

Johan Berlin
Högskolan Väst, Trollhättan

Eric Carlström
Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet

Keywords: Organisation,
Health care, Leadership,
Teamwork, New Public
Management

Nyckelord: Organisation,
hälso- och sjukvård, ledarskap,
teamarbete, New Public
Management.

Traditions challenged by trends. A health care industry in metamorphosis

This article reviews the traditions of the health care industry while challenged by trends. Strong professions, ambiguous and contradictory aims, and a lack of resources have contributed to difficulties managing contradictory needs. One way to handle the situation is to introduce systems based on freedom of choice, inter organisational and professional work, and an improved degree of flexibility. The trends are mainly influenced by New Public Management control models. The mixture of new and traditional types of management control has produced organisational hybrids. These organisational hybrids have contributed to organisational tensions from the old as well as the new in an inconsistent but regenerating way.

Trender som utmanar traditioner. -En hälso- och sjukvård i metamorfos

I artikeln ges en översikt över traditioner inom hälso- och sjukvården som utmanas av trender. Betydelsen av starka professioner, otydliga och motstridiga mål och otillräckliga resurser har gjort att verksamheten måste hantera motsägelsefulla krav. Ett sätt att komma tillrätta med detta har skett genom införande av valfrihetssystem, arbete över organisatoriska och professionella gränser och ökad flexibilitet. Trenderna har till stor del influerats av styrmodeller inspirerade av New Public Management. Uppblandningen mellan nya och traditionella styrmodeller har gjort att det utvecklats hybrider. Hybriderna har bidragit till en organisatorisk spänning, där gammalt och nytt blandas i en motsägelsefull, men förnyande process.

Offentlig förvaltning
Scandinavian Journal of
Public Administration
16(2): 3-23

© Johan Berlin, Eric Carlström och Förvaltningshögskolan, 2013.
ISSN: 1402-8700
e-ISSN: 2001-3310

* **Johan Berlin**, fil dr, docent i företagsekonomi och verksam som universitetslektor vid Högskolan Väst, Trollhättan. Hans forskning har främst handlat om styrning, organisation, teamarbete, organisationskultur och samverkan i offentliga organisationer, särskilt hälso- och sjukvård.

Eric Carlström, fil dr, docent i offentlig förvaltning och verksam som universitetslektor vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Hans forskning har främst handlat om ledarskap, integrering, teamarbete, triage och samverkan i kommunal och landstingskommunal vård och omsorg.

Introduktion

Hälso- och sjukvården är en verksamhet med långa traditioner. Det är samtidigt så att den medicinska och tekniska utvecklingen kräver förändringar. Nya operationsmetoder, läkemedel och ny teknik testas och implementeras löpande. Starka professioner och väl inarbetade traditioner gör dock att *organisatoriska* och *ekonomiska* förändringar inte alltid får avsedd effekt. När besluten ska implementeras kan resultatet avvika från det som tjänstemän och politiker förväntat sig (Blomqvist, 2007a; Hasselbladh m fl, 2008; Hartman, 2011, Johansson Krafve, 2012). Orsakerna kan förklaras med faktorer som otydliga eller motstridiga mål, otillräckliga resurser och bristande kommunikation mellan ledningen och lägre nivåer i organisationen. Det gör att medarbetare en bit ned i organisationen kan ha en vag uppfattning om uppdraget, vad som ska göras och varför (Lipsky, 1980; Blomqvist, 2007a). *I denna artikel ges en översikt över några av de trender som utmanar traditioner inom hälso- och sjukvården.*

Förändring av och i organisationer är sällan någon lustfylld upplevelse. Appelbaum och Wohl (2000) hävdar att organisationer inte är designade för förändring, de strävar efter stabilitet. Även i organisationer som förväntas vara framåtsyftande, adaptiva och nyorienterande finns beteenden som med tiden tenderar att bilda väl inarbetade rutiner och traditioner (Bush, 1987). Dessa beteenden kan utgöra ett hinder för verksamhetens utveckling och effektivitet (Alharbi m fl., 2012). Inom hälso- och sjukvården har väl inarbetade beteenden kunnat urskiljas under lång tid (Gustafsson, 1987 och 1989). Svensk hälso- och sjukvård har långa anor och traditioner och har mognat långsamt. Det har skett under starkt inflytande av olika trender som exempelvis 1700-talets merkantilism som baserades på idén om att en riklig och frisk befolkning var nyckeln till en nations framgång (Gustafsson, 1987; Qvarsell, 2007).

