

Forskningsinriktad uppföljning av förlossningsvården i Stockholm

En multipel fallstudie av organisationsmodeller och förändringar 2013-2015

Pamela Mazzocato, PhD
Annaklara Martin-Löf, MPH, RN
Carl Savage, PhD

Clinical Management Research Group
Medical Management Centre
Dept. of Learning, Informatics, Management and Ethics
Karolinska Institutet
Tomtebodavägen 18A
171 77 Stockholm, Sweden



**Karolinska
Institutet**

Executive Summary

Bakgrund

Det övergripande syftet med denna utredning är att bidra till vår förståelse av hur skapandet av en konkurrenssituation genom politiska beslut påverkar vårdgivarnas sätt att organisera sina verksamheter samt beskriva hur verksamheter skulle kunna analyseras inom flertalet andra områden där sjukvården har konkurrensutsatts.

Två frågor har legat till grund för analysen:

1. Vilka är de huvudsakliga skillnaderna i verksamhetsmodeller mellan förlossningsenheterna i Stockholms läns?
2. Hur påverkade öppnandet av en ny privatdriven och fristående förlossningsenhet organiseringen av förlossningsvården och hur levereras vården i en miljö där den offentliga sjukvården dominerar vårdutbudet?

Upplägget i denna rapport följer formen för en förklarande flerfallsstudie som baseras på kvalitativa intervjuer med företrädare för alla Stockholms förlossningskliniker samt kvantitativa produktionsdata. Dessa data är relevanta för att skapa en förståelse av hur de olika klinikerna har organiserat sina verksamheter och hur de påverkar varandra.

Resultat

Fyra typer av verksamhetsmodeller kunde identifieras bland Stockholms läns olika förlossningskliniker:

1. Banbrytande innovatörer
2. Lokalt anpassade vårdaktörer
3. Stabil bassjukvård med expertis
4. Hybrid

Trots att samma grundläggande strävan att erbjuda en säker och trygg förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet fanns hos alla, noterades stora skillnader mellan hur de definierade sina konsument/patienter (familjen – verksamhetsmodell (VM) 1&2 – eller mamman och barnet – verksamhetsmodell 3); hur de såg på den tjänst de erbjöd (fokus på vårdupplevelsen och en sammanhållen vårdkedja med kontinuitet) (VM 1 & 4) eller "patientcentrerad vård" (VM 3); hur man marknadsförde sina tjänster (VM 1); synen på personalen – deras erfarenhet och kompetens bidrar till organisationsutveckling (VM 1) eller personalen täcker behov och måste utbildas (VM 3); hur man arbetade när man utförde sina uppgifter (kortare beslutsvägar, flexibilitet, och innovation istället för utbildning (VM 1&2); samt hur man såg på ekonomin – fokus på intäkter (VM 1), utgifter (VM 3), eller en balans mellan dessa två (VM 2).

Effekterna av en nyetablering inom förlossningsvården i Stockholm innebar för de existerande enheterna förändringar i patientvolym och förlorade intäkter. Dessutom uppstod en "personalkarusell" som bidrog till ökade stressnivåer hos personalen och en kompetensförlust hos många kliniker.

Patienter kan önska vilken klinik de skulle vilja föda på, men kapaciteten att bemöta patienternas efterfrågan är otillräcklig. Om patienten väljer de mest populära klinikerna är risken stor att de inte får föda på den klinik som är förstahandsvalet. Detta val kunde i studien inte förklaras utifrån graden av marknadsföring, vårdkvalitet eller personalens kompetensnivåer. Det tyder på att det saknas information som kan hjälpa patienterna att välja på annat än på historiskt renommé. Verksamheter som går med förlust stänger inte eftersom underskottet täcks av sjukhuset. Klinikerna saknar strategier för att möta patienternas och personalens önskemål om förbättrade arbetssätt och arbetsmiljö och en bra arbetsplats.

Personalkarusellen vittnar om att det finns ett intresse hos personalen, framförallt barnmorskor, att söka sig till arbetsgivare som utvecklar verksamhetsmodeller samt inför nya. Men klinikledningarna hos befintliga

verksamheter gav inte intrycket av att verksamhetsutveckling bedrivs för att stärka konkurrenskraften. Det kan vara så att redan etablerade verksamheter inte upplever att hot om nedläggning är sannolikt.

Flera förlorare finns inom dagens system. Patienterna får inte de val de vill ha och går miste om mer patientcentrerade vårdmöjligheter. Om ett av hälso- och sjukvårdens tre syften är att förbättra patientupplevelsen är det bekymmersamt att så många patienter bibringas uppfattningen att de kan välja förlossningsklinik. Personalen, klinikerna som helhet och deras chefer ser det som önskvärt att de uppstår alternativ till de befintliga verksamhetsmodellerna. Det skulle främja innovativa sätt att organisera och bedriva förlossningsvård.

Implikationer

En slutsats av analyserna ovan är att patienternas beteende inom ramen för Vårdval inte verkar vara en tillräcklig stark drivkraft för att få till stånd förbättringar och innovationer inom förlossningsvården. Att klinikledningarna träffas för att diskutera nya rön inom förlossningsvård kan vara en utgångspunkt för förbättring och innovation. Förverkligandet av klinikledningens och personalens önskan om att leverera god vård kan underlättas av en analys av verksamhetsmodellerna som möjliggör en djupare förståelse av hur olika aspekter av verksamheten hänger ihop. En verksamhetsstrategi kan då utformas utifrån insikten av att det finns flera variabler att påverka än dagens nuvarande fokus på personalkostnader för att få ekonomin i balans. Den här rapporten är ett försök att visa på hur en analys av verksamhetsmodeller och befintliga aktörers interaktioner är nödvändig för att förbättra förlossningsvården för patienter, personalen och styrningen.

Innehållsförteckning

1. Introduktion till utvärderingen.....	1
1.1. Bakgrund, syfte och målsättningar.....	1
1.1.1. Bakgrund	1
1.1.2. Syfte och målsättningar.....	1
2. Metodbeskrivning	3
2.1. Design och upplägg	3
2.2. Teoretiska ramverk.....	3
2.2.1. Verksamhetsmodeller	3
2.3. Datainsamling och analys	4
3. Resultat	6
3.1. Stockholms förlossningsvård har fyra verksamhetsmodeller	6
3.1.1. Modell 1: Banbrytande innovatörer.....	6
3.1.2. Modell 2: Lokalt anpassade vårdaktörer	6
3.1.3. Modell 3: Stabil bassjukvård med expertis	7
3.1.4. Modell 4: Hybrid.....	7
3.2. Skillnader och likheter i verksamhetsmodellernas komponenter	7
3.2.1. Värdeerbjudanden	10
3.2.2. Konsumenter	10
3.2.3. Konsumentrelationer	10
3.2.4. Kommunikationskanaler	10
3.2.5. Intäktskällor och kostnadsstrukturer	11
3.2.6. Nyckelresurser.....	11
3.2.7. Nyckelaktiviteter	12
3.2.8. Samarbetspartner	13
3.3. Sammanfattning av observationerna gällande verksamhetsmodell.....	13
3.4. Så påverkades förlossningsvården i Stockholms län av en privatdriven och fristående förlossningsenhet.....	14
3.4.1. Förändringar i patientvolym, förlorade intäkter och medicinskt utfall.....	14
3.4.2. "Personalkarusellen"	16
3.4.3. Nya utvecklingsmöjligheter	17
4. Analys: Hur kan vi förklara effekterna?.....	19
4.1. Förlossningsmarknadens krafter	19
4.2. Yttre påverkansfaktorer på förlossningsklinikerna i Stockholm.....	20
4.3. De fem krafterna inom SLL.....	20
4.3.1. Kraft 1: Konsumenternas förhandlingsstyrka.....	21

4.3.2. Kraft 2: Leverantörers förhandlingsstyrka.....	25
4.3.3. Kraft 3: Substitut för varan eller tjänsten.....	25
4.3.4. Kraft 4: Konkurrens från nya aktörer	25
4.3.5. Kraft 5: Konkurrens mellan befintliga aktörer.....	27
4.4. Sammanfattning av marknadsanalysen	27
5. Implikationer för nuvarande och framtida aktörer	29
5.1. Behov av fortsatt utveckling av vårdval inom förlossningsvården.....	29
5.2. Implikationer för strategisk utveckling.....	30
6. Referenser	31
7. Tack	31

1. Introduktion till utvärderingen

1.1. Bakgrund, syfte och målsättningar

1.1.1. Bakgrund

En trend inom hälso- och sjukvården i Sverige strävar mot att flytta specialistsjukvård utanför akutsjukhus till mindre enheter och så nära som möjligt till hemmet. Ett ledande exempel på detta är Framtidsplanen i Stockholms Läns Landsting (SLL). Förlossningsvården började under 1900-talet successivt förflyttas från hemmet till sjukhuset, men det finns många exempel runt om i världen av olika former av förlossningsvård i spannet mellan akutsjukhus och hemmiljöer.

Vårdval förlossning sjösattes år 2009. Vårdvalets införande syftade till att öka kapacitet och tillgänglighet. Med en växande befolkning ökar behovet av sjukvårdskapacitet, parallellt med en medicinsk utveckling som innebär ökade möjligheter och kostnader. Genom ökad valfrihet uppstod konkurrens mellan förlossningsenheterna inom Stockholms län vilket förväntades leda till kvalitetsförbättringar och möjlighet att välja mellan vårdmodeller. Flera har studerat effekterna av reformen och slutsatserna beror mycket på hur man har valt att studera dessa effekter.

I den här studien har vi tagit avstamp i att reformen skulle göra det möjligt för privata aktörer att starta förlossningsvård i länet på samma villkor som de offentligägda klinikerna. Sjukvårdsmarknaden har tidigare starkt präglats av offentligt ägande och politisk styrning.

Ökad konkurrens om såväl patientintäkter som medarbetare har förändrat förutsättningarna för att bedriva förlossningsvård i Stockholms län. I och med BB Sophias öppnande våren 2014 fick Stockholm (och Sverige) den första helt privatägda förlossningsklinikerna. Dessutom var detta den första förlossningsklinikerna förlagd utanför ett akutsjukhus på 38 år. BB Sophia hade ett eget verksamhetskoncept och stod utan tillgång till akutsjukhusets resurser i omedelbar anslutning. Etableringen kan ses som en följd av två aktuella förändringar i Stockholms hälso- och sjukvårdssystem – vårdvalets införande och avsikten att flytta ut delar av specialistsjukvården från akutsjukhusen.

1.1.2. Syfte och målsättningar

Medical Management Centrum (MMC) fick i uppdrag att genomföra en forskningsinriktad utvärdering av vilken påverkan öppnandet av en fristående och privatdriven enhet haft på förlossningsvården i Stockholmsområdet. Syftet med studien var att klarlägga verksamhetskoncept och målsättningar, samt vilka underliggande teorier och professionella utgångspunkter de emanerat ur.

En metod för att bättre förstå hur dessa aspekter hänger ihop är att analysera affärsmodellen hos de enheter som erbjuder förlossningsvård. Förenklat kan man säga att varje verksamhet kan förstås utifrån fyra aspekter – tjänsten som enheterna erbjuder sina patienter (det s.k. "värdeerbjudandet"), hur de arbetar för att leverera tjänsten (processer), hur de använder sina resurser för att nå ut till sina patienter (resurser), och hur de balanserar sin ekonomi (den finansiella ekvationen) [1]. Denna typ av analys kallas inom andra sektorer för affärsmodellanalys. Vi har nyligen gjort en analys av litteratur om hur affärsmodellstänk använts inom hälso- och sjukvården. Vi kunde identifiera ett växande intresse för att förstå och analysera sjukvårdsorganisationer med hjälp av affärsmodeller. Vi konstaterade bl. a att Osterwalders affärsmodellramverk, "Business Model Canvas" (BMC) har använts flitigt. Men begreppet "affärsmodellstänk" kan tolkas av många som att det handlar enbart om hur hälso- och sjukvården kan generera ekonomisk vinst eller sträva efter att efterlikna företag i andra branscher, varför vi i denna rapport föredrar och framöver använder termen "verksamhetsmodell".

Genom att studera hur förlossningsklinikernas verksamhetsmodeller har påverkat deras konkurrenskraft kan mönster identifieras och uppmärksammas. Kommande och nuvarande vårdorganisationer kan stärkas genom att dessa utnyttjar nuvarande organisationsmodellens styrkor och undviker svagheter.

Två frågor låg till grund för analysen:

1. Vilka är de huvudsakliga skillnaderna i verksamhetsmodeller mellan Stockholms läns förlossningsenheter?
2. Hur påverkade öppnandet av en ny privatdriven och fristående förlossningsenhet det sätt på vilket förlossningsvården organiseras och levereras i en miljö där den offentliga sjukvården dominerar vårdutbudet?

Det övergripande syftet med vår studie är att bidra till förståelse av hur skapandet av en konkurrenssituation genom politiska beslut påverkar vårdgivarnas sätt att organisera sina verksamheter samt att ange hur verksamheter skulle kunna analyseras inom flertalet andra områden där sjukvården har konkurrenssats.

1.1.2.1. Avgränsningar

Vårdval förlossning har utvärderats vid flera tillfällen. Dels genomförde HSF 2013 en jämförelse av befintliga enheter framförallt för att studera om tillgängligheten förändrats med införandet av vårdvalet 2009, dels genomfördes 2014 en benchmarkinganalys i samarbete mellan HSF och McKinsey. I bägge dessa framkom skillnader som man menade kunde bero på olika populationer. Därefter har skillnader i population korrigerats i s.k. case-mix justerade analyser i Sveus-projektet där SLLs förlossningsenheter ingått (www.sveus.se). I den senare som analyserat åren 2011-2012 presenteras korrigerade data som visar stora skillnader mellan enheter i länet.

