

Resultatbasert finansiering: Bør vi betale dr. Jekyll og søster Hyde for bedre mødre- og spedbarnshelse?

Til tross for iherdig innsats fra politikere og donorer er det fortsatt høy mødre- og spedbarnsdødelighet i mange utviklingsland. En viktig grunn til den høye dødeligheten er at kvinnene føder uten tilsyn av kvalifisert helsepersonale. For å forbedre helsen til mødre og spedbarn har NORAD, verdensbanken og andre donorer gått sammen om et nytt pro-

Dessverre er det usikkert om dette programmet vil ha en positiv effekt på mødre- og spedbarnshelse.

gram: resultatbasert finansiering for bedre mødre- og spedbarnshelse. Programmet har til hensikt å øke antall kvinner som føder på helseklinikker og kvaliteten på helsetjenester som tilbys de vordende mødrene og spedbarna. Dessverre er det usikkert om dette programmet vil ha en positiv effekt på mødre- og spedbarnshelse. Ved hjelp av de to fiktive karakterene dr. Jekyll og søster Hyde vil jeg argumentere for at effekten av resultatbasert finansiering i beste fall er usikker og kan være negativ.

RESULTATBASERT FINANSIERING
Tidligere intervensjoner i helsesystemer

i utviklingsland har fokusert på å øke tilgjengeligheten på medisiner og utstyr. Menneskelige ressurser og motivasjon har stort sett blitt ignorert i disse programmene. I nyere tid har forskere og politikere begynt å forstå at en helsearbeider som har kunnskap og utstyr ikke nødvendigvis er en motivert helsearbeider. Kvaliteten på helsetjenestene som blir tilbudt er avhengig av helsearbeiderens vilje og kompetanse til å tilby helsetjenester. Vi kan dermed forbedre kvaliteten på helsetjenester ved å øke motivasjonen til helsearbeideren, så sant han har kunnskap, utstyr og medisiner.

Resultatbasert finansiering skal øke motivasjonen til helsearbeidere ved å betale dem for å behandle mødre og barn. Både helsearbeidere og/eller mottakere av helsetjenester kan bli belønnet for en endring i atferd. Vi kan for eksempel betale pasientene for å komme til klinikken. Betaling til pasienter har vært gjennomført i noen prosjekter, men ikke i alle.

Dessverre er ikke penger en effektiv motivasjon for alle helsearbeidere og fungerer ikke nødvendigvis effektivt for de som blir motivert av penger. For å illustrere dette poenget kan vi se for oss to fiktive helsearbeidere, Dr. Jekyll og Søster Hyde som begge jobber på en vanlig øst-afrikansk klinikk.

DR. JEKYLL OG SØSTER HYDE

Dr. Jekyll er en middelaldrende lege og leder for en liten rural helseklinikk. Han er en dyktig lege og tilbyr høy kvalitet til pasientene som kommer til klinikken når medisiner og utstyr er tilgjengelig. I det rurale distriktet hvor han jobber er mødre- og spedbarnsdødelighet høy og har vært det i flere år. Tradisjonell medisin står sterkt i området og mange kvinner foretrekker å føde hjemme eller under tilsyn av en klok kone. Dr. Jekyll har klart å overbevise flere kvinner om å komme til klinikken hans å føde, men antallet kvinner som føder på hans klinikk er fortsatt lavt i forhold til andre distrikter.

Søster Hyde er en ung sykepleier og jobber på et helsesenter i en stor by i det østlige Afrika. Om morgenen jobber hun i det offentlige, og om kvelden jobber hun på en privat klinikk. Det er tungt å ha to jobber, men det gir søster Hyde muligheten til gi sine barn en god utdanning og sin familie husvære og mat. Søster Hyde er en kompetent sykepleier og har gode kontakter i helsedepartementet. Hun har bestemt seg for å jobbe så lite som mulig på den offentlige klinikken og heller jobbe lenger på den private. På det private helsesenteret blir hun betalt bra og hun bruker derfor så lite tid på pasienter i det offentlige som hun kan komme unna med. Søster Hyde betrakter legegjerningen som en jobb og ikke som et kall.

