

Ledarskap i vårdpraktiken – hierarkisering och integrering

Ewa Wikström
Handelshögskolan vid Göteborgs universitet
Företagsekonomiska institutionen
Studier av organisation och samhälle
Box 610, SE 405 30 Göteborg Sweden
E-mail: ewa.wikstrom@handels.gu.se

Introduktion

Dagens hälso- och sjukvårdsorganisation är en blandning mellan en hierarkisk linjeorganisation och en organisation som betonar samverkan och vårdkedjor. Denna blandning skapar en speciell form av komplexitet då ledarskap i en hierarkisk linjeorganisation fokuserar gränssättning, samordning enligt linjestrukturen och prioritering mellan svårförenliga normsystem eller diskurser. Detta sker ofta genom tydliggörande av ansvar i förhållande till väl avgränsade uppdrag. I den organisationsform som fokuserar samverkan och vårdkedjor uppmärksammas snarare verksamhetsrelaterade frågor såsom patient, arbetssätt och informationsöverföring.

Det ställer motsägelsefulla krav på sjukvårdens ledare. Å ena sidan måste de kunna hantera den traditionella organisationsstrukturen, där linje och gränser är i fokus. Å andra sidan måste ledarna kunna hantera gränsöverskridande organisering i form av samverkan och vårdkedjor. Utövandet av ledarskapet sker med andra ord i ett organisatoriskt sammanhang som dels betonar gränser och linje, och dels poängterar att ansvaret för verksamhet, patient och målgrupp är gemensamt.

Berättelser kring vilken utgångspunkt man har i sitt agerande och för sitt ansvar brukar utgå från uppdraget i linjeorganisationen. Den studie som här refereras till (Wikström, Adolfsson och Eriksson, 2004) ger dock möjlighet till ytterligare tolkning. Resultaten i studien pekar på att utvecklingen inom hälso- och sjukvården mot samverkan och vårdkedjor skapar möten mellan två typer av redogörelser för ledarskap och ansvar. Dessa två redogörelser får konsekvenser för vilka frågor som fokuseras. Den ena typen av redogörelser sker utifrån det uppdrag som respektive verksamhet har och bygger därför på gränser. En linjeorienterad konstruktion av ansvar medför att strukturfrågor och avgränsningar är betydelsefulla. Den andra typen av redogörelser sker snarare utifrån gränsöverskridande samverkan i vårdkedjor vilket är baserat på en gemensam form av ansvar i relation till uppgift och patient/målgrupp (Wikström och Lindberg, 2005). Frågor som rör arbetssätt eller kunskap och informationsöverföring betonas i högre grad när man utgår från integrerade konstruktioner av ledarskap och ansvar (Wikström, 2000; 2001).

Sedan 1990-talet har vårdpersonal ställts inför ökade dilemman och en allt högre grad av komplexitet (Llewellyn, 1998a; 1998b). De mest betydelsefulla orsakerna till denna utveckling anses vara att ekonomin sätter gränser för verksamheten, samt att ansvaret för vården har decentraliserats så långt att patienten själv fått allt större

ansvar för delar av den behandling som tidigare utövats av vårdorganisationen. En fråga som adresseras här är hur ledare uppfattar och hanterar denna komplexitet.

Några tidigare studier av ledarskap i hälso- och sjukvården

De senaste årtionden har inneburit ett ökat forskningsfokus på ledarskap i sjukvården. De under 1980-talet tilltagande svårigheterna att finansiera sjukhusvårdens resursförbrukning kan betraktas vara en bakgrund till 1990-talets omstruktureringar av offentlig sjukvård. Därför inleds 1990-talet med att politiker och centrala tjänstemän utvecklar och inför nya synsätt organisationsmodeller och ekonomiska styrsystem (Olson et al 1998; Hood 1995; Clarke & Newman 1997). Den offentliga hälso- och sjukvården är också starkt knuten till politiska och ideologiska förändringar, vilka också kan ses som utgångspunkter för omorganiseringar av sjukvård (SOU 2001:79). Hälso- och sjukvården har även genomgått andra förändringar som har att göra med den medicinska utvecklingen, nya tekniker, patientinflytande, beställarutförarmodellen, inslag av entreprenader, internprissättning och nya belöningsystem (Bejeroth och Hasselbladh, 2003).

