

# Ledaren – viktig länk mellan styrmodell och medarbetare

## OLIKA STRATEGIER FÖR ATT FÖRENA EKONOMISKA KRAV MED VÅRDPERSONALENS DRIVKRAFT ATT GE GOD VÅRD

**Sara Korlén**, doktorand, leg psykolog, Medical Management Centrum, institutitionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska institutet  
 ● sara.korlen@ki.se

**Anna Essén**, fil dr, Center for Human Resource Management and Knowledge Work, Stockholm School of Economics Institute for Research

**Isis Amer-Wählin**, med dr, leg läkare, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet

**Peter Lindgren**, med dr, Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi (IHE)

**Ulrica von Thiele Schwarz**, fil dr, leg psykolog, institutitionen för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola; de tre sistnämnda Medical Management Centrum, institutitionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska institutet; samtliga Stockholm

**Hälso- och sjukvårdens styrmodeller** är föremål för utvärdering och debatt [1]. Tillämpningen av konkurrens och ekonomiska incitament till vårdgivare driver, enligt förespråkarna, effektivitet och förbättringar. Kritiker hävdar att det leder till en ojämlik urskiljning av lönsamma patienter och fragmentering av vården, vilket drabbar både patienter och profession negativt [2,3]. Översiktsstudier i hälso- och sjukvården visar att ekonomiska incitament kan öka förekomsten av väl definierade och avgränsade aktiviteter, men det saknas fortfarande brett vetenskapligt stöd för att de får avsedd effekt [4, 5]. För en mer utförlig beskrivning av svenska tillämpningar se [6] och [7].

Debatten är brokig och många gånger ideologiskt färgad. Men vad vet vi egentligen om hur den ekonomiska styrningen påverkar chefer och medarbetare i den kliniska vardagen? Och hur är det med kopplingen mellan ekonomiska styrsystem å ena sidan och personalens drivkrafter å andra sidan? Inom motivations- och managementlitteraturen beskrivs ett komplext samspel mellan yttre incitament och inre drivkrafter, som är av värde för att bättre förstå tillämpningar i hälso- och sjukvården. Det finns fallstudier som beskriver hur ekonomiska styrmodeller omvandlas i praktiken [8], men det är fortfarande ont om studier som belyser hur medarbetarnas motivation påverkas.

Mot denna bakgrund presenterar vi en översyn av relevanta exempel från motivations- och managementlitteraturen och från hälso- och sjukvårdsforskningen. Därefter följer ett empiriskt exempel från en nyligen publicerad kvalitativ studie [9] av en lokal världsmodell, som belyser hur kliniska ledare länkar samman den ekonomiska styrningen med medarbetarna.

### Yttre och inre drivkrafter

Tillämpningen av ekonomiska incitament till vårdgivare vilar på antaganden om att yttre (monetära) belöningar ska få organisationens medarbetare att bete sig i önskad riktning. Även om yttre belöningar visat sig vara en möjlig strategi, beskrivs drivkrafter som ett mer sammansatt fenomen i motivationslitteraturen. Inre drivkrafter, som i bred bemärkelse utgörs av tillfredsställelsen av att göra något för sakens skull, har stark påverkan på beteenden över tid. Psykologisk forskning visar att inre behov av självbestämmande och att lära sig nya saker samt behovet av meningsfulla relationer har ett högt förklaringsvärde till varför vi gör som vi gör [10]. Även beteendeeconomisk forskning visar att altruistiska motiv är en stark inre driv-

kraft, liksom behovet av att få respekt och förtroende från andra [11].

Mänskligt beteende styrs således av ett samspel mellan yttre och inre drivkrafter, och den motiverande funktionen av yttre belöningar beror på samstämmigheten dem emellan. Vissa går så långt som att hävda att yttre belöningar skadar motivationen hos individer med stark inre drivkraft. Denna sk undanträngningseffekt är omtvistad, men återfinns i empiriska studier inom psykologi och beteendeekonomi [12]. En försiktigare tolkning är att yttre belöningar inte är motiverande per automatik, utan att det beror på individen och det sammanhang som belöningarna tillämpas i.