Sjukhusens framväxt var nära sammankopplat med bygget av en stabil, stark och välmående nation. Qvarsell (2007) beskriver att i den historiska litteraturen brukar det anges tre motiv till statens engagemang för sjuka och handikappade. Det första handlar om att det fanns ett ökat ansvar för samhällets ordning och att de sjuka i allt högre grad kommit att uppfattas som ett samhällsproblem. Det andra handlar om rädsla för smittsamma sjukdomar och vad dessa kunde få för konsekvenser för samhället. Här speglas en generell konflikt mellan samhällets intressen å ena sida och den enskildes intresse å den andra. Den tredje förklaringen handlar om det samhällsfilosofiska idealet där arbete sågs som en viktig faktor för en nations framgång och välfärd. För att nå detta gällde det att, genom förebyggande åtgärder, gynna framväxten av starka och friska arbetare. Inriktningen på den hälso- och sjukvårdsorganisation som från början skapades handlade om att skydda det övriga samhället från dem som drabbats av sjukdomar (Qvarsell, 1991 och 2007). Sängen och sjukhuset fick en central ställning i vår föreställning om hur hälso- och sjukvård skulle bedrivas.

Med utgångspunkt från uppgifter i det nystartade tabellverket (etablerat 1749) genomfördes sjukhusbyggen med en intensitet som sällan skådats (Anell & Claesson, 1995). I Sverige byggdes nästan ett nytt sjukhus vartannat år under

150 år (68 sjukhus 1741-1900). Hälso- och sjukvården gjordes successivt till en bredare välfärdspolitisk angelägenhet. I denna strävan skapades en rad rutiner som var nära kopplade till dåtidens syn på patienten och hur effektiv bot och bättring kunde åstadkommas. En annan indikation på sjukvårdens expansion under 1900-talet var att mellan 1900-1950 femdubblades antalet sängplatser inom sinessjukvården (Åman, 1976; Qvarsell, 1991). Att verksamheten i hög grad strukturerades efter attribut som säng, rond, remiss och sjukhus där personalen inordnades i en stark hierarki kom att få ett stort inflytande över den organisatoriska uppbyggnaden. Personalens vita arbetskläder signalerade tillhörighet och status och var ett av många viktiga uttryck för tillhörighet och karaktär. Prestige och intern position kom att manifesteras med hjälp av symbolbärande artefakter (Berlin & Carlström, 2010a). Kulturer utvecklades som blev en av utmaningarna för hälso- och sjukvårdens styrning och organisation (Gustafsson, 1987). Med tiden utvecklades en universalsjukvård som blev allt mer demokratisk och likformad och som erbjöds via offentlig finansiering och politisk styrning (Gustafsson, 2000).

Sjukvården påverkades av olika organisatoriska strömningar över tid. Exempelvis beskriver Axelsson (2000) hur den svenska hälso- och sjukvården centraliserats och decentraliserats i olika omgångar sedan 1865. Utvecklingen började i en långsam rörelse som kännetecknades av olika reformer, något som kom att accentueras 100 år senare. Under 1950 och 1960-talet genomfördes en omfattande expansion. Detta gjorde att det var svårt att hinna med att rekrytera personal och bygga ut i den takt som hälso- och sjukvård efterfrågades (Borgenhammar, 1968). Expansionstakten och reformivern gjorde att sjukhusens begäran om mer pengar sällan avlogs eller ifrågasattes. I en klassisk studie av Centrallasarettet ger Eric Rhenman en träffsäker beskrivning av hälso- och sjukvårdens expansionsprocesser under 1960-talet.

Om anslagsöverskridanden hotar begär man tilläggsanslag. Flertalet äskanden om tilläggsanslag kommer dock mot slutet av budgetåret, framförallt i november och december månad. [...] Varken i direktionen, sjukvårdsstyrelsen eller förvaltningsutskottet föranleder anslagsöverskridanden någon större uppmärksamhet och sällan ens en sakdiskussion (Rhenman, 1969, s. 242-243).