Helseklinikken til Dr. Jekyll og søster Hyde har fått et direktiv fra helsedepartementet om at klinikken vil få utbetalt en bonus som øker med antall kvinner som føder på klinikken. Hver helsearbeider vil også få en utbetaling. Hvordan vil Dr. Jekyll og søster Hyde reagere på dette direktivet?

Dr. Jekyll gjør allerede sitt aller beste for kvinnene i området og tror ikke at han kan gjøre noe mer. Helsearbeiderne vil få utbetalt en bonus dersom antall kvinner som føder på klinikken øker, eller hvis de allerede har en høy andel kvinner som føder ved klinikken. Andelen kvinner som føder ved Dr. Jekylls klinikk er høyere enn den kunne ha vært på grunn av hans iherdige innsats, men fortsatt lav sammenlignet med andre distrikter. Dr. Jekyll synes det er urettferdig at den innsatsen som han har gjort i mange år ikke blir belønnet.

Søster Hyde får også høre om dette direktivet. Hun tenker seg om og mener hun ikke kan kutte ned på antall timer på den private klinikken fordi fravær straffes hardt, men det hadde likevel vært fint å få en bonus. Søster Hyde bestemmer seg derfor for å kun behandle fødende mødre i det offentlige, og trappe ned på behandling av andre pasienter. Søster Hyde har oppdaget at noen pasienter har en mer komplisert sykdomshistorie enn andre og bestemmer seg for å prioritere de kvinnene som hun tror vil kreve minst arbeid.

HVOR EFFEKTIVT ER RESULTATBASERT FINANSIERING?

I eksempelet over vil ikke resultatbasert finansiering øke kvaliteten på helsetjenestene som tilbys kvinner, selv om antallet mødre som kommer til klinikken kan øke. Det er dermed uklart om ordningen vil bedre mødre- og spedbarns helse. Bonussystemet tar nemlig ikke hensyn til at helsearbeidere har ulik motivasjon for arbeidet de gjør.

Dr. Jekyll er allerede motivert og jobber så hardt han kan for å hjelpe fødende mødre, spedbarn og andre pasienter. Det er ikke vanskelig å se at Dr. Jekyll kan synes at et bonussystem kan virke urettferdig, og at det til og med kan være demotiverende.

Søster Hyde er sterkt motivert av penger og før direktivet ble innført sluntret hun unna arbeidet på den offentlige klinikken. Ved første øyekast skulle vi tro at hun ville respondere positivt på direktivet og behandle flere fødende mødre. Selv om søster Hyde faktisk klarer å øke antall kvinner som føder på den offentlige klinikken, så behøver ikke dette resultere i økt kvalitet. For det første, et ønske om å maksimere økonomisk utbytte kan lede til at hun bare øker de aspekter ved kvalitet som er synlig for pasientene.¹ En kan tenke seg en situasjon der søster Hyde er høfligere mot pasientene, men glemmer å vaske hendene. For det andre, søster Hyde kan bli fristet til å la være å behandle de mest pleietrengende pasientene fordi de tar lengre tid å behandle.² Jo flere "friske fødende mødre" hun kan overtale til å føde på klinikken jo bedre betaling vil hun få. Selvfølgelig kan man gi en ekstra bonus for pasienter med en alvorlig sykdomshistorie, men dersom det er søster Hyde som skal bestemme hvor alvorlig lidelse pasienten har så vil hun ha et insentiv til å klassifisere tilfeller som alvorlige selv om de ikke er det. Faktisk kan det tenkes at hun blir fristet til å overrapportere antall pasienter hun behandler for å få en større bonus. Og for det tredje, andre pasienter som barn, kan få et dårligere tilbud.