### Professionella värderingar och offentlig sektor

Med tanke på betydelsen av inre drivkrafter kan man fråga sig vilka värderingar som präglar hälso- och sjukvården. Den sociologiska litteraturen beskriver karaktärsdrag som präglar sk professioner, där yrken inom sjukvården är tydliga exempel. En profession är en yrkesgrupp med vetenskaplig expertkunskap och därmed mandat att agera självständigt i sin yrkesroll. Kännetecknande för yrken inom sjukvården är också en stark yrkesetik, där uppdraget att värna patientens behov är en central drivkraft [13].

Empiriska studier bekräftar denna bild: medarbetare inom offentlig sektor upplever inre drivkrafter som viktigare [14] och införandet av ekonomiska incitament som mer negativt än medarbetare inom privat sektor [15].

Sammanfattningsvis finns det skäl att tro att inre

### HUVUDBUDSKAP

- För att den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården ska fungera i praktiken krävs det att den påverkar vad personalen gör i sin vardag.
- Ekonomiska incitament är inte automatiskt motiverande (eller demotiverande).
- Den ekonomiska styrningen behöver vara samstämmig med professionella värderingar och främja god kvalitet för att uppfattas som motiverande.
- Ledare i sjukvården fungerar som viktiga översättare mellan sjukvårdens styrmodeller och medarbetarna.
- Styrmodeller bör utformas och förbättras i samverkan mellan profession och beslutsfattare.

drivkrafter, med koppling till det kliniska arbetet, är av hög relevans för medarbetare i hälso- och sjukvården.

## Ledning och ledarskap

För att förstå medarbetares beteenden är det, utöver motivation, viktigt att beakta de organisatoriska strukturer och roller som ger mandat att leda verksamheten. Management definieras vanligen som cheferns förmåga att leda, planera och koordinera centrala uppgifter i verksamheten, vilket i studier visat sig avgörande för att medarbetare och verksamheter ska nå sina mål [16]. Ledarskap har en mer informell karaktär och definieras som en generell förmåga att påverka andra genom sitt eget beteende. Forskning visar att ledare (som inte nödvändigtvis behöver vara chefer) i hög utsträckning kan mobilisera engagemang och förändring genom att vara goda förebilder och inspirera och stödja andra [17].

Empiriska studier från hälso- och sjukvårdsområdet bekräftar ledarskapets betydelse för bl a framgångsrik implementering av nya metoder [18] och för kvalitetsarbete [19]. Vidare har klinisk kompetens bland chefer identifierats som en framgångsfaktor, vilket antas bero på förmågan att översätta yttre krav till relevanta åtgärder med förankring i det kliniska arbetet och den professionella kulturen [20-22]. Klinisk kompetens har visat sig vara viktig för vårdgivares prestationer ända upp på styrelsenivå [23].