Sjukhuset hade återkommande begärt tilläggsanslag. Huvudmannen hade inte reagerat nämnvärt över de anslagsöverskridanden som gjorts. Framstegen inom den medicinska vetenskapen, utbyggnaden av slutenvården och professionella gruppers ökade makt, inflytande och ställning lade grunden till det expansiva beteende som byggdes upp under 1950-, 1960- och 1970-talet (Alford, 1972). De upprepade politiska försök som har gjorts för att påverka resursfördelningen har historiskt sett inte varit särskilt framgångsrika (Borgenhammar, 1968; Anell, 2007). Ett uttryck för det är det senaste decenniets styrmodeller som haft till uppgift att stävja, tygla och dämpa expansions- och kostnadsökningstakten (Lindkvist & Aidemark, 2005; Blomqvist, 2007ab; Hasselbladh m fl, 2008; Berlin & Kastberg, 2011).

Under 1960-talet byggdes primärvården ut med lokala vårdcentraler för att avlasta de ordinarie lasaretten. Det infördes även ett gemensamt ersättningssystem som gjorde att landstingen fick makt och inflytande över att besluta hur sjukvården skulle vara dimensionerad på olika orter (Qvarsell, 2007). I början av 1970-talet infördes sjukvårdsreformen, vilket innebar att det infördes en fast enhetlig patientavgift på 7 kronor. Det gjorde att kostnaden blev överblickbar och enhetlig för patienten (Shenkin, 1973; Blomqvist, 2004). Men i och med 1970-talets energikris svängde den ekonomiska situationen och det blev allt svårare att fortsätta de ekonomiska reformerna och den fysiska utbyggnaden i samma takt som tidigare. Det tvingade fram ett ändrat beteende med sparande och rationalisering som följd. Energiförbruket ledde även till ett ökat fokus på internationella jämförelser (Jönsson, 1979) och en övergripande diskussion om sjukvårdens effektivitet (Ståhl, 1979). Under 1970-talet växte kritiken mot den offentliga sektorns expansion och sjukvårdens ökade byråkratisering (Gardell & Gustafsson, 1979).

Men trots att sjukvården rationaliserats under flera decennier minskade inte de ekonomiska problemen. Efterfrågan på sjukvård ökade fortare än dess utbyggnad och landstingets skatteintäkter ökade inte lika snabbt som tillväxten. En paradox var att köer och väntetider tenderade att öka trots expansionen. En förklaring till detta kan vara att hälso- och sjukvården är att betrakta som en utbudsstyrd verksamhet. Det gör att det ordinarie sambandet mellan utbud och efterfrågan inte följer gängse mönster (Arrow, 1963). Enligt *Roemers lag* skapar utbudet inom hälso- och sjukvården sin egen efterfrågan. Det gör att det finns ett samband mellan läkartäthet och sjukvårdsutnyttjande, oberoende av sjukligheten i en viss befolkningsgrupp. Sambandet förklaras med att den som producerar sjukvård till viss del påverkar konsumenternas preferenser (Jönsson & Rehnberg, 1987). I takt med att tillgängligheten till sjukvården ökar tenderar även efterfrågan att öka. Det gör att den skattefinansierade sjukvården har svårt att mätta efterfrågan så att det skapas ett jämviktsläge. I takt med att sjukvården byggs ut och görs mer tillgänglig ändrar befolkningen sitt beteende och tenderar att söka för allt mer enklare åkommor.

För att komma till rätta med återkommande budgetunderskott infördes under början av 1990-talet flera ekonomiska styrmodeller med inslag av marknadslighet. Det tog sig främst uttryck genom införandet av olika beställar-/utförar-, prestations-, konkurrens-, och kvalitetsmodeller (Blomqvist, 2004; Siverbo, 2004; Berlin, 2006; Hasselblad m fl, 2008). Detta gjordes delvis i syfte att utmana de stabila skattefinansierade systemen (Gustafsson, 1995). De offentliga systemen utmanades även genom utförsäljning och bolagisering av hela sjukhus, vilket innebar ett införande av ”en mer administrativ och affärsmässig idévärld” (Öhrming & Sverke, 2001, s. 11).

Den marknadslika trenden har gått under paraplybegreppet ”New Public Management” (NPM) vilken kom att utmana flera av hälso- och sjukvårdens traditioner (Almqvist, 2004; Groot & Budding, 2008; Lapsley, 2008). Dessa trender har bestått av en kombination av olika typer av marknadstänkande som syftat till ökade krav på effektivitet (se Hasselblad m fl, 2008). I grunden bygger

NPM på att flytta företagsekonomiska styr- och marknadsidéer till offentlig sektor (Kjekshus, 2003 och 2005; Sundin, 2006). NPM hämtade tidigt sin näring från kritik av konservativa och tröga offentliga organisationer. Kritiken baserades på utsagor om ineffektivitet, låg tillgänglighet, tungrodda byråkratier och långa köer (Hood, 1995; Lane, 2000). Försök att bygga bort köerna genom att anslå mer resurser gav endast kortvariga positiva effekter. Det visade sig vara speciellt svårt att reglera verksamheten med hjälp av ”rättvisa” ersättningssystem. Effekterna blev inte vad beslutsfattarna väntat sig. Efter en tid återkom problemen på nytt (Johansson Kraffe, 2012).