Det finns både nationella och internationella studier som belyser specifika särdrag i hälso- och sjukvårdens organisation (se till exempel Pollit 1993; Hood 1995; Olson m fl. 1998; Brorström, Hallin & Leffler 1999; Tollgerdt-Andersson 1995). Centralt för ledarskapet i hälso- och sjukvården menar man är att hantera mötet mellan en rad överlappande reglerande system – "[...] att hantera skilda världar" (Östergren och Sahlin-Andersson 1998:13). Ett återkommande tema är spänningen mellan de professionella yrkesgrupper och ledningsorganisationen. Exempelvis framkommer att överläkarna inom sjukvården kritiserar den toppstyrda hierarkin (Brorström, Hallin & Leffler 1999). Flera studier har fokuserat förändringar i sjukvårdsorganisationen och professionella byråkratier (se till exempel Greenwood och Lachman 1996; Ackroyd 1996; Montgomery & Oliver 1996; Denis, Langley & Cazale 1996). Ackroyd (1996) menar att i Storbritannien har professioner periodvis blivit marginaliserade och deras utveckling har hindrats men de har visat en stor kapacitet att anpassa sig. Internationella studier visar att de "professionellas" roller i relation till ledarskapet i hälso- och sjukhusvården har fått en ökad aktualitet (se till exempel Ackroyd 1996; Reed 1996; Murphy 1990; Hoggett 1996; Clarke & Newman 1997). En fråga som diskuteras är en förändrad ledarroll som bland annat Ferlie (1994) kallar för en hybrid mellan det "professionella" och "ledning" (professional-manager roles). Kitchener (2001) studerar läkare och ledarskap. Han menar att roller inte måste vara kunskapsbundna. Kitcheners studie visar också att försöket med styra sjukhusen från myndigheters och politikers sida, endast bidrar till att fördjupa klyftan mellan det medicinska och det administrativa. I en annan studie belyser Kitchener (2002) att förväntade ledningsinnovationer sällan uppstår i den professionella organisationen. Doolin (2002) visar också att ledare i hälso- och sjukvårdsorganisationen manövrerar i relation till lednings- och affärsmässiga diskurser. Det handlar om olika grad av acceptans, motstånd eller kompromiss. Konsekvenserna är komplexa och varierande handlingsrepertoarer eftersom ledarna förhandlar med de dominerande diskurserna i sin konstruktion av identitet.

Llewellyn (2001) använder metaforen "två-vägs fönster" för att förstå föreställningar och handlingar hos kliniska ledare (läkare med chefsansvar). Studien beskriver hur kliniska ledare arbetar samtidigt med uppsättningar av idéer från både klinisk

verksamhet och ledning. Deras roll (som ”två-vägs fönster”) ger möjligheten att skapa en ny arena av expertis – medicinsk-ledning. Studien visar att kliniska ledare relativt lätt antar ”två-vägs” utrymmet som öppnas av mötet mellan medicin och ledning. Avsaknaden av kunskap om ekonomisk styrning gör dock deras nya organisatoriska position sårbar. Studien pekar på att alla offentliga byråkratier nu har komplexa möten mellan professionella och ledare. Det gör att ”två-vägs fönster” kommer att öka i betydelse för organisationsutveckling. Dessa ”tvåvägs” roller privilegerar professionellkunskap över ledningskunskap eftersom det antas att den professionella träningen är av signifikant betydelse. Unika professionella-/ledningsdiskurser skapas i den offentliga sektorns organisationer.

En slutsats är att ledarskapet i hälso- och sjukvården tycks formas av en särpräglad form av komplexitet som kan ge upphov till dilemman. De studier som hittills genomförts menar att komplexiteten består i dels en intern dynamik med ”olika världar” eller ”olika diskurser” som inte enkelt låter sig förenas, dels av en extern dynamik där ekonomin, politiken, medborgarna och patienterna kräver transparens, produktivitet, och kvalitet.

