nordgren, L. (2006) Mycket olöst när marknad ska möta sjukvård. *Kvalitetsmagasinet PS*, nr. 1, 2006, s. 18-21
- Nordgren, L. (2006) Hur marknadskursen har spridits till sjukvården. *Nordiske Organisasjons-Studier (NOS)* nr 2
- Nordgren, L. (2007) Utmaningar när marknaden möter sjukvården. *Chefer och ledare i vården*. Nr 1, s. 16-21
- Nordgren, L. (2009) Value creation in health care services – developing service productivity. *International Journal of public sector management*. Vol. 22. Nr. 2
- Normann, R. (2001) *När kartan förändrar affärslandskapet*. Malmö: Liber AB
- O'Connor, S J & Shewchuck R M (1995) Doing more with less, and doing it nicer: the role of service orientation in healthcare organization, *Academy of Management Journal, Best Papers Proceedings*, Vol. 38 No.1,
- O'Hagan, J. & Persaud, D. (2008) Making customer-service a priority in health care organizations. *Healthcare Management Forum* Vol. 21, Nr. 4
- Persson, J E. & Westrup, U. (2005) *När människor arbetar med människor - lärdomar från sociala tjänsteverksamheter*. I Corvellec & Lindquist (red). *Servicemötet - Multidisciplinära öppningar*. s.98-109, Malmö: Liber



- Pingel, B. & Robertsson, H (1998) *Yrkesidentitet i sjukvård- position, person och kön*. Solna: Arbetslivsinstitutet
- Qvarsell, R. (1991) *Vårdens idéhistoria*. Helsingborg: Reproforum AB
- Rubenowitz, S. (2004) *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- Ryen, A. (2004) *Kvalitativ intervju - från vetenskapsteori till fältstudier*. Lund: Liber
- Rönnberg, L. (2007) *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Malmö: Studentlitteratur
- Scotti, D. Harmon, J. & Behson, J.S. (2009) *Structural relationships between work environment and service quality perceptions as a function of customer contact intensity: Implications for human service strategy*. Journal of health & human Services Administration. Vol. 32 Nr. 2
- Wittich, A., Junnila, J. & Buller, J. (2003) *Would Your Patients Prefer to Be Your Clients? The journal of the American osteopathic association*, 031001. Vol. 103, Nr. 10.

## Elektroniska källor

Svenska akademins ordbok:

<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> (Läst 120426)

Socialstyrelsen (2012) - Valfrihetssystem ur ett befolknings och patientperspektiv:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18595/2012-2-9.pdf> (Läst 120328)

Socialstyrelsen (1999) - Ledning för kvalitet i vård och omsorg:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1999/1999-0-89/Documents/1999-0-89.pdf> (Läst 120328)

Sveriges kommuner och landsting:

[http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/demos/samhallsorganisation/valfrihet/valfrihetuppdrag/lag\\_om\\_valfrihetssystem](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation/valfrihet/valfrihetuppdrag/lag_om_valfrihetssystem) (Läst 120320)

Information om vårvalet:

<http://www.1177.se/skane/halsoval#section-4> (Läst: 120320)

Nationalencyklopedin uppslagsverk:

[http://www.ne.se/sve/kund?i\\_h\\_word=kund](http://www.ne.se/sve/kund?i_h_word=kund) (Läst 120515)