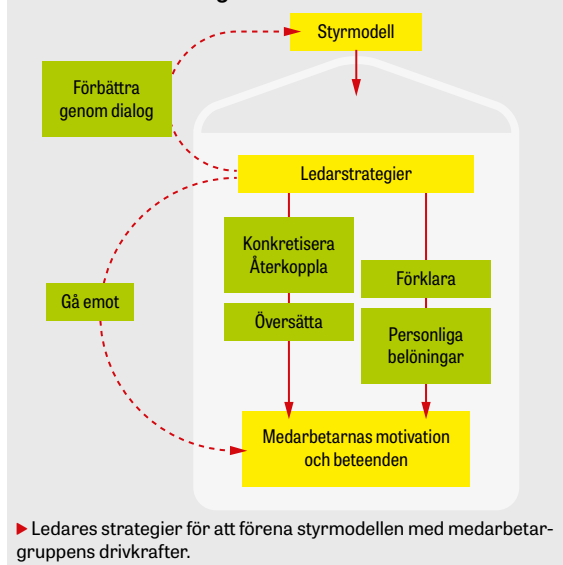
Sammanfattningsvis tycks chefer och ledare ha en viktig roll för att sammanlänka yttre krav (och belöningar) på vårdgivarnivå med relevanta uppgifter på medarbetarnivå. Trots detta är faktorer som ledarskap och kultur ofta förbisedda i studier som utvärderar ekonomiska styrmodeller [24]. Enskilda fallstudier har visat att vårdgivare kan integrera samma styrmodell på olika sätt i den kliniska verksamheten, vilket kan skapa både motstånd och engagemang på medarbetarnivå [25]. Detta belyser ytterligare behovet av mer kunskap om hur ekonomiska incitament omvandlas genom organisatoriska strukturer och ledningsfunktioner för att manifesteras i arbetet med patienten.

## METOD – ETT EMPIRISKT EXEMPEL

I en nyligen publicerad kvalitativ fallstudie [9] utforskade vi kliniska ledares strategier för att sammanlänka den ekonomiska styrningen med medarbetarna i en lokal vårdvalsmodell för elektiv ortopedi i Stockholm. Chefer och kliniska ledare (n = 17) från sex olika verksamheter intervjuades. Informanterna hade en bakgrund som ortopedier eller sjuksköterskor med ansvar för det elektiva vårdflödet. Studien genomfördes under 2014 och är godkänd av den lokala etikprövningsnämnden.

Vårdvalet innefattar elektiv höft- och knäkirurgi, där patienter med låg risk för komplikationer (utifrån en anesthesiologisk bedömning av ASA-grad [American Society of Anesthesiologists]) får välja vårdgivare. Vårdgivarna får en klumpsumma (bundled payment) för varje operation och är fria att utforma det optimala omhändertagandet. Vårdgivarna ansvarar ekonomiskt för alla komplikationer, t ex postoperativa infektioner, i upp till 2 år. Både specialiserade vårdgivare, som enbart ägnar sig åt elektiv ortopedi, och sjukhus ingår i vårdvalet.

FIGUR 1. Ledarstrategier



En detaljerad konsekvensanalys av vårdvalet finns beskriven i en separat publikation [26]. Övergripande innebar införandet tydliga ekonomiska incitament för att undvika komplikationer samt ökade krav på ett effektivt resursutnyttjande utifrån rådande ersättningsnivå.

## RESULTAT

Resultaten visar att ledarna tillämpade olika strategier för att motivera sina medarbetare till att anpassa och förbättra verksamheten i linje med styrmodellens krav. Samtliga strategier präglas av en vilja att förena styrmodellens förutsättningar med medarbetargruppens egna drivkrafter att bedriva vård av god kvalitet. En förutsättning tycks vara ledarnas förståelse för det dagliga arbetet och för de värderingar som präglar personalgruppen. Strategierna illustreras i Figur 1.

Ledarna ansträngde sig för att förklara och tydliggöra styrmodellens logik genom att skapa konkreta riktlinjer att arbeta utifrån. Vidare försökte ledarna att bryta ned styrmodellen i mer konkreta målsättningar som var möjliga att ge feedback på genom uppföljning av olika utfallsmått. Kvalitetsrelaterade utfallsmått beskrevs som mer tacksamma att följa upp, eftersom intresset i personalgruppen var stort och tillgången till data möjliggjordes av bl a kvalitetsregister. Att följa upp ekonomin beskrevs som viktigt, men i praktiken mer utmanande – särskilt för vårdgivare på sjukhus, eftersom det var komplicerat att separera kostnadsdata från det elektiva och akuta flödet.