Bakgrund till studien

En vanlig och populär generalisering är att det pågår en ”managerialisering” av ledarskapet i hälso- och sjukvården. Organisationsstudier har under en tid även använt etiketten ”managerialism”, det vill säga hierarkiska ”uppifrånkomna” lednings- och ekonomistyrningsmodeller, för att beskriva förändringar av ledarskapet. Otvivelaktigt har stora delar av hälso- och sjukvårdsorganisationen utsatts för de idéer som förs fram under denna etikett. Trots det finns inte många empiriska beskrivningar som belyser att managerialism har en praktisk betydelse (Wikström och Pashang, 2005). Föreliggande kapitel fokuserar ledarskapet i det vardagliga organiserandet. Ett av de argument som framförs är att ”managerialism” är en förklaringsgrund för hur ledare beskriver sitt ledarskap. Men det är inte en uppenbar bas för att förstå hur ledare utövar sitt ledarskap.

Slutsatserna som presenteras här är baserade på en studie i en svensk hälso- och sjukvårdsorganisation, Västra Götalandsregionen (Wikström, Adolfsson och Eriksson, 2004). Forskning om hälso- och sjukvårdens organisation belyser en problemsituation som kännetecknas av komplexa lojalitetsband med spänningar mellan professionell identitet, organisationsnormer, ledningsuppgifter och patient- och medborgarintressen. Andra centrala särdrag är historiskt uppbyggda hierarkier och genuskillnader. Med bakgrund av det pågående generationsskiftet av ledare i sjukvården och övrig offentlig verksamhet har problem i ledarskapet av svensk sjukvård än mer aktualiserats. Ett syfte med studien har varit att skapa kunskap om hur ledarskapet inom sjukvården framställs, förstås och tillämpas. Det sker genom att belysa sociala, kulturella och kommunikativa aspekter på ledarskapet.

Studien genomfördes mellan hösten 2000 till hösten 2004. I studien intervjuades avdelningschefer, verksamhetschefer och sjukhusdirektörer, tabell 1. Studien omfattar i sin helhet 43 intervjuer. Den är också baserad på dokumentanalys och 16 observationer av sjukhuslednings-, kliniklednings-, samverkans-, avdelnings- och sektionsmöten.

<i>Typ av data:</i>

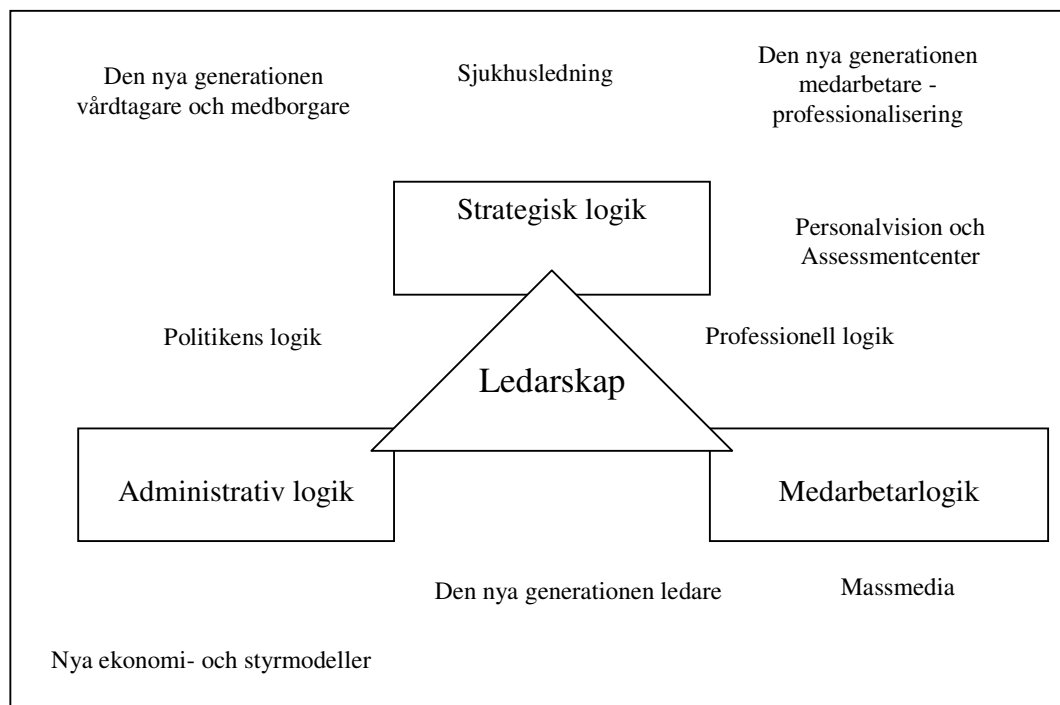
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Intervjuer - totalt 43 intervjuer varav 23 verksamhetschefer inkl administrativt ansvariga, 1 intervju Assessmentcenter, 5 sjukhusdirektörer, 14 avdelningschefer/enhetschefer.• Observationer - totalt 16 varav sjukhusledning 2, klinikköten 6, avdelningsmöten 8.• Dokument – bland annat Personalvision 2010. |
|---|