Kopplat till detta har det funnits ett behov av att kontrollera och hålla nere kostnader. Idag, mer än 30 år efter att de första NPM-reformerna infördes, finns det fortfarande en motsättning mellan traditionella system parallellt med NPM. Bilden har dock kommit att ändrats något över tid. Den medicinska professionen visade tidigare ett starkt motstånd mot modellerna men har successivt kommit att acceptera dem (Nilsson, 1999). Ekonomistyrningen har således kommit att spela ”... en betydelsefull roll för verksamhetschefernas organisatoriska engagemang och kostnadsmedvetenhet.” (Aidemark, 2005, s. 72). Det har gjort att medarbetarna hanterar en situation där kvarvarande fragment från gamla styrmodeller blandas med nya vilket i sin tur skapar olika former av hybrider (Kurunmäki, 2004). Det förefaller inte vara mycket som tyder på att den professionella autonomi utan vidare ersätts av NPM-inspirerade organisationsformer (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2005). Istället förefaller utvecklingen gå mot hybrida organisations- och ledarskapsmodeller. Dessa utgörs av blandningar av professionsstyre och NPM influerade organisations- och styrningslösningar (Kragh Jespersen, 2005).

Hybriderna har delvis gjort att andra effekter uppstått än de från början avsedda (Kurunmäki, 2004; Östergren, 2009). Bortsett från att vissa verksamheter sålts ut och övergått i privata bolag (Lindkvist & Aidemark, 2005) har det även blivit vanligare att vård och omsorg bedrivs i olika former av personalkooperativ (Lindkvist, 2007). Det har också uppstått mellanformer mellan privat och offentligt, som i vissa lägen kan bli problematiska (Lindberg & Blomgren, 2009). Att göra upphandlingar av sjukvårdstjänster med hjälp av kontrakt med fristående vårdgivare ställer stora och helt nya krav på landstingens beställarenheter (Berlin, 2006; Fernler 2009). En ökad privatisering ställer även krav på ”... en utvecklad och i väsentliga stycken förnyad statsmakt” (Blomqvist, 2005, s. 187). På senare tid har tron på vad marknadskrafterna kan åstadkomma kommit att diskuteras och ifrågasättas (Blomqvist, 2005; Hasselbladh m fl, 2008; Hartman, 2011). Marknadsreformernas svårigheter att styra professionen har gjort att vårdsystem baserade på selviaktakelse (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2005) eller professionell självkontroll istället börjat ta form (Lind, 2010). Mindre goda erfarenheter av att lägga ut driften på externa bolag (outsourcing) har gjort att det blivit allt vanligare att verksamheten tas tillbaka och drivs i egen regi (backsourcing) (Young & Macinati, 2012).

Den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen har utvecklats utifrån utgångspunkten att alla medborgare skall ha tillgång till tjänster som kontrolleras via

offentligt finansierade system. Det har bidragit till att verksamheten blivit stabil, pålitlig, förutsägbar och traditionsrik. Det medicinska arbetets infrastruktur har därför beskrivits i termer av en ”robust maskine” (Vinge, 2005, s 110). Den offentligt drivna hälso- och sjukvården har haft en imponerande förmåga att, över tid, överleva trots kriser och finansiella begränsningar (Borgenhammar, 1968; Anell, 1990; Brorström & Siverbo, 2004; Berlin, 2006). Den utgör därför en vital institution i välfärdssamhället (Hansen, 1979; Gustafsson, 2000; Borum, 2005). Verksamhetens legitimitet och autonomi gör att det finns anledning att fråga sig om sjukvården går att styra i önskad riktning (Blomqvist, 2007b; Berlin & Kastberg, 2011).