I denna rapport presenteras hälsoutfall för åren 2013-2015 men utan den detaljnivå som en case-mix justering innebär vilket betyder att både registreringsrutiner och population kan ha påverkat resultatet.

2. Metodbeskrivning

2.1. Design och upplägg

Forskning inom medical management fokuserar på att fånga och förstå skillnader mellan hur olika organisationer levererar vård. Det kan göras genom "benchmarking", d v s att jämföra verksamheter med hjälp av resultat, processmått, och utfall genom bl a använda kvalitetsregisterdata. Ett annat sätt är att studera hur verksamhetsenheter är organiserade för att generera de resultat de faktiskt åstadkommer. Det senare tillvägagångssättet är ansatsen i denna rapport, och den utgår från hypotesen att de olika verksamheterna interagerar med varandra på mer subtila sätt än vad som framkommer om man betraktar enbart kvantitativa mått. Därför gjordes analysen ur ett systemperspektiv och mönster och påverkanskrafter inom och mellan de olika verksamhetsmodellerna studerades.

Upplägget i denna studie är en förklarande flerfallsstudie [2] baserad på både kvalitativa och kvantitativa data. En fallstudie är en mångsidig forskningsstrategi för att undersöka ett nutida fenomen inom dess verksamhetskontext där forskaren inte kan styra förloppet [2]. Vidare rekommenderas i en fallstudie att "hur"- och "varför"-frågor ställs [2, 3]. I detta projekt låg fokus på att erhålla en fördjupad förståelse för hur samtliga förlossningsenheters verksamhetsmodeller utvecklats och anpassats efter öppnandet av den nya privata och fristående förlossningsenheten. Enheterna presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Förlossningsenheter i Stockholms län

Förlossningsklinik	Ägarskap	Sjukhusbaserad
Danderyds sjukhus		
Karolinska Solna		
Södersjukhuset	Offentligt	Ja
Karolinska Huddinge		
Södertälje sjukhus		
BB Stockholm	Privat (51%) Offentligt (49%)	Ja
Södra BB (f.d. "ABC-kliniken")	Offentligt	Ja
BB Sophia	100% Privat	Nej

Genom att kombinera olika metoder i samma studie med så kallad triangulering kan en bredare och mer trovärdig kunskap utvecklas. Triangulering kan kompensera en snedvridning av resultatet som kan uppkomma om bara en metod används. De olika tillvägagångssätten besvarar inte samma fråga men utifrån dem kan flera dimensioner av ett fenomen framkomma. I den här rapporten har vi därför använt oss av både kvalitativa och kvantitativa data för att bekräfta fynd och fördjupa förståelsen.

2.2. Teoretiska ramverk

Vi använde två teoretiska ramverk för att analysera verksamhetsmodeller och konkurrens, dels Jones definition på verksamhetsmodell, dels Osterwalders affärsmodellbegrepp.

2.2.1. Verksamhetsmodeller

Arthur Jones citat lyfter fram behovet av att förstå hur en organisation koordinerar sina verksamheter för att nå sina resultat. Många organisationer har affärsplaner som ofta används som ett strategidokument. En verksamhetsmodell beskriver hur en organisation skapar, levererar, och fångar värde [4]. Det finns en växande förståelse för att lyckade innovationer även kräver innovativa verksamhetsmodeller [1] om man med innovation avser ett mer modernt begrepp, d v s att skapa ekonomiska, sociala eller miljömässiga värden.

Osterwalders Business Model Canvas (BMC) består av nio komponenter (Figur 1) [4]. Centralt är det värdeerbjudandet som en organisation erbjuder, d v s i detta fall den specifika tjänst som en förlossningsklinik tillhandahåller. Konsumenter är de specifika grupper en organisation erbjuder sina tjänster till. Kommunikationskanalerna är vägarna som organisationen använder för att nå specifika konsumentsegment. Konsumentrelationerna beskriver vilken typ av relation organisationen etablerar med sina kunder. Intäktskällor relaterar till betalningsmodeller. Tillsammans beskriver dessa fem komponenterna hur en organisation skapar värde för sin målgrupp.



Figur 1. Verksamhetsmodellen kan analyseras med hjälp av nio olika element
(Översatt och anpassad till hälso- och sjukvården av författarna från [4])

Verksamhetsmodellens infrastruktur består av: Nyckelresurser som är de resurser en organisation använder för att producera sin tjänst. Nyckelaktiviteter beskriver de viktigaste aktiviteter som organisationen måste vara skicklig på för att vara framgångsrik. Nyckelsamarbetspartners ser till att organisationen får tillgång till viktiga resurser. Kostnadsstrukturen beskriver de kostnader som uppstår då verksamheten bedrivs.

Genom ramverket och dess innehåll kan man bättre förstå hur de olika komponenterna samspelar och därmed beskriva en sammanfattande verksamhetsmodell för en organisation.

2.3. Datainsamling och analys

Data som beskriver verksamhetsmodellen och de ledande aktörernas handlingsstrategier samlades in genom intervjuer och dokument (verksamhetsplaner och berättelser, ansökning om auktorisering med bilagor och interna planerings- och uppföljningsdokument).

Elva intervjuer genomfördes med verksamhetschefer och chefsbarnmorskor på samtliga förlossningskliniker i Stockholms län. Verksamhetschefer och chefsbarnmorskor befinner sig i en god position för att dela med sig av uppfattningar och erfarenheter ur ett organisationsperspektiv. Dessa informanter har bidragit med relevant information ur olika perspektiv och hjälp oss att uppnå en fördjupad förståelse för hur klinisk verksamhet bedrevs före och efter introduktionen av den nya enheten. Intervjuerna genomfördes av samtliga författare i februari-april 2015. En av Clinical Management-forskargruppen standardiserad och pilottestad intervjuguide användes för att minimera skillnader i datainsamlingsprocessen. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades till text. En deduktiv kvalitativ innehållsanalys [1] genomfördes på textmaterialet genom att informationen från de transkriberade intervjuerna organiserades i Excel med hjälp av

Osterwalders BMC [4] och därefter kodades i kategorier och subkategorier för att karakterisera verksamhetsmodellernas nio komponenter. Intervjudata analyserades även för att kartlägga aktörernas uppfattning om konsekvenserna av etableringen av en ny privatdriven och fristående förlossningsenhet.

I samband med intervjuerna genomfördes studiebesök på samtliga enheter. Studiebesöken dokumenterades med fältanteckningar. Klinikernas hemsidor, årsredovisningar och verksamhetsrapporter har därutöver använts för inhämtande av kompletterande fakta om klinikerna verksamhetsmodeller.

Dessa kvalitativa data kompletterades med kvantitativa data i huvudsak för att förstå effekterna av de förändringar som har skett inom förlossningsvården. Patientantal, vårdtider, hänvisningsstatistik och hälsoutfall är hämtade från journalsystemet Obstetrix och från SLLs patientadministrativa databas VAL. Uppgifterna om beläggning bygger även på beräkningar av förlossningsvårdens maximala kapacitet, genomförda av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Informationen om klinikernas intäkter har erhållits från HSF. Uppgifterna om kostnadsnivåer baserades på interna kostnadsrapporter från Danderyds- och Södertälje sjukhus, samt från BB Sophias pressmeddelanden i februari 2016. Information om BB Sophias hyresnivå är hämtad från tidningen Dagens Medicin den 12 februari 2016. Kvantitativa data analyserades med hjälp av deskriptiv statistik för perioden 2013- 2015 för att analysera förändringarna avseende patientflöden och kapacitet, beläggning, hänvisningar samt intäkter.

Under arbetets gång har delar av rapporten sammanfattats i en masteruppsats av Annaklara Martin-Löf och Emmanuelle Martin. Projektet har också presenterats för SLLs specialitetsråd i Obstetrik och gynekologi och för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vid dessa möten skedde informantvalidering av studiens resultat för att eliminera eventuella felaktigheter i dataunderlag eller missvisande tolkningar.

3. Resultat

3.1. Stockholms förlossningsvård har fyra verksamhetsmodeller

Tre övergripande verksamhetsmodeller och en hybridvariant av dessa definierades utifrån en samlad bild baserad på samtliga tillgängliga datakällor (Tabell 1). Dessa verksamhetsmodeller speglar hur kliniker skapar värde för sina målgrupper.

3.1.1. Modell 1: Banbrytande innovatörer

Vi identifierade två kliniker med denna verksamhetsmodell. Det som kännetecknade dessa var en stor hängivenhet till att bryta ny mark på sitt område. Nytänkandet gav uttryck i ett innovativt processtänkande med fokus på vårdupplevelsen och att man arbetade för att skapa kontinuitet över hela vårdförloppet. Därmed lades fokus på kontinuitet istället för att enbart trygga expertis. Klinikerna lade större fokus på specifika konsumentgrupper. Det återspeglades bl a i marknadsföringen, som till en stor del skedde via sociala medier.

Arbetsplatserna var populära bland personalen som hade med bred kompetens och hög upplevd autonomi. Istället för att se personalen som ett sätt att täcka "luckor" och behov och med ett ständigt utbildningsbehov, anställde man personal med en bred kompetens utöver enbart förlossningsproduktionsperspektivet – man tog hänsyn till personalens andra kompetenser och intressen. Därmed fick personalen större autonomi. Medarbetarna involverades i verksamhetsutveckling utifrån tidigare erfarenheter och kunskaper. På så sätt blev organisationen mer adaptiv eftersom den arbetade småskaligt med en platt organisation och med intäktsfokus.

Enligt vissa informanter var det autonomin och variationen i arbetet som gjorde att klinikerna lyckades attrahera kvalificerade medarbetare. Andra menade att det var den sedan länge kritiserade arbetsmiljön hos övriga kliniker som gjorde enheterna med verksamhetsmodell 1 så attraktiva. Höga förväntningar på stor patientfokus och en stark teamkänsla ökade, enligt respondenternas uppfattning, medarbetarnas prestationsförmåga. Faktorer som bidrog till en ökad teamkänsla var småskalighet och geografisk separation från andra enheter. Platta organisationsstrukturer och korta kommunikationsvägar mellan medarbetare och chefer möjliggjorde snabba och välgrundade beslut, vilket i sin tur stärkte organisationens innovationskraft. God kostnadskontroll och/eller tillräckliga intäktsnivåer är nödvändiga för överlevnad. Dessa enheter fokuserade mer än övriga på att säkerställa ökade intäkter genom att utveckla kommunikationsstrategier gentemot patienter, eftersom varje patient innebar en intäkt direkt in i klinikens ekonomi.

3.1.2. Modell 2: Lokalt anpassade vårdaktörer

Den här verksamhetsmodellen var anpassad till lokala behov, byggde på småskalighet och en platt organisation med flexibla och korta beslutsvägar, fokus på både intäkter och kostnader, och ett professionaliserat ledarskap.

Kliniken i denna kategori hade andra syften än att bara erbjuda förlossningsvård till länets invånare. Genom sin existens bidrog kliniken till lokalsamhällets tillgång till vårdresurser. Utan denna enhet kunde inte akut-sjukvård och kirurgi upprätthållas i närområdet. Detta gav enheten existensberättigande även om kostnaderna per vårdad patient var högre än på andra enheter. Kliniken hade inte samma ersättningsmodell som de övriga klinikerna.

Att vara belägen i en mindre tätort var en central komponent av verksamhetsmodellen. Eftersom det geografiska läget gav upphov till mindre patientflöden kunde inte kliniken konkurrera med kostnadseffektivitet. Den basala kapacitet som krävdes för att upprätthålla en säker förlossningsvård var inte fullt utnyttjad och fungerade därmed som en reserv för toppar i länets födelsetal. Kliniken med verksamhetsmodell 2 kunde dra fördel av den småskaliga organisationens korta beslutsvägar. Det professionaliserade ledarskapet kan ha bidragit till organisationens höga anpassningsförmåga till yttre omständigheter.

3.1.3. Modell 3: Stabil bassjukvård med expertis

Denna verksamhetsmodell identifierades på storsjukhusen. Den karakteriserades av en stabil, storskalig och industriell verksamhet som var både högspecialiserad och högteknologisk. Man tog hand om allt och alla, dock hade personalen mindre erfarenhet p g a hög personalomsättning. Organisationen var mer hierarkisk och fragmenterad, och fokus låg på kostnader snarare än intäkter.

Klinikerna med verksamhetsmodell 3 hade till uppgift att vårda alla patienter, oavsett kostnad eller komplexitet. Modell 3-klinikernas stabilitet ansågs vara en nödvändighet för att SLL ska kunna garantera förlossningsvård till alla länets invånare. Dessa kliniker behövde kunna erbjuda uthållighet och kunde inte stängas ned vid ekonomiska svårigheter. De var tvungna att klara av uppgifter som andra kliniker inte hade resurser för, som exempelvis att ta emot ett stort antal mottagningsbesök utan extra ersättning. Kostnadsöverskridningar komparerades inom sjukhuset, vilket gjorde klinikerna stabila gentemot yttre förändringar. Men detta faktum i kombination med hög arbetsbelastning och långa beslutsvägar riskerade att bromsa organisationsutveckling och innovationskraft.