Tabell 1. Typ av data i studien.

Västra Götalandsregionen bebos av 1,5 miljoner människor, varav cirka 49000 personer arbetar för att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, kultur, kommunikationer och vägar. Hälso- och sjukvården utgör den absolut största verksamheten både sett till antal anställda och de ekonomiska resurser den tar i anspråk. Förändringar inom Västra Götalandsregionen (VGR) har varit i mediernas fokus ända sedan dess bildande, 1998-99. Inför bildandet, och alltsedan dess, har kontinuerliga och stora omorganisationer skett. Inom sjukvården har man brottats med ekonomiska problem och brist på utbildad personal - problem som inte verkar minska. Personalvisionen 2010 diskuterar bland annat förändrade förhållanden, så som större mångfald i verksamheten samt förändrade arbetssätt som förutsätter en mer lärandestyrd organisation. I personalvisionen fastslås att regionen ska vara en föregångare i utvecklingen av arbetsorganisation och lärande. Intresset av arbetsorganisation och lärande har skapat ett behov av ökad förståelse ledarskapet i vårdpraktiken (Wikström, Adolfsson och Eriksson, 2004).

Ledarskap i vårdpraktiken

Studien belyser att frågor om ledarskap har kommit i fokus. De samhällspolitiska förändringarna har åstadkommit ett tryck på omorganisation och på ett förändrat ledarskap. Ledarna i verksamheten berättar om hur de har att hantera de motstridiga krav som skapas genom det spektrum av frågor som de möter i praktiken. Chefens arbete kan utifrån dessa berättelser kategoriseras utifrån tre olika logiker (Wikström, Adolfsson och Eriksson, 2004). Den första är ledarskapet som följer en administrativ logik. Den andra är ledarskapet som följer en medarbetarlogik. Den tredje är verksamhetsutveckling som följer en strategisk logik. Beskrivningen av de tre logikerna sammanfattas i figur 1:



Figur 1. Ledarskap utifrån separata logiker¹

Figuren belyser att ledarna beskriver logikerna som separata (isärdragna) och hierarkiska. Det administrativa och möten med medarbetarna tar mest utrymme. Man anser att man inte har mycket utrymme för strategiskt arbete, men vilket man ofta värderar som en mycket betydelsefull del av ledarskapet. Med separat menas att de olika logikerna beskriver ledarskapet vid olika tillfällen – i olika, ”skilda” rum.

Den administrativa logiken: När ledarna berättar om ledarskapet utifrån den administrativa logiken uppmärksammar de hur de arbetar med personaladministrativa system (exempelvis Palett), ekonomistyrningsmodeller (exempelvis Balanserade styrkort) och informationshantering. Den administrativa delen av arbetet menar de har ökat markant under senare år. Flera av de intervjuade menar att det ökade kravet på administration har förändrat ledarnas ansvarsområde och förväntningar på ledarnas arbete. De flesta upplever att det administrativa tar en allt för stor del av ledarskapet. De menar att administrativa rutiner ska vara till för att stötta vården. I många fall upplever man dock att det administrativa är det som blivit centralt. Normen har blivit att vården och vårdgivarna skall inordna sig i den administrativa rutinen. Man uppfattar att kraven relaterade till administrationen är tydliga i form av exempelvis budget och det blir då påtagligt när målen inte uppfylls.