Dr. Jekyll og søster Hyde er karikerte eksempler, og i virkeligheten vil nok vanlige helsearbeidere ligne både på Dr. Jekyll og søster Hyde. De bryr seg om pasientene og om sine egne økonomiske interesser. Et viktig spørsmål man bør stille er om det i det hele tatt er mulig å

utvikle et resultatbasert betalingssystem som både øker antall mødre som føder på klinikken og sikrer høy kvalitet på behandlingen de mottar. Vi må kunne kreve at et slikt bonussystem ikke skal demotivere helsearbeidere som Dr. Jekyll, som allerede gjør så godt de kan. Det kan tenkes at det er mulig å ivareta motivasjonen hans ved å belønne han og andre arbeidere som allerede gjør en god jobb. Man står da igjen ovenfor oppgaven med å definere og måle hva det vil si å gjøre en god jobb. I vårt eksempel gjør Dr. Jekyll en god jobb, selv om antall kvinner som føder på klinikken hans er lavt i forhold til andre distrikter,

Dersom viktige aspekter ved kvalitet ikke kan måles eller gjenkjennes av pasienter eller ledelse, så er det lite sannsynlig at resultatbasert betaling øker kvaliteten til pasientene som behandles.

Interessant nok er problemet enda vanskeligere å løse for arbeidere som er motivert av penger, fordi det krever at vi kan måle alle viktige aspekter ved kvalitet. For å hindre at søster Hyde tilbyr dårlig kvalitet, så må enten pasientene eller ledelsen vite når søster Hyde tilbyr høy kvalitet, og la være å belønne henne dersom hun tilbyr fødende mødre lav kvalitet. Dersom viktige aspekter ved kvalitet ikke kan måles eller gjenkjennes av pasienter eller ledelse, så er det lite sannsynlig at resultatbasert betaling øker kvaliteten til pasientene som behandles. Faktisk så kan den gjennomsnittlige kvaliteten gå ned, og dersom mer kompliserte tilfeller unngås så kan mødre- og spedbarnsdødeligheten

¹ Dette fenomenet kalles gjerne *multi-tasking*, dvs. at arbeideren bare utfører oppgaver som kan observeres og belønnes, men unngår oppgaver som ikke kan måles.

² Dette fenomenet kalles gjerne *cherry-picking*, dvs. at arbeideren unngår vanskelig oppgaver, og heller utfører flere enkle oppgaver.

Effekten av pengeinsentiver er dermed vanskelig å forutsi fordi den avhenger av den underliggende motivasjonen til helsearbeideren. Det er ironisk at resultatbasert finansiering kan ha dårligst effekt på helsearbeidere med sterk pengemotivasjon.

gå opp som en følge av resultatbasert finansiering.

Effekten av pengeinsentiver er dermed vanskelig å forutsi fordi den avhenger av den underliggende motivasjonen til

helsearbeideren. Det er ironisk at resultatbasert finansiering kan ha dårligst effekt på helsearbeidere med sterk pengemotivasjon. Dessuten er det utfordrende å skape et betalingssystem når viktige aspekter ved helsetjenester ikke kan måles.

POFESJONSETIKK, ANERKJENNELSE OG DEN HIPPOKRATISKE ED

Selv om resultatbasert betaling ikke nødvendigvis øker kvaliteten på helsetjenester så betyr ikke det at finansielle insentiver ikke kan være effektive. I historien over er ikke resultatbasert betaling effektivt fordi det er vanskelig å observere hva søster Hyde gjør. Ideelt ønsker vi at søster Hyde skal tilby helsetjenester av høy kvalitet også når hun ikke blir observert. En mulig løsning er

å øke den profesjonelle integriteten til søster Hyde. Det kan også hjelpe å øke lave lønninger til helsearbeidere som synes det er vanskelig å leve på en lønn. En lønnsøkning kan også sees på som en anerkjennelse av helsearbeid og det er ikke urimelig å forestille seg at helsearbeidere som er takknemlige for en lønnsøkning vil oppleve en høyere motivasjon.

Ideen om å introdusere profesjonelle normer i helsesektoren er ikke ny, og kom i alle fall så tidlig som med den hippokratiske ed, men dersom kvaliteten på helsetjenestene er lav så kan denne gamle ideen være verd å utforske.

*IDA LINDKVIST
Stipendiat CMI/PhD-student UiB*