3.1.4. Modell 4: Hybrid

Den fjärde modellen, hybriden, hade drag av både modell 1 och modell 3 och verkade i samma miljö som en modell 3-enhet. Man fokuserade på lågriskpatienter och erbjöd ett annorlunda koncept som fokuserade på en "naturlig upplevelse" i en hemliknande miljö. Verksamheten lades dock ner under datainsamlingsperioden för att möjliggöra utveckling av modell 3-kliniken nämnd ovan, varför en mer utförlig analys av verksamhetsmodellen inte redovisas.

3.2. Skillnader och likheter i verksamhetsmodellernas komponenter

I Tabell 2 anges vilken verksamhetsmodell förlossningsklinikerna representerar, och verksamhetsmodellerna beskrivs enligt Osterwalders komponenter. De uppvisade stora skillnaderna redovisas i detalj efter tabellen och illustreras med citat från intervjuerna.

Tabell 2. En jämförelse över de tre typer av verksamhetsmodeller inom Stockholms förlossningsvård

	Modell 1 Banbrytande innovatörer (BB Stockholm och BB Sophia)	Modell 2 Lokalt anpassade vårdaktörer (BB Södertälje)	Modell 3 Stabil bassjukvård (SÖS, DS, K* Solna, K* Huddinge)	Modell 4 Hybrid (Södra BB)
Sammanfattning av verksamhetsmodellen	<i>Småskaliga privata och halvprivata aktörer som erbjuder länet extra kapacitet att utveckla nya och innovativa sätt att bedriva förlossningsverksamhet.</i>	<i>En småskalig aktör som förser glesbygden och mindre orter med lokal sjukvård. Syftet med kliniken är delvis att kunna upprätthålla lokal kapacitet för kirurgi och akutsjukvård genom att öka patientflödet till intensivvård och anestesi. Verksamhetsmodellen är i hög grad anpassad efter lokala förutsättningar.</i>	<i>Storskaliga sjukhuskliniker som garanterar förlossningskapacitet för alla patienter, även de mest komplexa fallen. Ansvarar för att alltid upprätthålla tillräcklig kapacitet, oavsett kostnad.</i>	<i>Småskalig aktör som erbjuder lugn och hemliknande miljö som kännetecknas av kontinuitet och upplevs som en naturlig fortsättning på mödravården.</i>
Värdeerbjudandet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En säker, trygg och naturlig förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet ▪ Klinisk praktik till undersköterske-, läkar- och barnmorskestudenter ▪ Kostnadskontroll och eliminering av finansiell risk för Landstinget ▪ Strävar mot att varje patient får egen barnmorska 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En säker och trygg förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet ▪ Igenkänning, närhet, tradition ▪ Klinisk praktik till undersköterske-, läkar- och barnmorskestudenter ▪ Viktig aktör för småstadens infrastruktur, identitet och arbetsmarknad ▪ Upprätthåller ett patientflöde på operations- och intensivvårdskliniken ▪ Upprätthåller överskottskapacitet till belastningstoppar i länet ▪ Strävar mot att varje patient får egen barnmorska 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En säker och trygg förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet ▪ Avancerad kapacitet för ovanliga och komplicerade graviditeter ▪ Utmärkt medicinsk riskkontroll ▪ Klinisk praktik till undersköterske-, läkar-, sjuksköterske- och barnmorskestudenter ▪ Samhälleligt ansvarstagande ▪ Strävar mot att varje patient får egen barnmorska 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En säker, trygg och naturlig förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet ▪ Klinisk praktik till undersköterske-, läkar- och barnmorskestudenter ▪ Garanterar varje patient en egen barnmorska
Konsumenter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Låg- och mellanriskfamiljer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokala lågriskfamiljer ▪ Antroposofer, nyanlända migranter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Låg, medel och högriskkvinnor ▪ Kroniskt sjuka föderskors enda alternativ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lågriskfamiljer
Konsumentrelationer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuitet ▪ Kvinnan styr ▪ Stor patientfokus ▪ Odelad uppmärksamhet genom förlossningen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuitet ▪ Kvinnan styr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertis ▪ Patientcentrerad vård 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuitet ▪ Kvinnan styr
Kommunikationskanaler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemsida och aktivitet i sociala medier ▪ MVC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemsida och sociala medier ▪ MVC ▪ Lokalsamhället 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemsida ▪ MVC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemsida ▪ MVC
Intäktskällor och kostnadsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intäktsfokuserade ▪ Underskott = nedläggning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Både intäkter och kostnader i fokus ▪ Underskott accepterat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostnader i fokus ▪ Underskott accepterat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostnader i fokus

	<ul style="list-style-type: none"> Inga skyddsnät 	<ul style="list-style-type: none"> Skyddsnät finns 	<ul style="list-style-type: none"> Skyddsnät finns 	
Nyckelresurser <i>Personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> Empowerment och autonomi Inkluderande organisation – Ansvar Relationsorienterade Handplockade medarbetare med flera kompetenser En barnmorska till varje patient 	<ul style="list-style-type: none"> Experter på lokala behov såsom hemförlossningar och multikulturellt stöd En barnmorska till varje patient 	<ul style="list-style-type: none"> Bristande egen kontroll över arbetssituationen Utlokaliserad organisation – fragmentering Medicinskt orienterade Oerfarna men specialiserade medarbetare tar hand om komplicerade fall 	<ul style="list-style-type: none"> En barnmorska till varje patient
<i>Lokaler</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fräsch, icke klinisk atmosfär 	<ul style="list-style-type: none"> Lugn & tyst miljö 	<ul style="list-style-type: none"> Högteknologiska specialresurser 	<ul style="list-style-type: none"> Icke klinisk atmosfär
Nyckel aktiviteter <i>Organisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> Småskalig platt kunskapsorganisation Flexibel Snabba beslutsvägar 	<ul style="list-style-type: none"> Småskalig platt kunskapsorganisation Flexibel 	<ul style="list-style-type: none"> Storskalig hierarkisk organisation Krånglig byråkrati Långsamma beslutsvägar 	<ul style="list-style-type: none"> Småskalig enhet i storskalig hierarkisk organisation Krånglig byråkrati Långsamma beslutsvägar
<i>Ledning</i>	<ul style="list-style-type: none"> Personalägd – chefsstyrd Aktiv klinisk närvaro Stark autonomi Kliniker i chefspositioner 	<ul style="list-style-type: none"> Medborgarägd – Politiskt styrd Autonomi, närvaro Professionaliserat ledarskap 	<ul style="list-style-type: none"> Medborgarägd – Politiskt styrd Möten och riktlinjer Passivt beroende Kliniker i chefspositioner 	<ul style="list-style-type: none"> Medborgarägd – Politiskt styrd Möten och riktlinjer Passivt beroende Kliniker i chefspositioner
<i>Utveckling</i>	<ul style="list-style-type: none"> Utveckling genom innovation Kreativitet Självsäkerhet 	<ul style="list-style-type: none"> Utveckling genom omorganisation Flexibel anpassning 	<ul style="list-style-type: none"> Utveckling genom utbildning Utveckling genom riktlinjer 	<ul style="list-style-type: none"> Utveckling genom utbildning Utveckling genom riktlinjer
Nyckel samarbetspartners	<ul style="list-style-type: none"> Långsiktiga och personliga relationer med olika MVC, inklusive egna 	<ul style="list-style-type: none"> Lokalsamhället starka band till en MVC 	<ul style="list-style-type: none"> Andra sjukhuskliniker 	<ul style="list-style-type: none"> Andra sjukhuskliniker

3.2.1. Värdeerbjudanden

I grunden hade alla förlossningsklinikerna ett önskemål att erbjuda ”En säker och trygg förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet.” Men betydelsen skiljde sig mellan klinikerna. Klinikerna med verksamhetsmodell 1 erbjöd en naturlig förlossningsupplevelse. Den nystartade kliniken beskrev att de hade introducerat ett för länets förlossningsvård unikt erbjudande, ”en toppmodern klinik helt skapad för förlossningsvård”. Enheten erbjöd ”all-inclusive-vård” till patienterna och den byggde på en sammanhållen vårdkedja. Informanterna menade att denna unika modell skapade en miljö som främjade smidigt samarbete och medarbetarnöjdhet.

Det här är ett vi-hus. Det spelar ingen roll om man jobbar på operation eller anestesi eller på neo, så är det ”vi”. (VM 1)

Modell 2-kliniken erbjöd igenkänning, närhet och tradition. Modell 3-klinikerna erbjöd avancerad kapacitet för ovanliga och komplicerade graviditeter och utmärkt medicinsk riskkontroll. Modell 4-kliniken erbjöd en mindre enhet med en naturlig upplevelse endast för patienter med normala graviditeter.

3.2.1.1. Erbjudanden till studenter

Av modell 1-klinikerna erbjöd BB Sophia klinisk praktik till barnmorskor och undersköterskor. BB Stockholm och de övriga modellerna erbjöd praktikplatser till samtliga yrkeskategorier, dock i olika omfattning.

3.2.1.2. Erbjudanden till landstinget

SLL betalar för all förlossningsvård och var därför en viktig kund för alla kliniker. Samtliga enheter avsåg att erbjuda jämlik och säker förlossningsvård till alla invånare i SLL. Klinikerna med verksamhetsmodell 1 kunde även erbjuda landstinget god kostnadskontroll och finansiell riskeliminering, eftersom underskott och investeringar täcktes och finansierades av privat kapital. Sjukhuset som var knutet till modell 2-kliniken bidrog till lokalsamhällets infrastruktur och sysselsättning. Dessutom bidrog sjukhuset till att skapa stolthet och gemenskap på en ort som ansågs vara socialt utsatt.

3.2.2. Konsumenter

Klinikerna med modell 1 och 2 sade sig betjäna hela familjen, medan modell 3-klinikernas talade mer om mamman och barnet eller patienter som kunder. Verksamhetsmodell 2 tog bara emot förväntade lågriskförlossningar men den hade också specialkompetens anpassad för behoven hos lokala befolkningsgrupper, såsom antroposofier och nyanlända migranter. Verksamhetsmodell 1 tog även emot medelriskförlossningar. Klinikerna med verksamhetsmodell 3 var det enda alternativet för familjer med högriskförlossningar och en av dessa hade specialiserat sig på vissa ovanliga sjukdomstillstånd såsom allvarliga infektionssjukdomar, allvarliga hjärtbesvär och extremt prematura förlossningar. Patienter med dessa tillstånd kunde inte välja förlossningsklinik.

3.2.3. Konsumentrelationer

Respondenterna från verksamhetsmodell 1 uttryckte ett starkt patientengagemang. Till skillnad från övriga kliniker (med undantag för verksamhetsmodell 4) kunde deras medarbetare ge patienterna exklusiv uppmärksamhet genom hela förlossningen. Klinikerna med verksamhetsmodell 1 och 2 betonade vikten av att stötta kvinnan att ta kontroll över sin förlossning. Modell 3-klinikerna använde sig i stället av det mer ospecifika begreppet ”patientcentrerad vård”. De beskrev en vilja att även möta patienten med expertkunskap.

3.2.4. Kommunikationskanaler

Bara några kliniker hade upprättat medvetna kommunikationsstrategier för att attrahera nya patienter. Samtliga kliniker kommunicerade genom mödravårdscentraler och hade egna webbplatser eller sidor på sjukhusens webbplatser. Men engagemanget för den externa kommunikationen varierade. Klinikerna med verksamhetsmodell 1 arbetade mer medvetet med patientrekrytering och använde sig av flertalet sociala medier såsom Facebook, Instagram, kända bloggare och podcaster för att nå potentiella patienter. Cheferna

besökte mödravårdscentraler eller lät sina barnmorskor ansvara för att bygga upp långsiktiga och personliga kontakter med dessa. Modell 3-klinikerna hade ännu inte utvecklat några kommunikationsstrategier för att attrahera fler patienter, men en hade producerat en podcast. Verksamhetsmodell 4 kommunicerade via sin egen mödravårdscentral och tog emot patienter därifrån.

3.2.5. Intäktskällor och kostnadsstrukturer

Behovet av att upprätthålla dedikerade jourlinjer och personalkategorier såsom narkos och förlossningsläkare (som i andra verksamhetsmodeller kan arbeta med andra uppdrag) och därför ett behov av hyrläkare bidrog till högre kostnader för modell 1-klinikerna. Läget utanför ett akutsjukhus i kombination med helt nybyggda lokaler i ett attraktivt läge bidrog till högre kostnader för en av modell 1-klinikerna (BB Sophia). Lokalhyran per förlossning blev 5093 kronor år 2015. Motsvarande kostnad för modell 2-kliniken var 1616 kr per förlossning och på en av modell 3-klinikerna var den 2559 kr per förlossning.

Klinikerna med verksamhetsmodell 1 fokuserade mest på att öka patientflödet och därmed öka intäkterna. Genom ökade intäkter uppfattade man att man kunde förbättra det ekonomiska resultatet utan att försämra vårdkvaliteten.

Nej, som sagt, det enda sättet vi kan öka våra intäkter, det är ju, det är ju att, att få hit så många som möjligt som vill föda barn. (VM 1)

Modell 3-klinikerna var kostnadsorienterade när de försökte få ekonomin att gå ihop. Man ansåg sig endast kunna kontrollera sin ekonomi genom kostnadskontroll. De inkluderades i sjukhusets totala ekonomi och eventuella extra intäkter kunde användas till att täcka underskott på andra kliniker eller så kunde ökade intäkter från andra kliniker användas till att täcka underskott i förlossningsverksamheten. Det skapade låga incitament att öka intäkterna.