Många avdelningschefer menar att deras chefsarbete i hög grad handlar om personaladministrativa frågor såsom frånvaro, semestrar, schema,

¹ Wikström, E., Adolfsson, P. och Eriksson, R. 2004, *Chefskap i NU-sjukvården*, VGR och Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

rehabiliteringsutredningar och rehabiliteringssamtal. Fokus på de ekonomiska aspekterna i verksamheten lyfter en klinikmedarbetare fram som problematisk då personal i budgetarbetet till slut ses som en kostnadspost istället för en resurs som producerar vård.

En ofta förekommande beskrivning i ledarnas berättelser om ledarskapet och den administrativa logiken handlar om att informationsmängden ökat kraftigt vilket leder till att en stor del av arbetstiden går till att läsa information, välja ut för medarbetarna relevant information och att sprida information till medarbetarna.

Medarbetarlogiken: Ledarnas berättelser om ledarskapet utifrån en medarbetarlogik fokuserar vikten av att träffa sina medarbetare och diskutera frågor som uppstår i det vardagliga arbetet. Även denna logik beskriver ledarna tar allt större utrymme i utövandet av ledarskap.

Flera ledare tar upp vikten av att synas, att ha närhet till verksamheten. En del förknippar det med att arbeta kliniskt, andra med att man tar sig tid och pratar med medarbetarna:

”Jag tror att som chef måste man delta lite. Det är därför jag är kliniskt aktiv. Jag vill hänga med, men också att visa för doktorerna att vi delar på den stora massan av patienter. Jag tror också att det har med förtroendet för mig som ledare att göra, det ger respekt att man också deltar.” Verksamhetschef

Verksamhetscheferna beskriver hur beslut tas på kliniken, där vikten av att medarbetarna är med i beslutsprocessen och att en chef måste kunna ändra uppfattning är väsentligt. Förändringen som skett med än mer deltagande medarbetare beskrivs i positiva termer. Möten tycks viktiga för utövandet av chefskapet ”möten och dialog är det man lever på som chef”. Både intervjuer och observationer visar att lyssnande är en väsentlig del av chefskapet. Vid flera mötesobservationer satt chefen tyst en stund då medarbetarna diskuterade en fråga. Därefter kunde chefen komma in och bekräftade det beslut som medarbetarna ville ha eller sammanfattade diskussionen och föreslog ett beslut utifrån det.

Medarbetarlogiken framhålls med andra ord som väsentlig i det ledarskap som utövas. Möten med medarbetare är tillfällen att föra ut information men framför allt att föra ett praktiskt resonemang om verksamheten. Processtänkande beskrivs vara i fokus och att medarbetarna är med och har idéer och tar beslut kring verksamheten är högst väsentligt. Flera ledare menar att det inte är möjligt att utöva ett bra ledarskap om medarbetarna inte står bakom beslut som rör verksamheten. En närhet till medarbetarna antingen genom att gå runt på avdelningarna eller genom att arbeta kliniskt är viktigt för ledarna oavsett vilket arbetssätt de valt för att vara nära verksamheten. Samtalen beskrivs också som ett sätt att få till stånd förändring av normer.

Den strategiska logiken: Ledarna berättar om verksamhetsutveckling som en del i det ledarskap som ledare i verksamheten uppfattar att man från sjukhusledning och i visionsdokument lyfter fram som centralt. Det är dock den del som ledarna ofta i praktiken inte tycker att de hinner med. Verksamhetsutveckling innebär för ledarna att förhålla sig till verksamheten utifrån ett helhetsperspektiv som innefattar personal, ekonomi, det kliniska och vårdtagarna. Det handlar om att försöka hitta lösningar på

verksamhetsfrågor som kan förbättra den framtida vården. När ledarna beskriver den framtida sjukvården används ofta begrepp såsom patientflöden och samverkan. Fokus på administrativa uppgifter tar också kraft från det strategiska arbetet:

"Idag innebär chefskapet ett rent skrivbordsarbete. Som chef ska man rekrytera personal och sköta ekonomi samtidigt som man egentligen också ska hinna med att utveckla verksamheten. Men det där, att utveckla, det kommer efter. Det kommer sist." Avdelningschef

En alternativ modell till det isärdragna ledarskapet framträder, dock inte lika tydligt, i datamaterialet från den genomförda studien.