Tre starka företrädare för hälso- och sjukvården har bestått av professionen, administrationen och politiken. Dessa tre företräder tre domäner. Professionen är den arbetande vårdpersonalen, administrationen är alla administrativa servicefunktioner (inkl chefer) och politiken är de folkvalda företrädarna. Det sker en kontinuerlig dragkamp om hur olika frågor ska lösas mellan de tre domänerna (Kouzes & Mico, 1979). Företrädare för verksamheten står återkommande inför utmaningen att balansera mellan olika ytterligheter, såsom; expansion kontra sparande, tradition kontra modernisering och stabilitet kontra förändring. Dessa balansmoment skapar en god grund för att ställa relevanta forskningsfrågor. I det följande lyfts de tre områdena valfrihet, teamarbete och ledarskap fram som exempel på trender som utmanar traditioner.

Valfrihet

Ett tydligt uttryck för NPM var införandet av olika valfrihetsmodeller/kundvalsmodeller inom hälso- och sjukvården. Under slutet av 1980- och början av 1990-talet handlade diskussionen om att kunna få vård av andra landsting än det egna hemlandstinget (Berlin & Kastberg, 2011). Under 2000-talet har valfriheten istället handlat om att ge ökat inflytande för brukaren och på så sätt skapa incitament att tillhandahålla god hälso- och sjukvård hos landstingets ackrediterade vårdcentraler. Ambitionen var att ge patienten mer makt och öka dennes inflytande gentemot vårdgivaren (Kastberg, 2010). Men det har även handlat om att öka demokratin (Blomqvist & Rothstein, 2000), öka inflytande och självbestämmande (Löfström, 2007) samt stärka individens ställning i förhållande till förvaltningen (Winblad-Spångberg, m fl 2009).

Styrmodellerna har syftat till att skapa en fingerad marknad och låta patientens val styra resursfördelningen (Norén, 2003). På så sätt har ersättningen fördelats efter hur många patienter som är listade vid respektive vårdcentral. Detta har gett ökade möjligheter för medborgarna att välja vård efter egna preferenser och inte, som tidigare, utgå från det geografiska upptagningsområdet (Anell, 2011). Patienten har därmed större möjlighet att välja bort en verksamhet som man inte är nöjd med (Blomqvist, 2004). Efter att landstinget Halland 2007 (nuvarande Region Halland) och därefter landstingen i Stockholm och Västmanland 2008 kom ett tiotal landsting att införa valfrihetssystem 2009 (Anell, 2011). I Sverige infördes en nationell lagstiftning, Lag om valfrihetssystem (SFS 2008:962),

vilket innebar att valfrihetssystem blev obligatoriskt för samtliga landsting från den 1 januari 2010. Det innebar att det skulle vara ett fritt val av primärvård för befolkningen och etableringsfrihet för ackrediterade vårdcentraler (Anell, 2011).

Genom införandet av det fria vårdvalet fick vårdcentraler (förutsatt att de uppfyllde vissa kriterier) möjlighet till fri etablering. Pengarna kom att följa en fritt väljande kund som gjorde olika val på en fiktiv marknadsplats (Norén, 2003). Valen antogs vara baserade på upplevda kvalitetsskillnader (LeGrand, 2007). Det gjorde att de verksamheter som inte kunde hålla en god kvalitet, på sikt, skulle slås ut. Denna typ av styrm modeller tvingar vårdorganisationen till en klientorientering eftersom vikande patientunderlag leder till minskade intäkter och, för de privat drivna vårdcentralerna, hotar konkurs. Klientorienteringen leder i sin tur till en vård som anpassas efter de signaler klienten sänder om vilka produkter som önskas och hur dessa produkter bör paketeras och levereras för att vara attraktiva. Hypotesen är att detta i sin tur stärker patientens roll, skärper den etablerade hälso- och sjukvården och minskar den vanmakt som tidigare utredningar pekat på. Om den av allmänheten efterfrågade vården i alla stycken sammanfaller med ökad kvalitet behöver fortfarande påvisas. I synnerhet när det gäller särskilt utsatta grupper som exempelvis dementa, multisjuka äldre och socialt utsatta patienter. För att kvaliteten inte ska vara för varierande har en ökad standardisering och produktifiering av hälso- och sjukvårdstjänster skett. Det har gjort att vårdgivare tenderar att erbjuda enkla tilltalande tjänster utan köer, anmälningssystem och formalia som försvårar tillgängligheten. I takt med att tillgängligheten ökar finns också risk för överkonsumtion av sjukvårdstjänster (Hallin & Siverbo, 2003).