Ja, alltså, färre [förlossningar] kan vi ju inte göra så mycket åt... i min organisation så tittar vi bara på kostnader. Inte på intäkter. (VM 3)

Attityden till underskott varierade mycket mellan de privata (verksamhetsmodell 1) och de offentliga klinikerna (verksamhetsmodell 2 och 3). De privata var medvetna om att de inte hade ett skyddsnet.

Alla medarbetare är ganska medvetna om att det här måste gå ihop sig. Vi måste hitta smarta lösningar, vi måste vara effektiva... Det negativa är ju att vi har väldigt lite att säga till om vad det gäller ersättning... man hör ju, att kliniker går 18 miljoner back och så, inte slutar de och stänger igen den verksamheten för det, utan någonstans täcks det ju upp... Här skulle det inte fungera, kan man säga. (VM 1)

På de offentliga klinikerna gav personal uttryck för att det fanns en konflikt mellan pengar och patientsäkerhet, och att de prioriterade säkerhet och kvalitet högre än det finansiella resultatet.

Det är personal och patient [som är viktigast]. Jag är doktor och jag prioriterar... Pengar är världsligt. (VM 3)

3.2.6. Nyckelresurser

3.2.6.1. Personal

Också hur personalen var organiserad varierade mellan klinikerna. Genom att låta samtliga medarbetare rotera mellan att arbeta med antenatal mottagningsverksamhet, förlossnings- och BB-vård ansåg klinikerna med modell 1, 2 och 4 att det gav patienterna bättre kontinuitet i vårdkedjan och personalen mer arbetsvariation. Dessutom ansåg man att det var mer kostnadseffektivt, bidrog till kompetensutveckling, och att man därmed använde man sig av medarbetarnas kompetens på ett bättre sätt.

Och all personal kan, arbeta oavsett var i vårdkedjan man befinner sig, så att det är lätt att ersätta varandra. ... Om jag är med när föräldrarna föder, och sedan träffar ja, dem efter, så får jag feedback vi kan prata igenom det här på ett annorlunda sätt. (VM 1)

Personalens kompetenser och erfarenheter värdesattes och användes för att utveckla verksamheten.

Barnmorskor som har mycket IT-kunnande, så jobbar man halvtid som IT-ansvarig och så halvtid som barnmorska ute i verksamheten, och... har man en barnmorska som har en utbildning i HR men, och samtidigt... och det räcker med en halvtid på det, och så jobbar hon halvtid som barnmorska. (VM 1)

Verksamhetsmodell 2 hade tillägnat sig specialistkompetens om hemförlossningar och hade även kapacitet att beakta nyanlända migranternas behov, eftersom många invandrare inom befolkningen i närområdet gett personalen vana. Klinikerna med verksamhetsmodell 3 valde att låta sina medarbetare specialisera sig på avgränsade områden för att uppnå expertkompetens:

Här är det lite mera specialiserat på just det, för att flödena blir ju så stora. Så att du blir ju väldigt, väldigt duktig på det du gör. (VM 3)

En av de intervjuade på en modell 3-klinik förklarade att de inte kunde erbjuda integrerad förlossnings- och BB-vård på grund av lokalernas fysiska begränsningar och organisation även om önskan fanns.

3.2.6.2. Fysiska resurser

Den fysiska miljön hos enheterna med verksamhetsmodell 1 beskrevs som lugn och rogivande. Innovativa hjälpmedel för icke-medicinsk smärtlindring, såsom badkar och förlossningspallar fanns tillgängliga i samtliga förlossningsrum. Liknande utrustning fanns även hos verksamhetsmodell 4. På övriga kliniker var den fysiska miljön mer medicinskt orienterad.

3.2.7. Nyckelaktiviteter

3.2.7.1. Ledning

Klinikerna med verksamhetsmodell 1 kännetecknades av en fristående småskalig organisation, en platt hierarki och kliniskt arbetande chefer som gjorde snabbt beslutsfattande möjligt.

Vi är så nära varandra så att man löser det allt eftersom då behöver man inte ha så många möten. (VM 1)

Kliniken som följde verksamhetsmodell 2 var den enda som leddes av en person med managementutbildning. Det skulle kunna vara en förklaring till varför den enheten betecknades av en mer djupgående analys inför beslutsfattande.

På klinikerna med verksamhetsmodell 3 uttryckte cheferna att de själva inte kunde påverka särskilt många beslut av betydelse för kliniken. Andra parter såsom sjukhusledning, politiker och administrativ personal kontrollerade många av besluten och tillgången till beslutsunderlag.

3.2.7.2. Utveckling och utbildning

Klinikerna hade olika uppfattningar om vad organisationsutveckling kunde innebära. Verksamheter med verksamhetsmodell 1 utvecklade kliniken genom att testa nya arbetssätt, nya typer av utrustning och genom att utveckla organisationsmodeller. För verksamhetsmodell 2 handlade det om att anpassa sig till befolkningens behov genom att strukturera om den interna organisationen. För verksamhetsmodell 3 såg man att verksamheten kunde utvecklas genom personalutbildning och genom att implementera nya riktlinjer för personalens arbete. Skillnaden mellan hur verksamhetsmodell 1 och 3 såg på utveckling speglade en skillnad i förhållningssätt till personalen. Modell 1-klinikerna gav personalen en mer självständig, ansvarsfull

roll, medan modell 3-klinikerna lade större vikt vid styrning och detaljreglering av arbetet. Utvecklingsmöjligheterna identifierades inte av medarbetarna själva, utan av ledningen eller av externa aktörer.

3.2.8. Samarbetspartner

För alla verksamhetsmodeller var andra sjukhuskliniker och enheter centrala samarbetspartners, oavsett om kliniken var belägen i, bredvid, eller utanför ett akutsjukhus. Det handlade främst om att säkra det medicinska omhändertagandet av komplicerade förlossningar. För kliniker med verksamhetsmodell 3 var sjukhusets övriga enheter också viktiga för att säkra ekonomin vid obalans. Andra viktiga samarbetspartner för samtliga verksamhetsmodeller var mödravårdscentralerna. Från dessa kunde potentiella patienter rekryteras. För verksamhetsmodell 1 handlade det om att skapa långsiktiga och personliga relationer med dessa partners. Verksamhetsmodell 4 och en av klinikerna med verksamhetsmodell 1 drev sin egen mödravårdscentral och hämtade patienter därifrån.

3.3. Sammanfattning av observationerna gällande verksamhetsmodell

Fyra typer av verksamhetsmodeller kunde identifieras bland Stockholms läns förlossningskliniker. När vi jämför de olika verksamhetsmodellerna kan vi identifiera några tydliga skillnader utefter en skala från traditionella vårderbjudanden som representeras av verksamhetsmodell 3 till mer innovativa vårdformer som representeras av verksamhetsmodell 1 (Figur 2). Trots att alla hade samma grundläggande strävan att erbjuda en säker och trygg förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet så fanns det skillnader mellan komponenterna i klinikernas verksamhetsmodeller. Konsumenten var antingen familjen (verksamhetsmodell 1 & 2) eller mamman och barnet eller patienten (verksamhetsmodell 3). Den erbjudna tjänsten hade fokus på vårdupplevelsen och en sammanhållen vårdkedja med hög kontinuitet (1 & 4) eller beskrevs som "patientcentrerad vård" (3). I verksamhetsmodell 1 lades stor vikt vid marknadsföring. Synen på personalen skiljde sig också: en resurs som ger avkastning (personalens erfarenhet och kompetens bidrar till organisationsutveckling, 1) eller en resurs som kräver investeringar (personalen täcker behov och måste utbildas, 3). Verksamhetsledningarna hade olika inriktning: kortare beslutsvägar, flexibilitet, och innovation istället för utbildning (1&2) eller fokus på intäkter (1), kostnader (3) eller balans emellan intäkter och kostnader (2).

Nyckel samarbetspartners Från internfokus till externfokus Undantag: koppling till kommunen och närområdet	Nyckelaktiviteter Kortare beslutsvägar, mer flexibilitet, Innovation istället för utbildningar	Värdeerbjudandet Säker och trygg förlossnings- upplevelse och en bra start på föräldraskapet	Konsument- relationer Från expertis till kontinuitet	Konsumenter Mer fokuserade och segmenterade konsument- grupper
	Nyckelresurser Personal: täcker behov & behöver utbildas vs. bred kompetens & erfarenhet för innovation och verksamhets- utveckling	Fokus på vård upplevelsen och kontinuitet genom vårdkedjan	Kommunikations- kanaler ↑Sociala medier och marknadsföring	
Kostnadsstruktur		Intäktskällor		
Förflyttning av fokus från kostnader till intäkter				

Figur 2. Skillnader i verksamhetsmodellskomponenter inom Stockholms förlossningsvård

3.4. Så påverkades förlossningsvården i Stockholms län av en privatdriven och fristående förlossningsenhet

Nyetableringen inom förlossningsvården i Stockholm ledde till förändringar i patientvolymerna och tappade intäkter hos befintliga enheter. Den nya enheten startade från "scratch" och inledde aktiv rekrytering. Det ledde till en "personalkarusell" av flyttningar inom den samlade obstetrikpersonalen. Personal som lämnade kunde inte ersättas vilket ledde till högre belastning och ökade stressnivåer hos den kvarvarande personalen samt kompetensförlust på flera kliniker.

3.4.1. Förändringar i patientvolym, förlorade intäkter och medicinskt utfall

Inom SLL skedde en minskning av antalet förlossningar mellan åren 2013-2015, vilket tidsmässigt sammanföll med öppnandet av BB Sophia. För alla andra förlossningskliniker ledde det till ett minskat patientflöde (Tabell 3).

Tabell 3. Patientvolymerna (födslar) och kapacitetsförändringar inom SLL 2013-2015

	År	BB Sophia	BB Stockholm	BB Södertälje	SÖS	DS	K* Huddinge	K* Solna	Totalt
Patientvolym (födslar/år)	2013	-	4161	1708	7824	6827	5068	4024	29612
	2014	2582	3373	1565	7294	6106	4578	3810	29308
	2015	3240	3610	1553	7042	5954	4289	3642	29330
Förändring (antal)	2013-2015	+3240	-551	-155	-782	-873	-779	-382	-282
Förändring %		-	-13,2%	-9,1%	-10,0%	-12,7%	-15,4%	-9,5%	-0,95%
Förlossningsrum	2013	-	7	5	3+12	13	11	9	60
Förlossningsrum (varav bemannade)	2015	8	7	4	3+12	13	11 (9)	9 (7)	67 (63)

Källa: HSF och intervjuer

En minskning av patientunderlag i kombination med personalbrist innebar att några kliniker valde att stänga förlossningsrum. BB Sophia öppnade åtta rum, vilket ledde till att BB Södertälje samt Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge och Solna fick både färre patienter och/eller medarbetare. Sammanlagt fem rum stängdes av den anledningen. Nettokapacitetsökningen i länet blev således tre förlossningsrum.

Minskade patientflöden resulterade i intäktsminskningar på många kliniker eftersom vårdval innebär intäkter utifrån hur många förlossningar man handlägger (Tabell 4). Samtidigt ökade kostnaderna. Barnmorskornas lönenivåer höjdes med sex procent när konkurrensen om arbetskraft hårdnade. Rekrytering av ny personal skapade utgifter liksom en ökad mängd personalutvecklingsaktiviteter. Även den ökade andelen komplicerade förlossningar och dessa nyföddas vårdbehov bidrog till kostnadsökningen.

Tabell 4. Intäkter 2013-2015

Klinik	År	BB Sophia	BB Stockholm	BB Södertälje	SÖS	DS	K* Huddinge	K* Solna
Totala In- täkter (Kkr)	2013		141 360	68 695	295 735	259 581	340 627	1 105 998
	2014	98 954	122 643	61 297	304 114	244 136	323 198	1 154 342
	2015	120 852	149 026	45 512	288 042	239 621	310 340	1 153 393
Förändring (Kkr)	2013- 2014	98 954	-18 717	-7 398	8 379	-15 445	-17 429	48 344
	2013- 2015	120 852	7 666	-23 183	-7 693	-19 960	-30 287	47 395
Förändring (%)	2013- 2014	-	-13 %	-11 %	3 %	-6 %	-5 %	4 %
	2013- 2015	-	5 %	-34 %	-3 %	-8 %	-9 %	4 %
Intäkter per patient (kr)	2013	-	33 973	40 220	37 798	38 023	37 464	37 350
	2014	38 325	36 360	39 167	41 694	39 983	38 531	39 387
	2015	37 300	41 281	29 306	40 903	40 245	39 130	39 325
Förändring (kr)	2013- 2014	-	2 388	-1 052	3 895	1 960	1 067	2 037
	2013- 2015	-	7 309	-10 914	3 105	2 223	1 666	1 975
Förändring (%)	2013- 2014	-	7 %	-3 %	10 %	5 %	3 %	5 %
	2013- 2015	-	22 %	-27 %	8 %	6 %	4 %	5 %

Källa: HSF

Klinikerna hanterade den uppkomna ekonomiska situationen på olika sätt. Personalminskningar och övergripande nedskärningar var de huvudsakliga åtgärderna. Även om alla kliniker drog ned på kostnaderna resulterade intäktsminskningarna i underskott på alla kliniker förutom Södersjukhuset och BB Stockholm. BB Södertälje förändrade helt sin organisation genom att omvandla ett av förlossningsrummen till antenatal öppenvårdsmottagning. På så sätt kunde två organisationsenheter slås ihop med ökad personalflexibilitet som resultat. Minskad efterfrågan gjorde kapacitetsneddragning och personalminskningar möjliga. Det minskade behovet av eftervårdsplatser komparerades genom att BB-avdelningen tog emot "satellitpatienter" från den gynekologiska avdelningen under lågsäsong. Detta gav extra intäkter till förlossningsenheten. Därutöver fick BB Södertälje särskild ersättning från landstinget för att upprätthålla extra kapacitet för överraskande förlossningstoppar. Detta tack vare att BB Södertälje var den enda enheten som inte ingick i vårdvalet utan landstinget kunde "beställa" ytterligare kapacitet.