Ledarna betonade värdet av att översätta styrmo-

»En förutsättning tycks vara ledarnas förståelse för det dagliga arbetet och för de värderingar som präglar personalgruppen.«

dellens ramar till mål med tydlig kvalitetskoppling. Man undvek generellt att prata om kronor och ören; i stället argumenterade man för effektiviseringar och förbättringar utifrån patientens perspektiv. Detta visar på vikten av samstämmighet mellan ersättningsmodell och kvalitet för att göra översättningen »enkla« och därmed mer engagerande. Ett exempel var hur det ekonomiska ansvaret för komplikationer, som gjorde det angeläget att minska infektionsrisken, också gagnade patienten som slapp drabbas, vilket skapade engagemang i medarbetargruppen.

Det fanns också exempel på när översättningen blev problematisk. Inklusionskriterierna var i enstaka fall otillräckliga för att filtrera bort patienter som, trots anesthesiologisk lågriskprofil, hade större vårdbehov och därmed inte kunde genomgå det elektiva flödet i förväntad takt. Ledarna kände sig tvungna att agera mot styrmodellens ekonomiska logik och värna patientens behov, både utifrån egna etiska värderingar och för att behålla trovärdigheten i gruppen. Vidare uttrycktes en vilja att förbättra styrmodellen, och fler forum för dialog på landstingsnivå efterfrågades.

Avslutningsvis beskrevs en strategi av mer allmän karaktär som handlade om vikten av att kunna personanpassa belöningar, där framför allt deltagande i forskning och kompetensutveckling lyftes som viktiga drivkrafter.

## DISKUSSION

Den samlade motivationsforskningen klagör att inre drivkrafter är att räkna med om man vill förstå mänskligt beteende, vilket återspeglas i vårt empiriska exempel där värdet av att bedriva god vård tycks vägledande för flera av strategierna. Våra resultat tyder på att god samstämmighet mellan ekonomiska incitament och kvalitet gör det lättare att motivera till förändring, liksom en tydlig och begriplig styrmodell. Är samstämmigheten otillräcklig finns risk för oönskade konsekvenser och för att ledare behöver agera krockkudde mellan systemet å ena sidan och patienten och de professionellas värderingar å den andra.

De empiriska resultaten pekar på vikten av att stöt-

ta kliniska ledare i den kommunikativa uppgiften att få ihop den ekonomiska styrningen med personalens fokus på patienten, t ex genom att öka deras kunskaper om styrning eller frigöra tid för dialog med personalgruppen.

Resultaten visar att styrmodellens utformning är central, men att det framstår som en omöjlig uppgift att skapa något som träffar helt och hållet rätt från början. Kanske bör vi skifta fokus från att skapa »rätt modell« till att i stället utveckla processen för hur sjukvårdens styrning utformas och förbättras, där en tätare samverkan mellan profession och beslutsfattare skulle öka möjligheterna för modeller som stödjer både ekonomisk effektivitet och kvalitet.

Det är osäkert i vilken utsträckning våra resultat är generaliserbara till andra vårdflöden, särskilt av mer komplex karaktär, och till andra styrmodeller. Ytterligare en begränsning är att vi enbart undersökt ledarnas egna berättelser; det finns en risk att deras utsagor inte reflekteras i vad de faktiskt gör. Vi uppmanar till vidare studier på området som inkluderar medarbetarnas perspektiv.

## SLUTSATS

Utifrån både teori och empiri drar vi slutsatserna att ekonomiska styrmodeller bör utformas med medvetenhet om professionens inre drivkrafter och utvärderas med fokus på konsekvenserna för patientarbetet. Avslutningsvis anser vi att kliniska ledare har en central roll i att göra ekonomiska styrmodeller så konkreta, begripliga och meningsfulla som möjligt för att mobilisera engagemang för förändringar, som i bästa fall leder till både effektivt resursutnyttjande och god kvalitet. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Studien har delvis finansierats genom anslag från FORTE (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd).

*Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E399*

## REFERENSER

- SOU 2017:56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen - Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? Delbetänkande av Tillitsdelegationen. Stockholm: Finansdepartementet; 2017.
- Roland M, Campbell S, Bailey N, et al. Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Prim Health Care Res Dev.* 2006;7:18-26.
- McDonald R, Harrison S, Checkland K, et al. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ.* 2007;334(7608):1357.
- Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, et al. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD009255.
- Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD008451.
- Lindgren P. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag; 2014.
- Anell A. Vården i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7. Stockholm: Finansdepartementet; 2010.
- Postma J, Oldenhof L, Putters K. Organized professionalism in healthcare: articulation work by neighbourhood nurses. *Journal of Professions and Organization.* 2015;2:61-77.
- Korlén S, Essén A, Lindgren P, et al. Managerial strategies to make incentives meaningful and motivating. *J Health Organ Manag.* 2017;31(2):126-41.
- Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol.* 2000;25(1):54-67.
- Ellingsen T, Johannesson M. Paying respect. *J Econ Perspect.* 2007;21:135-49.
- Promberger M, Marteau TM. When do financial incentives reduce intrinsic motivation? Comparing behaviors studied in psychological and economic literatures. *Health Psychol.* 2013;32(9):950-7.
- Freidson E. Professionalism: the third logic. On the practice of knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 2001.
- Perry JL, Hondeghem A, Wise LR. Revisiting the motivational bases of public service: Twenty years of research and an agenda for the future. *Public Adm Rev.* 2010;70:681-90.
- Georgellis Y, Iossa E, Tabvuma V. Crowding out intrinsic motivation in the public sector. *J Public Adm Res Theory.* 2011;21:473-93.
- Mintzberg H. The manager's job. *Folklore and fact.* Harvard Business Review. 1990:163-76.
- Yukl G. Effective leadership behavior: what we know and what questions need more attention. *Academy of Management Perspectives.* 2012;26:66-85.
- Aarons GA, Sommerfeld DH. Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(4):423-31.
- Ovretveit J. Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6):490-2.
- Lega F, Prencestini A, Spurgeon P. Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value Health.* 2013;16(1 Suppl):S46-51.
- Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L, et al. Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ Open.* 2017;7(9):e014474.
- Visa vägen i vården - ledarskap för stärkt utvecklingskraft. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Rapport 2017:7.
- Jones L, Pomeroy L, Robert G, et al. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(12):978-86.
- Frölich A, Talavera J, Broadhead P, et al. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy.* 2007;80(1):179-93.
- Macinati MS. NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: lessons from two case-studies. *Financial Accountability & Management.* 2010;26:422-42.
- Korlén S, Amer-Wählin I, Lindgren P, et al. Professionals' perspectives on a market-inspired policy reform: A guiding light to the blind spots of measurement. *Health Serv Manag Res.* 2017;30(3):148-55.

## SUMMARY

## Leaders as intermediates between economic incentive models and professional motivation

The application of economic incentives to providers in health care governance is debated. Advocates argue that it drives efficiency and improvement, opponents claim that it leads to unintended consequences for patients and professionals. Research shows that incentives can increase well-defined activities and targets, but there is a lack of substantial evidence that applications in health care lead to desired outcomes. The motivational literature acknowledges internal sources of motivation as important determinants of behavior, and the literature about professions suggests that professional values of serving patient needs is a key motivator. The management literature identifies the important role of leaders in aligning external demands and rewards to staff preferences, using their own management and leadership skills. Findings in health services research confirm the vital role of leaders for successful implementation and improvement work. In sum, internal motivators and the role of leaders are important to acknowledge also when understanding how economic governance models are put into practice. Our recently published qualitative case study provides empirical examples of how clinical leaders function as intermediaries between a local care choice model, including financial incentives, and the motivation of staff. The strategies deployed by the leaders aimed to align the economic logics of the model to the professional focus on increasing patient value. The main conclusion from these empirical examples, as well as previous research, is that health care managers play a key role in aligning economic incentive models with professional values and in translating such models into feasible tasks related to the provision of high quality care.