Införandet av valfrihetssystem har kommit att ”rita om kartan” för den svenska hälso- och sjukvården. Det har bland annat gjort att vårdkonsumenternas krav på samhällstjänster förskjutits från ett förnöjsamt ”behovs-perspektiv” till ett allt mer krävande ”vill-ha-perspektiv” (Forssell & Norén, 2012). Patienter har kommit att efterfråga allt snabbare service, mer information, mer valfrihet vilket i sin tur ställt krav på ökad transparens (Levay & Waks, 2006). Det har även gjort att personalen behövt ändra sin syn från ett patient- till ett kundperspektiv (Nordgren, 2003). Studier har även visat på svårigheten att skapa, organisera och rama in offentliga marknadsplatser (Forssell & Norén, 2006). Skillnaden mellan det gamla och det nya är inte enbart semantisk. En kund på en marknad antas (åtminstone i teorin) ha större möjligheter att välja och välja bort än vad en patient tidigare haft (Norén, 2003). Utifrån nationalekonomiska teorier för hur kunder antas bete sig på marknader förväntas de vara; otrogna, faktasökande, starka och förespråka mångfald samt konkurrens (Liljenberg m fl, 2004; Helgesson, 2004). Det rationella kundbeteendet har inte visat sig stämma helt med de teoretiska utgångspunkterna (Löfstedt, 2005). Inom offentliga verksamheter har det exempelvis visat sig vara svårt att hitta lätttrörliga, otrogna, faktasökande och starka kunder (Rombach, 1994). I praktiken har personalen stort inflytande över hur mycket patienten informeras om valfrihet (Winblad-Spångberg, 2003). Patienter har ofta en stark tillit till sin behandlande läkare. Patienter har därför visat sig vara tämligen obenäpna att byta läkare, även om det skulle medföra kortare

kötid för exempelvis en operation. En annan svårighet för patienten som kund är att det kan vara svårt att få fram ”objektiva fakta” om olika alternativ. Kunderna på sjukvårdsmarknaden har ofta tämligen låg kunskap om olika alternativ och vad man ska kunna ställa för krav på en ”bra vårdgivare”. Okunskap gör det svårt att ställa kritiska frågor, jämföra alternativ och spela ut konkurrenter mot varandra. De som är i behov av hälso- och sjukvård är ofta inte så starka att de kan vara faktasökande, jämförande och spela ut konkurrenter mot varandra som marknadsteorin förutspår. De marknadsteoretiska utgångspunkterna har därför visat sig vara svåra att leva upp till i praktiken (Rombach, 1994; Blomqvist, 2005; Berlin, 2006). Poängen är att de som konstruerat styrmodellerna i flera fall utgått ifrån marknaden som idealtyp och använt den som utgångspunkt för hur utbytet går till i praktiken. Två vanliga föreställningar om marknaden som fenomen beskrivs i det följande.

Två vanliga inställningar i frågan är att teorier och idéer om marknader antingen på ett bra sätt fångar hur marknader egentligen fungerar *eller*, alternativt, att de är orealistiska beskrivningar helt isolerade från vad som faktiskt försiggår på konkreta marknader (Liljenberg m fl, 2004, s. 12) (förf. kursivering).

När idealtypen om marknader används för antaganden om hur utbytet de facto går till tappas en viktig pusselbit bort. Hur idéer om marknader samspelar med konkreta marknader är således en viktig aspekt. Beroende på vilka antaganden som görs, hur aktörerna tolkar idéer om marknaden, hur lik den är verkligheten får det i sin tur effekter för hur kvasimarknader skapas, byggs och rättfärdigas.

Offentlig finansiering med fasta betalningar för ett patientansvar kan medföra vissa problem. Risker är att vårdgivaren får incitament att ”plocka russinen ur kakan” och försöka vinstmaximera. Även om vårdcentralen inte får neka patienter så kan systemet med fasta ersättningar baserat på antalet registrerade patienter ändå medföra att vårdcentralen försöker undvika olönsamma patientgrupper (Robinson, 2001). Detta kan ske både i vårdkontakten (där yngre friska förordas framför multisjuka äldre), valet av plats för etablering (välbärgade stadsområden framför landsbygd/förort) och riktad marknadsföring (till vissa åldersgrupper i vissa geografiska områden). Ett sätt att komma tillrätta med detta är att landsting riskjusterar ersättningarna, så att patienter med högre vårdtyngd ger mer ersättning (Gosden m fl, 2004). Idag finns det dock tämligen lite kunskap om i vilken utsträckning som riskjusterade ersättningar faktiskt påverkar vårdcentralernas beteende (Anell, 2011). Även om en riskjusterad ersättning införs kan vårdgivaren fortfarande anlägga ett opportunistiskt beteende där de snålar, eller är givmilda, med t ex läkemedel, remisser eller hjälpmedel om det kan bidra till egna vinster och fördelar. Exempelvis har studier i Norge visat att kapitationsersättning varit förknippat med ökat antal remisser till specialister (Iversen & Lurås, 2000). Beroende på hur ersättningssystemen justeras för att balansera riskmoment mellan finansiär och vårdgivare får det effekt på hur valfrihetssystemen praktiseras (Anell, 2011).