BB Stockholm beskrev effekten som "kännbar" och att de fick kämpa med ekonomin "som alla andra och rörelseresultatet har succesivt minskat" men inte så att de har haft ett underskott. BB Sophia gick inte runt under åren 2014 och 2015 och valde att lägga ner våren 2016. Redan under intervjuerna framfördes åsikten att det var ekonomiskt omöjligt att driva en så liten klinik.

Landstinget ökade den genomsnittliga ersättningen per patient under den aktuella perioden med 3 procent. Detta räckte inte till för att kompensera för minskande efterfrågan och alla kliniker brottades med under-skott. Utöver denna kostnadsökning täckte SLL de offentligägda klinikernas förluster. Till exempel uppgick SLL:s kostnadsökning för förlossningsvården på Danderyds sjukhus till 9 procent. På akutsjukhusen kunde dessutom resurser disponeras om eftersom övrig vård inte ingick i vårdval utan ersattes på traditionellt sätt. För förlossningsvården ersattes enheterna från landstingen på löpande räkning.

I Tabell 5 presenteras förändringarna i patientvolymen under uppföljningsperioden 2013-2015. Det totala antalet förlossningar i länet minskade med 1,0 procent. Nedgången var störst på Karolinska universitetssjukhuset Huddinge (15.4 %) och BB Stockholm (13.2 %). För de övriga enheterna var minskningen kring 10 procent.

Studien har inte haft tillgång till case-mixjusterade data om medicinskt utfall. För en bedömning av skillnader i praxis och medicinsk kvalitet hänvisas till den jämförande analys som publicerats av Sveus projektgrupp för obstetrik (www.sveus.se). I det nationella samarbetsprojektet Sveus har medicinska utfallsdata redovisats och jämförelser gjorts mellan enheter. Case mix justeringen har inneburit att man jämför relevanta patientgrupper så att variationer som inte kan förklaras av patient egenskaper synliggörs. Ur Sveus arbete kan t. ex. oskäligen skillnader mellan olika enheter avseende kejsarsnitt frekvens identifieras [5]. Dvs skillnader som påvisar variationer som skulle kunna användas för att identifiera "best practice".

Tabell 5. Volymförändringarna 2013-2015

	År	BB Sophia	BB Stockholm	BB Södertälje	SÖS	DS	K* Huddinge	K* Solna	Totalt
Patientvolymen (födslar/år)	2013	-	4161	1708	7824	6827	5068	4024	29612
	2014	2582	3373	1565	7294	6106	4578	3810	29308
	2015	3240	3610	1553	7042	5954	4289	3642	29330

Källa: HSF

3.4.2. "Personalkarusellen"

Det ökade arbetskraftsbehovet i samband med öppnandet av BB Sophia resulterade i vad flera av de intervjuade cheferna kallar "en personalkarusell".

Och karusellen var igång, man sökte sig till olika förlossningskliniker och man såg en chans som barnmorska också att dels titta på något nytt och dels höja sin lön också. Så det blev väldigt ostabilt överallt. (VM 4)

Personalkarusellen påverkade klinikerna olika. Medan förlossningen på Danderyds sjukhus förlorade 75 procent av personalen som arbetade dagtid, lyckades Södertälje sjukhus behålla samtliga medarbetare. BB Stockholm förlorade 60 procent av medarbetarna, Karolinska universitetssjukhuset i Solna 40 procent och Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge omkring 33 procent, medan Södersjukhuset bara förlorade tre eller fyra medarbetare. Personalkarusellen ledde till att ledningen och den kvarvarande personalen på enheterna ägnade mycket resurser åt att rekrytera och introducera nya medarbetare på arbetsplatsen. Det skapade stress och ledde till en kompetensförlust.

Personalens reaktioner till förändringarna hos de redan etablerade aktörerna inkluderade stress, utmattning, sorg, missnöjdhet, ilska, frustration och avundsjuka. Chefer kände sig maktlösa.

Det kom väldigt många från olika enheter som helt plötsligt skulle sammanfogas. En del var ledsna för att de inte fick följa med till BB Sophia. Så det var en väldigt svår tid. (VM 1)

Ledningens svar på personalsituationen varierade mellan klinikerna. Medan BB Stockholm investerade i extra teambyggande aktiviteter hade inte klinikerna med verksamhetsmodell 3 råd med några ytterligare insatser utöver obligatorisk introduktion för nya medarbetare. Istället fokuserade man på att stärka teamledarnas förmåga att stötta nya medarbetare. Man kallade även till personalmöten för stödsamtal och konsulterade beteendevetare.

Alla kliniker utom en lyckades rekrytera tillräckligt med personal i slutändan. Två modell 3-kliniker drabbades dock av en betydande kompetensförlust.

[De två modell 3 klinikerna] sa att "200 år av erfarenhet flyttade ut och ingenting kom in." Och jag kunde säga att jag fick in 200 år av erfarenhet. Och såklart ungefär 150 år ut också, men vi hade fortfarande erfarenhet här. Våra styrkor här [gjorde att] det var enkelt för mig att rekrytera. (VM 1)

Normalt sett på en sådan här förlossningsklinik så skulle man kanske ta in två helt nya per termin, som mest. Nu har vi ju tagit in nästan 50%, varav i alla fall 30% av dem har varit HELT nya. Så det ställer ju väldigt stora krav på de som är kvar och är erfarna... Det (erfarenhet) gör att barnmorskorna inte är kapabla, eller har kunskap och erfarenhet nog att ta hand om samma mängd patient som en som är erfaren. (VM 3)

3.4.3. Nya utvecklingsmöjligheter

En modell 3-klinik som initialt hade en större andel barnmorskor än övriga kliniker fick ändra sin bemaningsmodell till s.k. parvård. Därmed kunde de ersätta några barnmorsketjänster med undersköterskor.

Vissa menade att de andra enheterna borde ha varit mer förutseende inför öppnandet och att klinikerna borde ha inspirerats mer av nya arbetssätt. Efter ett år av turbulens uppnådde de flesta kliniker ett mer normalt tillstånd. De började se en del fördelar med den nya situationen. Personalkarusellen skapade en god dynamik i arbetsgrupperna. De som stannade kvar på kliniken var lojala och ville verkligen vara där.

Alla var tvungna att göra ett val "jag vill vara här", och när man har gjort det valet, då går man verkligen in för det. (VM 1)

De nya medarbetarna såg utvecklingsmöjligheter och efterfrågade förnyelse i högre utsträckning än tidigare.

Det har kommit kollegor med nya ögon från olika kliniker, alldeles färska kollegor som kommer med nya ögon, som ser, som kommer med förslag... man blir lite hemmablind också och då kanske det inte hände lika mycket som det har hänt nu. (VM 3)

Några av de intervjuade inspirerades av arbetsmetoderna hos den nya aktören.

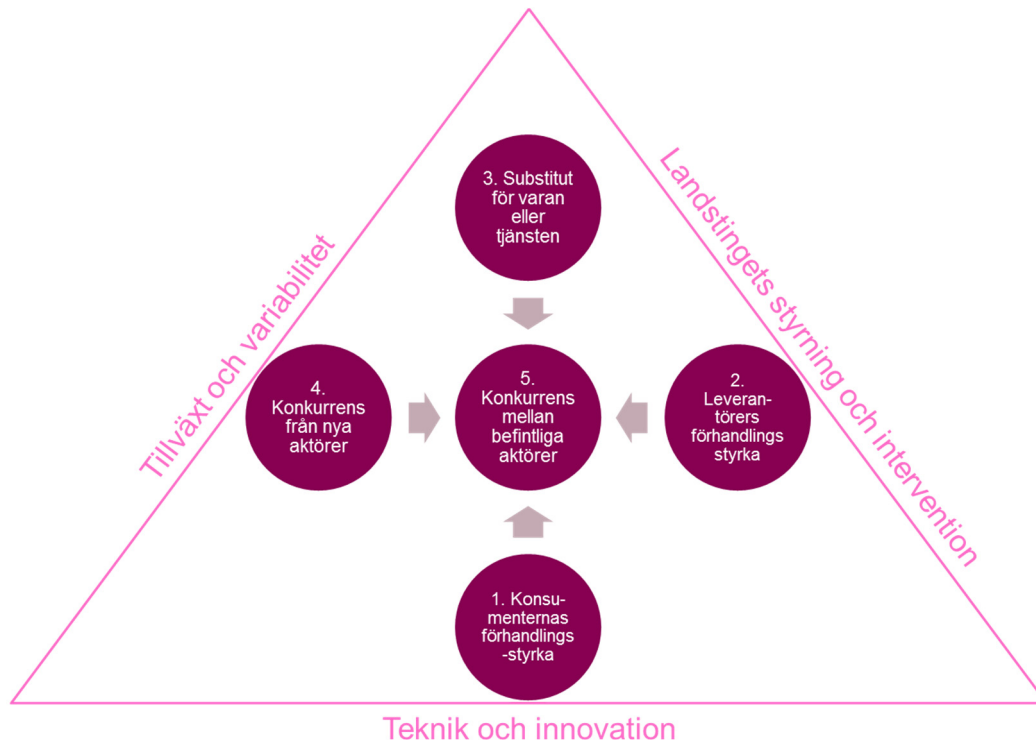
BB Sophia har tagit intryck från många ställen, och de är... ja, jag tycker det är bra för det sätter lite extra press på oss andra, att vi också behöver förnya oss, vi måste också tänka nytt... inte bara på det vi alltid har gjort utan hur vi faktiskt ger bra vård idag, 2015." (VM 2)

Nu har vi ett projekt där barnet går ner tillsammans med mamman och jag tror att det hade... skulle ha varit omöjligt innan BB Sophia... bevisat att det här är ett bra sätt... Och sedan kan jag använda mig av det. (VM 1)

4. Analys: Hur kan vi förklara effekterna?

4.1. Förlossningsmarknadens krafter

För att förstå förlossningsmarknadens förutsättningar och struktur har vi valt Michael Porters femkraftermodell som ramverk (Figur 3) [6].



Figur 3. Fem krafter som påverkar och formar strategi för nya aktörer inom en marknad (Anpassat från [6])

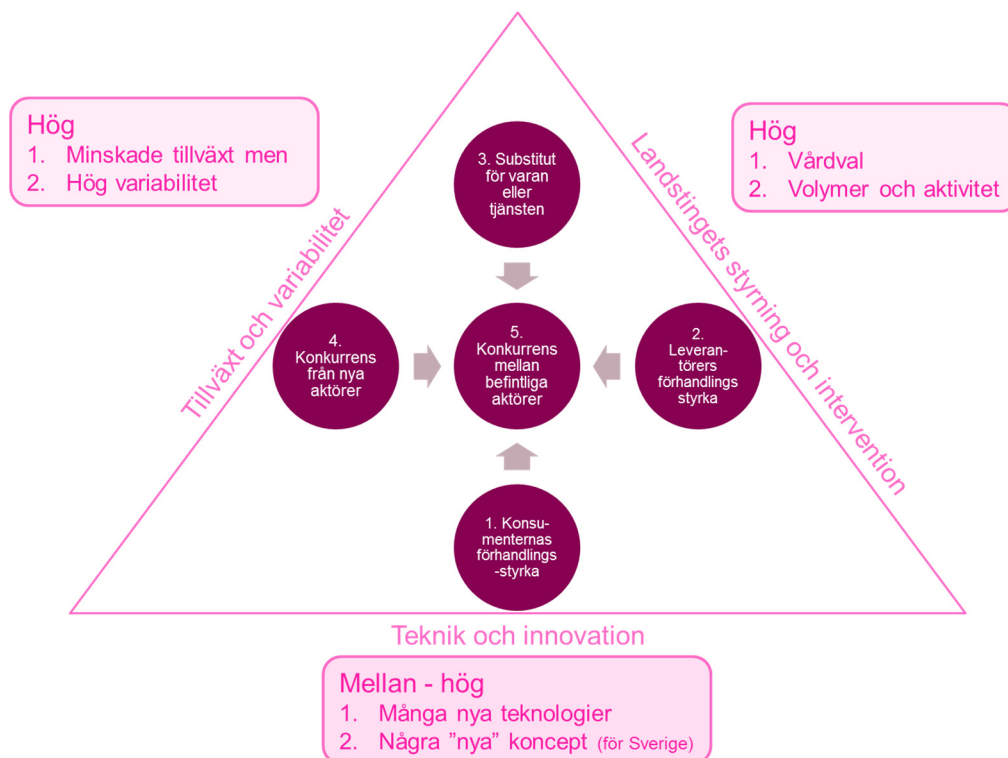
De fem krafterna beskriver hur ett område eller en marknad är strukturerad och vilka aspekter som är av betydelse om en ny aktör ska försöka etablera sig på en marknad. Tanken är att med en bättre förståelse för hur krafterna formar kontextens struktur kan effektiva verksamhetsstrategier utvecklas. Konsumenternas förhandlingsstyrka (1) ökas när flera aktörer finns och därmed skapar en möjlighet att välja olika värdeerbjudanden. Leverantörers förhandlingsstyrka (2) minskar om det finns flera aktörer. Substitut för varan eller tjänsten (3) har en påverkan om det finns ett annat alternativ. Konkurrens från nya aktörer (4) handlar främst om hur lätt det är att starta upp en ny verksamhet och hur det påverkar befintliga aktörer. Inom ramen för förlossningsvård handlar det mycket om lagstiftning och tillsyn, ekonomiska förutsättningar, fördelarna med stordrift, samt förväntade motåtgärder från befintliga aktörer. Konkurrens mellan befintliga aktörer (5) handlar om hur mycket de befintliga aktörerna har investerat i sin verksamhet. När det gäller förlossningsvård kan det handla om inte enbart kapital men även resurser, tradition, och identitet.