Ledarskapet inbäddat i vårdpraktiken

Studien belyser även ett annat sätt att förstå ledarskapet i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det innebär att se ledarskapet som inbäddat i vårdpraktiken. Istället för att beskriva ledarskap som att hantera motstridiga logiker eller olika världar handlar ledarskapet då om ett kontinuerligt resonerande baserat på olika perspektiv i arbetsvardagen. I lösandet av frågor i verksamheten är därmed det administrativa, medarbetarmöten och det strategiska sammanflätat i det ledarskap som utövas. Exemplet nedan illustrerar hur man i arbetet med balanserade styrkort (administrativt system) samtidigt fokuserar medarbetarskap och att det strategiska utgör en bas i problemlösandet.

"Det finns ett styrkort. Det är delvis tur och delvis framsynt. Det arbetet gjordes som ett led i det arbete vi gjorde som handlade om medarbetarskap och delaktighet, och hur man ska fastlägga mål för verksamheten. På något sätt så har man känt att de mål som har fastlagts för kliniken har varit rätt så främmande för var och en på golvet. Det har på något sätt känts att det här har fastlagts av klinikledningen, eller uppifrån, och så får övriga acceptera det. Då vände vi på det hela; vi gjorde så att varje enhet på arbetsplatsträffar fick ta fram mål för sin verksamhet. Och sen när det var gjort, så fick jag dem. Och så gjorde vi en syntes och plockade ut mål för kliniken. Istället för att ta det uppifrån så tog vi det nerifrån." Verksamhetschef

Ett mer integrerat ledarskap som bygger på ett resonerande blir inte minst framträdande i observationer av formella och informella möten samt i exempel från intervjuer där de studerade ledarna fokuserar på sitt handlande.

Slutsatser och diskussion

Studien belyser två sätt att betrakta ledarskap i vårdpraktiken. Det mest dominerande är att beskriva ledarskapet utifrån tre separata logiker som dels har en inbördes hierarkisk ordning, och dels är svårförenliga: den administrativa logiken, medarbetarlogiken och den strategiska logiken. Det andra, och mer sällan förekommande betraktelsesättet är att ledarskapet i verksamheten ligger inbäddat i ett vardagligt resonerande.

Vilket betraktelsesätt som dominerar får bland annat konsekvenser för hur man definierar strategiskt arbete och verksamhetsutveckling. I den dominerande, hierarkiskt ordnade, modellen uppmärksammar man komplexitet och dilemman i form

av spänningsförhållanden och motstridigheter de tre logikerna emellan (jfr. Kouzes & Mico, 1979). De betraktas till och med som ”skilda världar” (Östergren och Sahlin-Andersson, 1998), vilket gör att det är svårt att arbeta med de olika logikerna samtidigt. Exempelvis uttrycker ledare ofta att strategiskt arbete och verksamhetsutveckling är något man gör enskilt och på sitt eget rum.

I den modell som ser att ledarskap utövas i ett kontinuerligt resonerande kring verksamhetsfrågor handlar ledarskapet om att i vardagen kunna tona in och tona ut olika perspektiv i relation till den konkreta uppgift som är för handen (jfr. Garfinkel & Sacks, 1986; Garfinkel, 1987). Istället för att hierarkiskt värdera logiker, exempelvis att den strategiska är mer betydelsefull än de andra, ligger här tonvikten på att se flera delar i en komplexitet, för att därigenom kunna skapa förbättringar i verksamheten.