Även om valfrihetssystemen ritat om kartan kan det noteras att verksamheterna fortfarande i allt väsentligt är organiserade efter traditionella hierarkier, specialisering, karriärsystem och kliniker. Det kan lätt komma i konflikt med uppdragets karaktär och utvecklingen av en integrerad och gränsöverskridande vårdproduktion. För att motverka detta har olika vertikalt flödesorienterade modeller införts. De har dock visat sig ha begränsat inflytande. Inte bara till följd av kvardröjande konforma modeller utan också utifrån lagkrav på rättssäker och lika vård istället för konkurrens och kvalitetsutveckling. Dessutom finns traditionella huvudmannagränser, hierarkier och karriärsystem kvar vilket till viss del stör effekten av de marknadsorienterade styrlogikerna (Carlström, 2009).

Teamarbete

Som tidigare antytts är det svårt att implementera styrsystem som får avsedd effekt. De implementeras inte i ett vakuum. Organisatoriska fragment lagras på varandra och påverkar hur styrsystemen reagerar tillsammans. Det är exempelvis okänt hur väl exempelvis multiprofessionella team bidrar till att skapa en NPM inspirerad organisation (Andersson & Liff, 2012). Även om meningen är att bryta gränser har de svårt att uppnå syftet, i synnerhet på grund av det allt skarpare ansvarutkrävande som sker i hårt prövade vårdverksamheter (Andersson & Liff, 2012). Detta fenomen har även setts vid finansiella kriser. Exempelvis har självständiga team visat sig svåra att inordna i linjen under besparingstider (Carlström, 2012ab). Team som arbetar utanför de traditionella gränserna har tvingats in i formella styrmodeller och därmed tappat sin förmåga att uppfylla de krav som finns på att skapa smidiga lösningar (Berlin, 2010; Andersson & Liff, 2012).

Detta har bland annat bidragit till att många av de attraktiva egenskaper som tillskrivits team och teamarbete har förlorats. Forskning har visat hur medarbetare föredrar organisering i team på grund av starka relationella motiv (Sandberg, 2011). Privata syften att arbeta i team är att få möta andra, ingå i nätverk, bekräfta andra och inte minst få egen bekräftelse (Berlin & Carlström, 2008). En ökad betoning på hälsa i arbetslivet har gjort att teamarbete och hälsa kommit att paras ihop (Sandberg, 2012). Det gynnsamma klimat som kan uppnås i ett team bidrar till ökad betoning på hälsa men även en ökad förmåga att utföra uppgifter på ett okonventionellt sätt. Samtidigt upplever teamets medlemmar uppgiften som meningsfull. En synergi baserad på utbytet mellan olika individer utvecklar teamet till en modell som kan hantera gränser mellan professioner men också mellan olika styrmodeller (Andersson & Liff, 2012; Sandberg, 2012).

Dessa egenskaper antas gynna idéer om smidighet, kundanpassning och förmåga att utföra uppgifter på ett otraditionellt sätt. Det uppstår dock kollisioner mellan teamens sätt att arbeta och kulturer som odlar ett organisatoriskt motstånd mot den metamorfos som NPM-trenden tvingar in hälso- och sjukvården i (Sandberg, 2012). Om det dessutom blir sämre tider, till exempel att det kommer en uppseglade finansiell kris, riskerar tidigare framgång att omvandlas i nederlag och bakslag. Hierarkiska och byråkratiska byggen, i syfte att utöva kontroll,

sprider en anda av formalism och återhållsamhet, som i operativa tillämpningar är förödande för ambitionen att skapa flexibla och individorienterade verksamheter. Detta har bidragit till omfattande rutinisering och standardisering (Meier, 2012). Även om en metamorfos pågår, drabbas den av bakslag.