Modellen utvecklades inom tillverkningsindustrin, men enligt Porter är de underliggande drivkrafterna desamma i en reglerad hälso- och sjukvårdsbransch som den i Europa [7]. Det är branschens struktur som skapar de ekonomiska förutsättningarna och som över tid visar sig vara avgörande för hur aktörer upplever konkurrensen. Alla fem krafter påverkas på olika sätt av kontextuella faktorer. Vi sammanfattar dem i tre områden, d v s landstingets politiska styrning och interventioner, teknik och innovation samt tillväxt och variabilitet. Det gör att alla fem krafterna inte är lika starka, utan att i vissa sammanhang kan en eller två vara av större betydelse än de andra. Genom att studera krafternas inbördes relation och samspel kan vi lättare förstå vilka som påverkat förlossningsmarknaden mest och därmed vilka strategier som är framgångsrika, såväl för kommande som för redan etablerade aktörer.

4.2. Yttre påverkansfaktorer på förlossningsklinikerna i Stockholm

I managementforskningen understryks att kontexten spelar en viktig roll och inte kan försummas. Kontexten kan göra att en intervention som fungerar inom en organisation inte uppnår samma effekt i en annan [7]. Den kan också leda till, såsom i det här fallet, att förutsättningarna skiljer sig mellan olika typer av organisationer och verksamhetsmodeller, även om alla är inriktade på att erbjuda en säker och trygg förlossningsupplevelse och en bra start på föräldraskapet.

De tre yttre påverkansfaktorerna har stort eller mellanstort till stort inflytande på verksamheterna inom SLL (Figur 4). Landstingets styrning och interventioner genom vårdval och ersättningssystem är kopplade till volymer och aktivitet. När det gäller Teknik och innovation finns det många nya teknologier och nya koncept inom förlossningsvård. Angående Tillväxt och variabilitet inom förlossningsvård finns det, trots en minskad tillväxt i antalet förlossningar per år, en hög variabilitet under året.

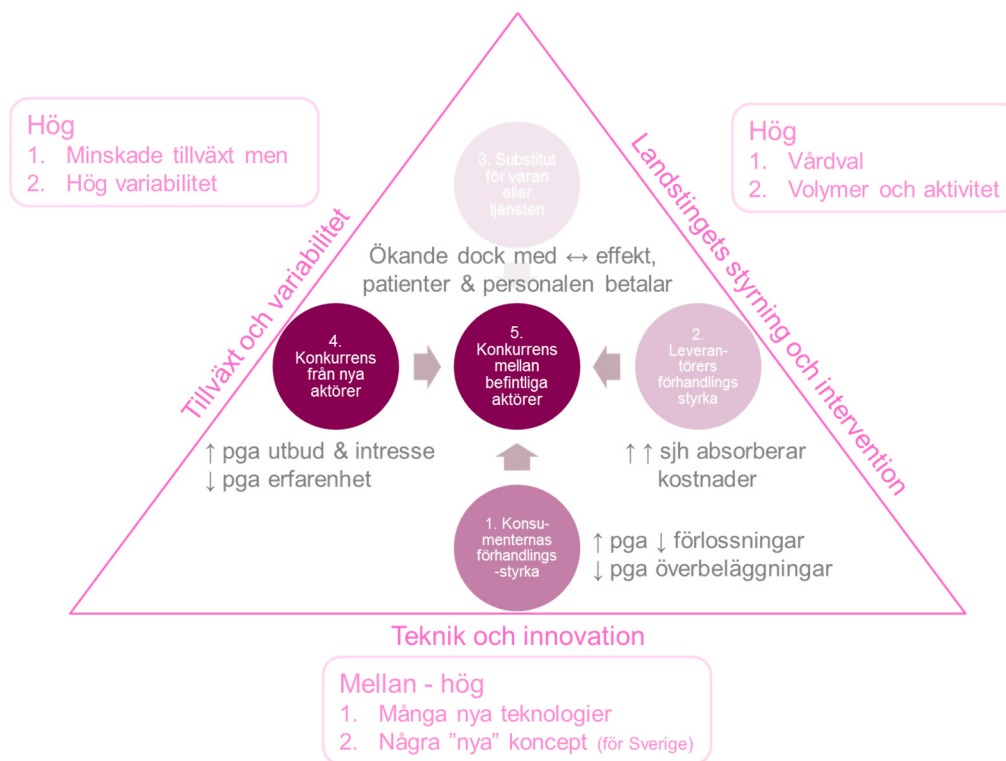


Figur 4. Stockholms hälso- och sjukvårdskontext påverkar konkurrenskraften de olika förlossningsklinikerna

Trots att alla förlossningskliniker befinner sig i samma kontext, påverkades de alltså på olika sätt på grund av deras olika verksamhetsmodeller. I vissa fall har verksamhetsmodellen utvecklats över tid som en följd av kontexten snarare än ett resultat av en aktivt ställningstagande eller strategiskt arbete.

4.3. De fem krafterna inom SLL

I Stockholms kontext påverkar de olika förlossningsklinikerna varandra. Det skapar en miljö som en ny-startad klinik måste handskas med. Figur 5 sammanfattar hur dessa olika krafter ser ut och utgör grunden för den fortsatta analysen.



Figur 5. Hur de fem krafter påverkar möjligheten att utveckla en ny förlossningsklinik

4.3.1. Kraft 1: Konsumenternas förhandlingsstyrka

I många branscher utgör konsumenterna en oerhört stark kraft för att få ner priser eller kräva bättre kvalitet och service (vilket kan i sin tur öka priser). Konkurrensen hårdnar när organisationer försöker locka till sig konsumenter och vilket kan driva ner priser och innebära minskade intäkter. För att behålla sina kunder satsar vårdgivare på att förbättra patientupplevelsen. Man blir då känsligare för patienters eventuella önskemål om flera och dyrare undersökningar vilket leder till högre kostnader. Finansiären – sjukvårdshuvudmannen – strävar efter att kontrollera kostnaderna, men har till huvuduppgift att förbättra befolkningens hälsa. Kravet på ett hälso- och sjukvårdssystem att hantera dessa motstridiga krafter har av Institute for Healthcare Improvement (IHI) sammanfattats i modellen "Triple Aim". Hälso- och sjukvården har tre mål: att förbättra patientupplevelsen, att förbättra befolkningens hälsa, och att samtidigt hålla ner kostnaderna [9].

Vårdval kan ses som ett sätt att ge makten åt patienterna att själva välja utifrån de två första av Triple Aim-dimensionerna – patientupplevelsen och hälsoutfall. Eftersom patientgrupperna betalar genom skatt och inte direkt till klinikerna och landstinget bestämt ersättningarna till förlossningsklinikerna kan dessa inte tävla om patienternas uppmärksamhet med prisinstrumentet. Teoretiskt sett skulle patienternas val däremot fungera som en kraft för att driva fram utvecklingen av högre servicenivåer och bättre medicinska utfall. För att denna mekanism ska fungera måste det finnas en tillräcklig stor och aktiv patientgrupp som gör sina val utgående från hur andra patienter har upplevt vården, på basis av olika värdeerbjudanden och det redovisade medicinska utfallet. Det ställer krav på att information om upplevelse, värdeerbjudande och utfall finns tillgängliga så att kvinnor kan välja utifrån dessa.

4.3.1.1. Klinikernas oförmåga att möta efterfrågan minskade patienternas faktiska förhandlingsstyrka

Minskning i antalet förlossningar kunde innebära att patienternas förhandlingsstyrka skulle öka och då kunde klinikerna försöka rekrytera flera patienter till sin verksamhet. Men det finns en obalans mellan kapacitet hos förlossningsklinikerna och efterfrågan som gör att patienternas förhandlingsstyrka minskar.

Karolinska Solna och SÖS var de förlossningskliniker som flest patienter valde i första hand (Tabell 5). Det visar på en skev distribution i hur blivande föräldrar väljer förlossningsklinik som inte motsvaras av förlossningskapacitet, d v s bemannade förlossningsrum (Tabell 3), eller till de intensiva ansträngningarna som gjordes av ett fåtal verksamheter för att locka till sig patienter.

Tabell 6. Antal patienter som valt förlossningskliniken

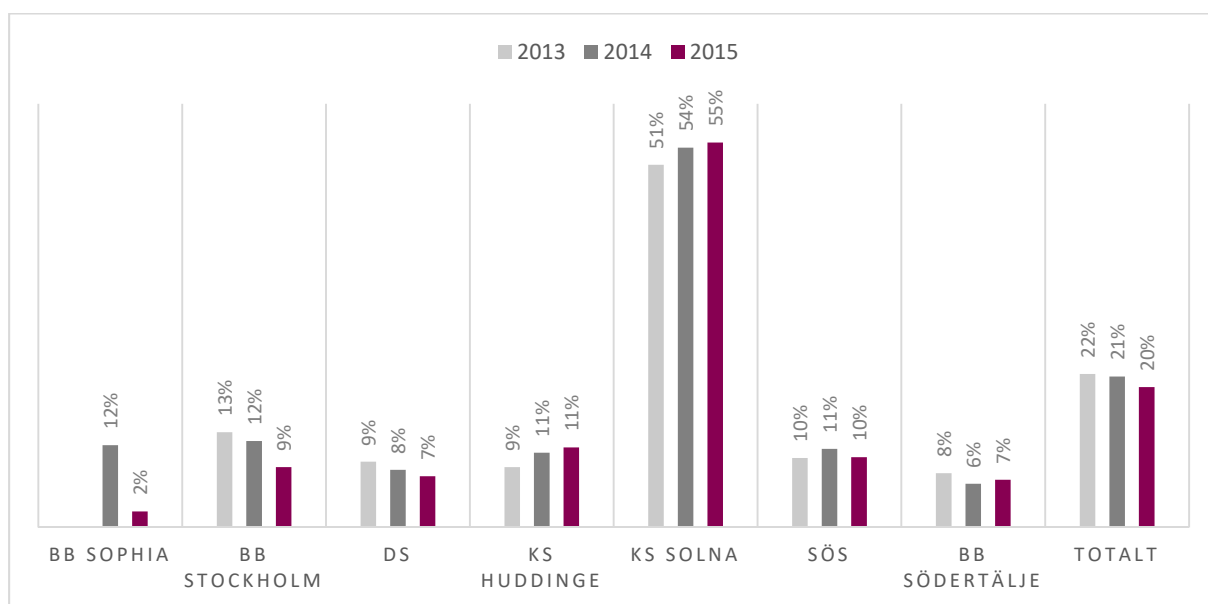
Förlossningsklinik	2013	2014	2015
K* Solna	6588	7080	7313
SÖS	7147	7285	7288
DS	6285	5876	5918
BB Stockholm	3921	3230	3580
BB Sophia	473	1967	2375
BB Södertälje	1262	1229	1302
K* Huddinge	1462	897	820

Källa: HSF

Den geografiska placeringen i socialt utsatta områden långt från stadskärnan skulle enligt en av informanterna kunna bidra till att Karolinska Huddinge och BB Södertälje har få förstahandsval:

BB Sophia ligger på Östermalm, den tjugigaste stadsdelen i Stockholm, där de rika och kända – de som det går bra för – de kommer dit. Så, såklart vill jag också föda där. Och Södertälje som stad... har inte något bra rykte. Det finns mycket sociala problem... vi får vanligtvis bra omdömen från de som hänvisats hit. De är förvånade, för de var verkligen, verkligen ledsna när de kom hit. [Verksamhetsmodell 2]

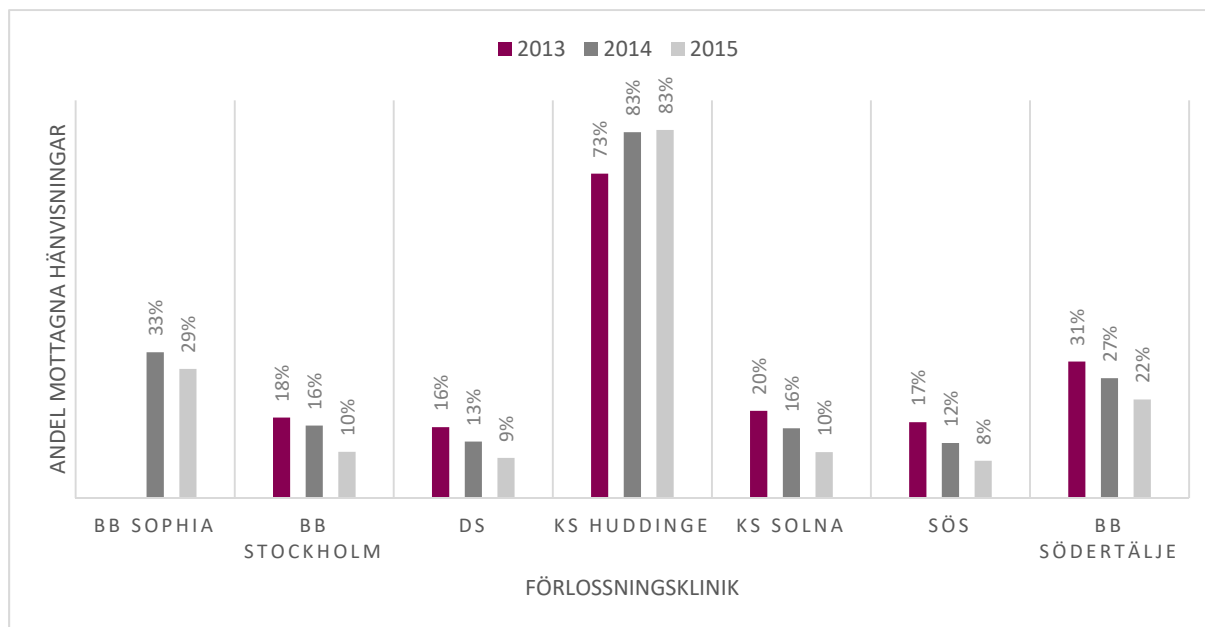
Konsekvensen blev att många inte fick föda på den förlossningskliniken de ursprungligen hade valt (Figur 6).