Det är också av intresse att jämföra hur personer som representerar de två betraktelsesätten skiljer sig åt avseende hur de ser på strategiskt arbete. Det stora flertalet ledare i studien beklagar sig över att de inte hinner med det strategiska arbete och den verksamhetsutveckling de menar tillhör jobbet. De säger att detta beror på att all deras tid istället går åt till administration och möten med medarbetare. Denna beskrivning går att relatera till många studier av vad ledare gör (Carlson, 1951; Mintzberg, 1973 och 1991; Stewart, 1967 och 1996; Tengblad, 1997 och 2002 och 2003). Dessa studier framhåller att ledare lägger största delen av sin arbetstid på möten vilket bland annat ger upphov till kalenderkomplex och en känsla av fragmentering. En möjlig förklaring till detta kan vara att ledare ofta utgår ifrån den hierarkiskt ordnade ledarskapsmodellen. Enligt denna utgör möten med medarbetare och administration något som stjälar tid ifrån strategiskt arbete och verksamhetsutveckling. Om vi istället använder den alternativa tolkningen, och ser ledarskapet som ett kontinuerligt resonerande inbäddat i lösande av frågor i verksamheten, är möten ett naturligt forum för strategiskt arbete och verksamhetsutveckling.

Det separerande och hierarkiska sättet att prata om ledarskap är dominerande. Men det tycks också vara det legitima. Här kan vi dock se en diskrepans mellan tal och handling. Observationerna i studien och exempel i intervjumaterialet visar en alternativ tolkning där ledarskapet utövas som just ett kontinuerligt resonerande i lösandet av verksamhetsfrågor där olika perspektiv tonas in och tonas ut.

Beskrivningen ovan av bakgrunden till studien, att ”managerialism” exempelvis i form av toppstyrda ledningsmodeller, har skapat dilemman och ökat komplexiteten i vårdpraktiken kan relateras till det hierarkiska sättet att beskriva ledarskap. Samtidigt visar den alternativa beskrivningsmodellen att dessa styrmodeller och idéer i praktiken inte får ett fullständigt genomslag på utövandet av ledarskap. Snarare verkar ledarskap utgående från ett kontinuerligt resonerande, inbäddat i vårdpraktiken, vara själva förutsättningen för att hantera komplexitet och dilemman som uppstår då motstridiga krav ställs.

Referenser:

Bejerot, E., och Hasselbladh, H., 2003, Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad och Arbetsliv*, Årgång 9 nr 2 sommaren 2003, Arbetsmarknadsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.

- Brorström, B., Hallin, B. & Leffler, M. 1999: *Organisationsideal och professionellas verklighet- en studie av sjukvård i förändring*. Göteborg: Göteborgs universitet: Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, rapport nr 2.
- Brorström, B (red). 2000: Sjukvård i förändring- ett forskningsprogram kring effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse inom sjukvården. Göteborgs universitet: *Utvärderingsprogrammet - Västra Götalandsregionen*, rapport nr 3.
- Carlson, S., 1951, *Executive behavior*. Stockholm: Strömbergs.
- Clarke, J. And Newman, J., 1997, *The Managerialist State*. London: Sage.
- Denis, J-L., Langley A., and Cazale L., 1996: Leadership and Strategic Change under Ambiguity, *Organization Studies* 17/4, pp.673-699.
- Doolin, B. 2002, Enterprise Discourse, Professional identity and the Control of Hospital Clinicians. *Organization Studies*, 23, 3, s. 369-390.
- Doolin, B. 2002: Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians, *Organization Studies* 23/3, pp.369-390.
- Ferlie, E., 1994, Characterising the New Public Management, paper presented to *the British Academy of Management conference*, University of Lancaster, 12-14 September.
- Garfinkel, H. , & Sacks, H. 1986, On Formal Structures of Practical Actions. Edt. in Garfinkel *Ethnomethodological studies*, London, Routledge.
- Garfinkel, H. 1987, *Ethnomethodological Studies*, London, Routledge.
- Greenwood, R. and Lachman R. 1996, Change as an Underlying Theme in Professional Service Organizations: An Introduction, *Organization Studies* 17/4, pp.563-572.
- Hoggett, P., 1996, New Modes of Control in the Public Service, *Public Administration* 74: 9-32.
- Hood, C., 1995, The 'Hew Public Management' in the 1980s: Variations on the Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20, 93-109.
- Jönsson, S. and Tengblad, S. 1999, *Health care in retrenchment - experience of ethical problems among accountants*, Göteborg: Gothenburg Research Institute.
- Kitchener, M. & Whipp, R. 1995, Quality in the marketing change process: The case of national health service. I Kirkpatrick, I. & Lucio, M. M. (red.) *The Politics of Quality in the Public Sector*. London, Routledge, s. 190-211.
- Kitchener, M. 2000, The "Bureaucratization" of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals. *Organization volume* 7(1): 129-154: London, Thousand Oaks, CA and New Delhi.
- Kitchener, M. 2002, Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers. *Organization Studies* 23/3, pp.391-420.
- Kouzes, J.M, & Mico, P.R. 1979, Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations.
- Llewellyn, S., 2001, 'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies* 24/4, pp.593-623.
- Llewellyn, S. 1998a, Boundary Work: costing and caring in the UK Social Practices, *AOS* 23: 23-48.
- Llewellyn, S. 1998b, Pushing budgets down the line: ascribing financial responsibility in th UK social practices, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 11: 292-308.
- Mintzberg, H., 1973, *The nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.