Figur 6. Andel patienter som inte fick föda på förlossningskliniken de hade valt

Källa: HSF

Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge som var minst populär (Tabell 6) tog i gengäld emot en stor andel patienter som egentligen listat sig på andra kliniker (Figur 7). År 2015 hade 83 procent av patienterna på KS Huddinge egentligen valt en annan klinik.



Figur 7. Andel mottagna hänvisningar av patienter som egentligen valt andra förlossningskliniker Källa: HSF

Sammanfattningsvis är systemet byggt på valfrihet men i genomsnitt var femte familj kan inte tas emot av förstahandsvalet. Tillsvarende kan vi inte se att satsning på marknadsföring och nya kommunikationskanaler till familjer gett utdelning.

4.3.1.2. Patienternas förhandlingskraft försämrades ytterligare p g a överbeläggningar
Beläggningen (antal födselar per förlossningsrum) på förlossningsenheterna i förhållande till maximal kapacitet minskade på tre av klinikerna efter öppnandet av BB Sophia 2014 (Tabell 7). Men p g a av stängda förlossningsrum fick man en ökning av antalet patienter per rum och klinik på BB Södertälje (+46), K* Huddinge (+15) och K* Solna (+73) och därigenom en fortsatt överbeläggningssituation.

Tabell 7. Beläggning och hänvisningar

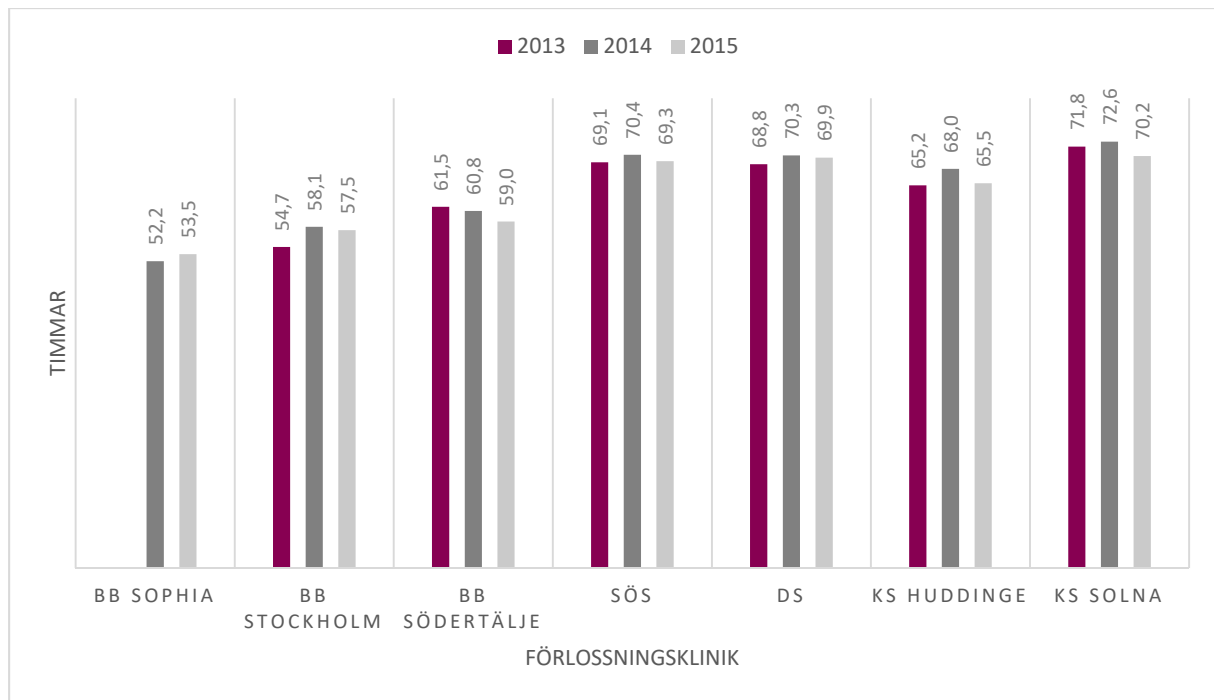
	År	BB Sophia	BB Stockholm	BB Södertälje	SÖS	DS	K* Huddinge	K* Solna	Totalt
Antal födselar per öppet förlossningsrum	2013	-	594	342	522	525	461	447	494
	2014	388	482	391	486	476	509	544	481
	2015	405	516	388	469	458	476	520	466
Förändring av födselar per förlossningsrum	2013-2015	-	-78	+46	-53	-67	+15	+73	-28

Använd andel av maximal kapacitet¹	2013	-	103%	54%	85%	81%	94%	80%	84%
	2014	68%	84%	63%	81%	74%	87%	87%	79%
	2015	71%	91%	62%	79%	72%	83%	83%	77%
Andel riskpatienter		-	Ökade		Ökade				
Andel mottagna hänvisningar	2013		18%	16%	73%	20%	17%	31%	
	2014	33%	16%	13%	83%	16%	12%	27%	
	2015	29%	10%	9%	83%	10%	8%	22%	
Hänvisade patienter	2013	-	13%	8%	10%	9%	9%	51%	22%
	2014	12%	12%	6%	11%	8%	11%	54%	21%
	2015	2%	9%	7%	10%	7%	10%	55%	20%
Förändring av hänvisningar	2013-2015	-	- 4%	-1	+0	- 2%	+1%	+4%	-2%

¹Maximalt 85 % av full kapacitet anses vara långsiktigt hållbart enligt HSF:s beräkningar

Källa: HSF

Alla verksamheter utom BB Sophia sänkte sina vårdtider mellan 2014-2015. På BB Sophia fick patienter stanna så länge de ville, men samtidigt hade enheten de kortaste vårdtiderna. Detta skulle eventuellt kunna förklaras av socioekonomiska och/eller medicinska skillnader. Friska patienter med okomplicerade graviditeter kan antas våga välja kliniker utanför sjukhus i större utsträckning och dessa har även en kortare genomsnittlig vårdtid. Dessutom finns en större benägenhet att aktivt välja klinik bland socioekonomiskt starka grupper. Dessa grupper har i sin tur även oftare god hälsa. På BB Stockholm beskrev en av de intervjuade att även om patientflödena minskade med 18 procent, stannade de kvarvarande patienterna längre eftersom andelen komplicerade fall ökade. En av de intervjuade på en modell 3-verksamhet menade att det ökade antalet riskpatienter i kombination med mindre erfarna barnmorskor gjorde att man inte var lika benägen att skicka hem patienter tidigt, vilket förlängde vårdtiderna.



Figur 8. Vårdtider hos de olika förlossningsklinikerna

Källa: HSF

4.3.2. Kraft 2: Leverantörers förhandlingsstyrka

De viktigaste "leverantörerna" till förlossningsklinikerna var mödravårdscentraler (MVC) som remitterade patienter. Modell 1 och 4 arbetade med att skapa personliga och långsiktiga relationer med personalen på MVC eller att driva sin egen MVC. För verksamhetsmodellerna 1 och 4 var de organisationer som remitterade patienter viktiga för att säkerställa patientflödet till kliniken. Klinikerna upplevde dock sig inte vara beroende mödravårdscentralerna, vilket innebär att de som leverantörer hade en svag förhandlingsstyrka.

4.3.3. Kraft 3: Substitut för varan eller tjänsten

När det gäller förlossningsvård är det svårt att se vad ett substitut skulle vara inom ramen för gällande lagstiftning. I andra länder vore hemförlossningar ett exempel på ett tjänstesubstitut. I Sverige är hemförlossningarna mycket få även om SLL är ett av de landsting som ersätter barnmorskor för att bistå vid förlossningar i hemmet. Eftersom få kvinnor väljer hemförlossning är den tredje av Porters konkurrenspåverkande krafter inte relevant för vår analys.

4.3.4. Kraft 4: Konkurrens från nya aktörer

Arbetet med att bygga upp en ny förlossningsklinik tog lång tid. Det krävde inte bara byggnation, utan även rekrytering och ett godkännande från "auktoriseringmyndigheten", i detta fall Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Samtidigt väcktes många frågor kring patientsäkerheten i både dagspressen och professionernas olika tidskrifter. Allt detta bidrog till att barriärerna för den nya aktörens inträde var höga.

4.3.4.1. Stordriftsfördelar kan hindra nya aktörer från att etablera sig

Modell 3-klinikerna var etablerade och hade för det mesta alltid full beläggning. Det gjorde dem mindre benägna att aktivt söka efter patienter. En ny klinik däremot behövde aktivt rekrytera patienter. Det gjorde

att resurser i form av tid och pengar behövde läggas på annat än förlossningsverksamhet vilket innebar ett hinder.

4.3.4.2. Popularitet påverkar efterfrågan

När många patienter väljer en klinik, finns det en benägenhet hos andra patienter att göra likadant. En sådan effekt skulle kunna förklara varför vissa kliniker var konstant mer populära bland patienterna (Tabell 5). En ny etablering kräver därför en investering i marknadsföring för att informera presumtiva patienter om det nya alternativet. Sociala medier blev en viktig kanal för BB Sophia. Dock räckte det inte för att skapa den efterfrågan som behövdes.

4.3.4.3. Investeringar krävs för att bygga upp verksamheten

För att starta en ny förlossningsverksamhet krävs stora kapitalinvesteringar och högspecialiserad kompetens på flertalet områden. Kapital krävs för att bygga upp lokaler, köpa utrustning och introducera personal. Dessa åtaganden gör att sannolikheten för att nya privata aktörer ska starta verksamheter på förlossningsområdet är låg. Det visade sig dessutom att lokalkostnaderna blev betydligt dyrare för BB Sophia än för de redan etablerade kliniker.

4.3.4.4. Landstingets styrning och intervention

Auktorisationskraven för att starta en ny förlossningsklinik är mycket omfattande och definieras i den kravspecifikation som ges i vårdvalshandboken. Tröskeln höjs ytterligare då landstinget inte tar något aktivt beslut om en ny vårdvalsaktör förrän den etablerats och sökt auktorisation. Frågan om att öppna en fristående förlossningsklinik var något som ifrågasattes både politiskt och medicinskt, vilket därmed skapade osäkerhet både när det gällde frågor om landstingets styrning och riskerna med de investeringar som den nya aktören måste göra. Vissa chefer ansåg att SLL borde ha planerat skapandet av det nya utbudet inom förlossningsvården bättre genom att säkerställa personalförsörjningen innan tillstånd gavs den nya enheten att öppna. En av de intervjuade tyckte att kliniken borde ha instruerats att starta i mindre skala för att växa efter hand för att minimera den negativa påverkan på de andra aktörerna "personalkarusellen" förorsakade.

Ersättningssystemets utformning påverkar intäktsströmmen. SLL sätter förlossningsvårdens priser och konstruerar dess ersättningsmodeller. Politiska beslut kan justera priserna uppåt eller nedåt. Marknadens aktörer har inget inflytande över prissättning. De underskott som uppstod på många offentligägda kliniker täcktes med skattemedel. Detta utgjorde en konkurrensmissig nackdel för de privatdrivna klinikerna som var tvungna att täcka sina underskott med egna medel.

Ersättningssystemet skiljer inte på olika patientgrupper. Självklart är att högriskpatienter kräver mer uppföljning och därmed fler resurser. Men det kan gälla även för kvinnor med okomplicerade förlossningar. T ex skiljer inte ersättningssystemet mellan kvinnor som är förstföderskor och omföderskor, även om första-gångsfödslar har längre vårdtider i form av utdragna förlossningar och fler dagar för eftervård. Jämfört med de andra klinikerna attraherade BB Sophia en större andel förstföderskor (>60%). De andra klinikerna hade år 2013 andelar förstföderskor som varierade mellan 36 och 46 procent.

4.3.4.5. Förväntat ifrågasättande

Även om det ligger utanför projektets ramar och därmed inte har analyserats i detalj är det viktigt att nämna den debatt som föregick den nya aktörens etablering och som sedan fortsatte under hela dess verksamhet. Debattinlägg, dokumentärer och artiklar i dagspress samt facktidskrifter väckte frågor om patientsäkerhet, ekonomi och jämlik vård. Diskussionen kan ha påverkat patientinflödet negativt både i termer av patientval och remisser från mödravårdscentraler och andra aktörer och därigenom försvårat nyetableringen. Samtidigt visade "personalkarusellen" att det var många, framförallt erfarna barnmorskor, som trodde på verksamhetsmodellen, även om den offentliga debatten också innehöll inlägg från grupper av vårdpersonal som ifrågasatte det nya konceptet.