- Mintzberg, H., 1991, Managerial work: Forty years later. In: S. Carlsson (Ed.), *Executive behaviour. Reprinted by Henry Mintzberg and Rosemary Stewart*. Uppsala: Studia Oeconomiae negotiorum 32, Uppsala Universitet.
- Montgomery, K., 1996, Responses by Professional Organizations to Multiple and Ambiguous Institutional Environments: The Case of AIDS, *Organization Studies* 17/4, pp.649-671.
- Murphy, R., 1990, Proletarianization or Bureaucratization: The Fall of the Professional? in R. Torstendahl and M. Burrage (eds) *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, 70-95. London: Sage.
- Olson, O., J. Guthrie & C. Humphrey (red.), 1998, *Global Warning! Debating International Developments in New Public Financial Management*. Oslo: Cappelen.
- Perrow, C. 1965, Hospitals: technology, Structure and Goals. I *The Handbook of Organizations*, March, J. G. (red.). Chicago, Rand McNally, s. 910-971.
- Pollitt, C., 1993, *Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990s?* Oxford: Blackwell.
- SOU: 2001:79, *Välfärdsbokslut för 1990- talet*. Slutbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut: Stockholm: Graphium/ Norstedts AB.
- Stewart, R. 1967, *Managers and their jobs*. Houndmills, UK: MacMillan.
- Stewart, R. 1996, Managerial Behaviour. In: M. Warner (Ed.), *The International Encyclopedia of Business and Management* (pp. 3100-3116).
- Tengblad, S., 1997, *Chefsförsörjning. Mötet mellan motstridiga ideal*, Bokförlaget BAS, Göteborg.
- Tengblad, S., 2002, Time and space in managerial work, *Scandinavian Journal of Management*, 18, (pp. 543-565).
- Tengblad, S., 2003, Classic, but not seminal: revisiting the pioneering study of managerial work, *Scandinavian Journal of Management*, 19, (pp. 85-101).
- Tollgerdt-Andersson, I., 1995, *Chef i landsting – ledarskap i politiskt styrda organisationer*, Stockholm: Landstingsförbundet.
- Västra Götalandsregionen 2000: *Personalvision 2010*. Regionstyrelsens kansli: Printit.
- Wikström, E. and Pashang H. 2005, To Get to the Action - Relational accountability of dieticians at a Swedish University Hospital, submitted to *Financial Accountability and Management*.
- Wikström, E. och Lindberg, K. 2005, Samverkan, vårdkedjor och evidensbaserad metod i missbrukarvården. Utvärdering av Modellkommunprojektet, *Socialdepartementet*. Stockholm.
- Wikström, E., Adolfsson, P. och Eriksson, R. 2004, *Chefskap i NU-sjukvården*, VGR och Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Wikström, E. 2000, *Projekt och produktiv kommunikation. En studie om sammanhållande dynamik*. Göteborg: BAS.
- Wikström, E. 2001, Produktiv och reproduktiv kommunikation i gränsöverskridande samverkansprojekt, *Kommunal ekonomi och politik – Vol. 5, Nr. 2*, s 91-106.
- Östergren, K., och Sahlin-Andersson, K., 1998, *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.