Sammanfattningsvis var (och sannolikt förblir) tröskeln för etablering hög på grund av höga investeringskostnader, negativ PR i form av offentlig kritik och ifrågasättande, samt brist på stöd från huvudmannen under förberedelseprocessen. Nyetableringen förde dock med sig positiva effekter i form av ökad lojalitet hos medarbetarna och inspiration till nya arbetssätt.

4.3.5. Kraft 5: Konkurrens mellan befintliga aktörer

Rivaliteten påverkas av konkurrensens intensitet och de etablerade aktörernas konkurrensfördelar. Det varierande antalet förlossningar som försvårar möjligheterna till expansion, det faktum att klinikerna liknar varandra i storlek och värdeerbjudande, låg sannolikheten att stänga en förlossningsklinik på ett sjukhus i Stockholm, samt höga fasta kostnader och låga marginalkostnader – alla dessa faktorer borde teoretiskt sätt bidra till att öka konkurrensen. Men Stockholms läns förlossningskliniker hade ingen tidigare erfarenhet av att verka på en konkurrensutsatt marknad. Förlossningsvården i Stockholm består av ett antal väletablerade aktörer som inte aktivt konkurrerar med varandra. Företrädare för varje klinik träffas ofta och diskuterar utmaningar och nya rön tillsammans. Deras förmåga att anpassa sig till ökad konkurrens var liten – med några undantag.

På samma gång som konkurrensen om patienterna hårdnat råder det brist på kvalificerad sjukvårdspersonal. Bristen ger barnmorskorna en god förhandlingsposition. Detta skapar ett behov hos klinikerna att kunna erbjuda bra löner och anställningsvillkor samt en god arbetsmiljö och goda utvecklingsmöjligheter. Klinikerna med verksamhetsmodell 1 och 2 har visat sig vara mer framgångsrika i konkurrensen om barnmorskor. När BB Sophia började rekrytera personal fick de över 200 sökande till 80 tjänster innan de ens hade öppnat. Det gjorde det möjligt att handplocka medarbetare med omfattande erfarenhet och flertalet kompetenser, såväl medicinska som administrativa. Därmed kunde personalen arbeta med varierande arbetsuppgifter och bidra till klinikkens utveckling på många olika sätt. Då behovet av läkarinsatser är mindre per patient än behovet av barnmorskor och undersköterskor, kan storsjukhusen inte utnyttja sina stordriftsfördelar vad gäller kostnader för läkare. Såväl verksamhetsmodellerna 1 som 2 rapporterade dock höga kostnader och ofördelaktiga konsultavtal för läkarinsatser.

Förutom personalkarusellen verkar inte konkurrensen vara särskilt hög. Men personalkarusellen vittnar om att det finns ett intresse hos personalen, framförallt barnmorskor, att utveckla befintliga samt införa nya verksamhetsmodeller. Men klinikledningarna hos etablerade verksamheter verkar inte ha utvecklat sina verksamheter för att bli mer konkurrenskraftiga. Det skulle kunna vara så att redan etablerade verksamheter vilar på kunskapen om att nedläggningen av verksamheten är osannolik, vilket styrks av berättelserna från modell 3-kliniker om att ekonomiska problem brukar lösas tack vare att man är del av en större sjukhusorganisation. Samtidigt hade de stora sjukhusklinikerna med verksamhetsmodell 3 inte utvecklat några nya strategier för att attrahera fler patienter eller för att utveckla verksamheten, och de såg ekonomin som den stora begränsande faktorn.

Vår personal har en miljon idéer om hur man skulle kunna jobba, liksom, både bättre för dem och för våra födande kvinnor. Men vi är ju begränsade [pga ekonomin]..., alltså vi är ju inte unika på något sätt. (VM 3)

Modell 2 hoppades på att attrahera nya patientsegment från grannlän i samband med den nya patientvals-lagen och ett nybyggt sjukhus. En modell 1-klinik hade ökat kontakterna med mödravården för att attrahera fler patienter och hade dessutom planer på att utveckla sin webbplats.

4.4. Sammanfattning av marknadsanalysen

Sammanfattningsvis kan man, med hjälp av femkraftsanalysen, reflektera över hur vårdval egentligen fungerar inom förlossningsvården. Patienter kan önska vilken klinik de skulle vilja föda på, men det saknas kapacitet att bemöta patienternas efterfrågan. Om de väljer de mest populära klinikerna är risken stor att

de inte får föda på den valda kliniken. Att patienternas val inte kan förklaras utifrån graden av marknadsföring eller vårdkvalitet eller personalens kompetensnivåer verkar tyda på att det saknas indikatorer och information som kan hjälpa patienterna välja på någon annan grund än på historiskt renommé. Verksamheter som går i förlust stänger inte eftersom underskottet täcks av sjukhuset och landstinget. Klinikerna saknar strategier för att möta patienternas önskemål om val och om hur man kan förbättra arbetssätt och arbetsmiljö för att möta personalens önskemål om vad som utgör en bra arbetsplats.

5. Implikationer för nuvarande och framtida aktörer

Enligt Stockholms läns landstings befolkningsprognoser väntas antalet födselar i Stockholms län öka med 24 procent den närmaste tioårsperioden. Gravida kvinnor i Stockholms län efterfrågar vård i samband med graviditet och förlossning. Det är därmed troligt att förlossningsvårdens kapacitet behöver utökas. Samtidigt kan nuvarande aktörer få svårt att expandera sina verksamheter ytterligare på grund av begränsad tillgång till personal och lämpliga lokaler samt förlossningsvårdens beroende av komplex beredskap som bygger på annan verksamhet (intensivvård och neonatalvård). Detta kan leda till brist på förlossningsplatser framöver.

De oväntat konstanta födelsetalen mellan 2013-2015 bidrog till den minskning av patientflöden som kunde observeras på övriga förlossningsenheter när BB Sophia öppnade. Denna minskning ledde till ökad konkurrens om patienter. Enheter som tidigare inte hade behövt anstränga sig för att uppnå full beläggning fick plötsligt lediga platser. Den samtidiga och plötsliga minskningen av personalen på enheterna och svårigheterna att behålla och rekrytera ny personal hade gjort det svårt för förlossningsvården i Stockholm att hantera högre födelsetal. Vår studie belyser att vårdvalssystemet i sin nuvarande utformning inte skapar förutsättningar för snabba kapacitetsökningar och inte heller erbjuder etablerade aktörer tillräckliga incitament för omställning.

Föräldrar och barnmorskor har visat ett ökat intresse för medicinska och icke-medicinska innovationer i förlossningsvården, såsom övervakningsmetoder, vattenfödselar, familjecentrerad vård, hud-mot-hud-kontakt och nya verksamhetsmodeller. Enligt respondenterna i denna studie utgjorde motståndet mot sådana innovationer på storsjukhusen en drivkraft till att öppna BB Sophia. Genom stängning av både Södra BB och BB Sophia minskar patienternas valmöjlighet beträffande alternativ till traditionell förlossningsvård om övriga kliniker inte anammar dessa innovationer och annan utveckling som sker inom vårdområdet.

5.1. Behov av fortsatt utveckling av vårdval inom förlossningsvården

Trots ett unikt värdeerbjudande kunde inte BB Sophia få ekonomin att gå ihop. Verksamhetsmodellen var inte bara i obalans när det gällde intäkter och kostnader, utan verksamhetsmodellens komponenter var inte tillräckligt väl sammanlänkade. Det finns delade meningar om det hade varit möjligt att minska personalkostnaderna. En rimlig tolkning av verksamhetsmodellanalysen är att det som bidrog till att locka personalen till BB Sophia hade mycket med arbets sättet att göra och särskilt värdeerbjudandet om kontinuitet för patienter under hela den perinatala processen. Utöver detta såg man på personalen som en resurs och därmed fick man en autonomi och variation i arbetet istället för att behandla dem som personer som behövde ledas och vidareutbildas.

Att ekonomin inte var i balans hos de andra aktörerna belyser dock att de ekonomiska problemen på BB Sophia inte enbart relaterade till verksamhetsmodellen. Alla kliniker skulle ha anledning att se över sina verksamhetsmodeller för att differentiera sig, bättre möta behoven hos olika delar av patientpopulationen inom Stockholm och därmed öka sin konkurrenskraft. Samtidigt skulle det kunna innebära att mer innovativa sätt att bedriva förlossningsvård införs. Ersättningarna för förlossningsvården sätts av beställaren med ett starkt inslag av kostnadskontroll. Större trovärdighet skulle uppnås och relationerna till utförarna förbättras om ersättningarna upplevdes bättre återspegla faktiska kostnader. Det skulle också öppna för bättre styreffekt gällande önskade verksamhetsförändringar. Tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkyl (TDABC) är en ansats som ger större precision i kostnadsbestämning av vårdprocesser.

Vår studie har visat att familjer och gravida kvinnor i hög grad önskar välja förlossningsklinik. Personalen har ett stort intresse för att skapa alternativ till de befintliga verksamhetsmodellerna, vilket personalkarussellen tydligt visar. Ökad konkurrens ger chefer anledning att se över sina verksamheter och utarbeta strategier som gör enheten till ett förstahandsval. Det nuvarande vårdvalssystemet har av säkerhetsskäl skapat höga trösklar för nyetablering och otillräckliga incitament för mer genomgripande verksamhetsförändringar

bland de etablerade aktörerna. Bekymmersamt är att för var femte föderska kan förstahandsvalet inte tillgodoses.

5.2. Implikationer för strategisk utveckling

Slutsatsen av våra analyser är att hur patienterna väljer inom ramen för vårdval inte verkar vara en tillräcklig stark drivkraft för att få till stånd förbättringar och innovationer inom förlossningsvården. Att klinikledningarna träffas för att diskutera nya rön inom förlossningsvård kan vara en utgångspunkt för förbättring och innovation. Förverkligandet av klinikledningens och personalens önskan om att leverera God vård kan underlättas av en verksamhetsmodellsanalys som möjliggör en djupare förståelse av hur olika aspekter av ens verksamhet hänger ihop. Genom att koppla ihop en sådan analys med data från arbetsmiljöenkäter och patientenkäter skulle ytterligare kunskap kunna skapas för framtida strategier. En verksamhetsstrategi kan då utformas utifrån insikten av att det finns flera variabler att påverka än personalkostnader för att få ekonomin i balans. Denna rapport är ett försök att visa på hur en verksamhetsmodellsanalys och en analys av befintliga aktörers interaktioner kan ge viktiga bidrag till att förbättra förlossningsvården för patienter, personalen och huvudmannen.

6. Referenser

1. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J: *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill; 2009.
2. Yin RK: *Case study research: design and methods*, 3rd edn. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2003.
3. Eisenhardt KM: Building Theories from Case-Study Research. *Academy of Management Review* 1989, 14(4):532-550.
4. Osterwalder A, Pigneur Y, Clark T: *Business model generation : a handbook for visionaries, game changers, and challengers*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2010.
5. Mesterton, J., Ladfors, L., Ekenberg Abreu, A., Lindgren, P., Saltvedt, S., Weichselbraun, M., & Amer-Wählin, I.: Case mix adjusted variation in cesarean section rate in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2017, Feb 21. [Epub ahead of print]. <http://doi.org/10.1111/aogs.13117>
6. Porter ME: *Competitive Strategy: techniques for analyzing industries and competitors: with a new introduction*, 1st Free Press edn. New York: Free Press; 1998.
7. Porter ME: *The five competitive forces that shape strategy*. *Harv Bus Rev* 2008, 86(1):78-93, 137.
8. Pawson R, Tilley N: *Realistic evaluation*. London: SAGE; 1997.
9. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J: The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008, 27(3):759-769.

7. Tack

Författarna vill tacka alla som ställde upp på intervjuerna och Clinical Management forskargruppen på Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, för deras kommentarer på tidigare utkast. Data insamling och en del av analysen gjordes som en del av en masters uppsats skriven av Annaklara Martin-Löf och Emmanuelle Martin och handledning av Pamela Mazzocato Carl Savage och Isis Amer-Wählin. Vi skulle även vilja tacka Specialitetsrådet och olika representanter inom HSF för diskussioner kring preliminära resultat och våra tolkningar. Isis Amer-Wählin, Michael Teklé Palm, Stefan Bengtsson, Anna Olofsson, Ulrika Zetterström, har alla hjälpt med datainsamling och analysstöd. Anna-Berit Ransjö Arvidson och Ann-Marie Widström har get kommentarer på intervjuguiden. Arbetet med rapporten har finansierats av Hälso- och sjukvårds-förvaltningen. Forskningen som ligger till grunden för rapporten har godkänts av den Regionala etikprövningsnämnden (Dnr: 2015/452-31/5). Författarna uppger att de inte har potentiella bindningar eller jävsförhållanden.

Clinical Management Research Group, MMC

The Medical Management Centre (MMC), Karolinska Institutet, offers academic education to health care professionals and managers, and carry out research to support a science based management practice in health care. MMC's vision is to address how resources in the form of competence, knowledge, material and other assets can best be used and developed to improve human health.

We work nationally, regionally and locally with authorities, health care providers, and patient representatives as well as with educational and research institutions in medicine and health care, to serve as a conveyor of knowledge and research related support for change and development. Our aim is to develop new knowledge through interaction with our partners and fruitful meetings between theory and practice.

Pamela Mazzocato and Carl Savage lead the Clinical Management Research Group at MMC. We strive to bridge the medical management know-do gap by researching and developing innovative management practices together with practitioners that generate value for staff and patients. Our ambition is to help managers in health care to be better able to make sense of health care and make evidence informed decisions.