Sådana bakslag kan förklaras med en övergripande kultur. En kultur som kännetecknas av att alltid handla korrekt och ha absoluta krav på att aldrig begå fel (Plesner m fl, 2012). Konsekvensen av detta kan ses i form av kritiska angrepp mellan medarbetare formulerade i en direkt och hård ton under konferenser, i personalenkäter eller i e-postkorrespondens. Sådana uttryck kan vara förödande för ett teamarbete. Det kan exempelvis bero på kvardröjande professionella kulturer som, sedan länge, finns inbyggda i vårdorganisationerna (Norbäck & Targama, 2009; Berlin & Carlström, 2010b). De följer avdelnings-, klinik-, sjukhus-, huvudmanna- och professionsgränser och fortsätter skilja mellan olika verksamheter trots att behovet snarare är processorienterade flöden och internt samarbete snarare än gränsdragning, rivalitet och konkurrens (Berlin & Kastberg, 2011). Den interna gränsdragningen kan ta sig i uttryck i att läkare och ledning befinner sig i en konstant konflikt eftersom de arbetar efter olika logiker (Plesner m fl, 2012). Det bidrar till svårigheter att bilda allianser mellan läkare och chefer även när deras respektive intressen sammanfaller.

Läkare och chefer har ofta olika syn på hur arbetet med köer, väntelistor och patientlogistik ska hanteras. Medan enhetschefer arbetar med att försöka korta väntetidslistor genom att se till att fler patienter får vård på utsatt tid kan läkarna arbeta utifrån en annan logik där de istället går in och handplockar de mest riskfyllda och hjälpbehövande patienterna och ägnar dessa den tid som finns till förfogande (Liff & Andersson, 2012). Uppdelningen i olika kulturer samt inrättandet av gränser mellan olika aktörer kan få konsekvenser för samverkan och gör att patienter inte får vård på utsatt tid (Norbäck & Targama, 2009; Matscheck & Axelsson, 2012).

Ledarskap

Ambitionen med NPM-inspirerade reformer har, som exemplet ovan visar, även förändrat ledarskapet. Långa köer och missnöjda patienter går stick i stäv mot idéer om flexibilitet och starkare servicefokus. Dessutom kräver NPM-inspirerade modeller en ny typ av ledarskap. Även om det finns en svårighet att påvisa ett samband mellan ledarstil och teamets prestationer finns en utbredd uppfattning om att en hög grad av självständighet gynnar tätt samarbete och kollektivt ansvarstagande (Procter & Mueller, 2000). Samverkan (mellan yrkesprofessioner och över organisationsgränser) behövs för att reducera kostnader och förbättra vårdkvalitet (Matscheck & Axelsson, 2012). Inte minst krävs samverkan för att kompensera den fragmentering som skett när vårdorganisationerna delats upp, sålts ut och avknoppats (Öhrming, 2008). Successivt har traditionell uppifrån-och-ned styrning (Coombs, 1987) ersatts av ett stödjande och roterande ledarskap. Det innebär att den som leder formellt inte alltid leder reellt. Ledarskapet går till den som för tillfället är bäst ämnad för uppgiften. En svårighet för

ledningen är dock att en coachande modell minskar kontrollen och därmed det exekutiva inflytandet (Carlström & Berlin, 2004). I en linjeorganisation är det betydligt lättare att upprätthålla traditionella ledningsstrategier (Gent m fl, 1998).

Ledningar på övergripande nivå har tämligen svaga incitament att fatta och genomföra obehagliga beslut. De chefer som sedan ska genomföra besluten får stå ut med att hantera ett stort internt och externt missnöje (via medier) från både personal och patienter. Samtidigt finns en mycket liten personlig vinning om den administrativa ledningen skulle lyckas genomföra förändringen. Istället är det tvärtom så att det kan innebära en högre risk om de lyckas med förändringen och därigenom drar på sig kritik. Det gör att de personliga fördelarna är för få samtidigt som risken för personliga problem är stora. Den administrativa ledningen har därför historiskt fått ge efter för professionen. Denna aspekt har tidigare beskrivits på följande sätt.

De chefer som ansvarar för beslutens genomförande måste vanligtvis stå ut med att bli uthängda, utskälda och utpekade, bl.a. i medier. Samtidigt finns ingen personlig vinning i genomförandet, lönen är densamma om man lyckas eller inte. (...) De personliga kostnaderna är höga samtidigt som fördelarna uppstår hos andra, i form av gemensamma nyttigheter och kanske först i en osäker framtid. (...) Då är det inte konstigt att resursfördelningen följer minsta motståndets lag och att de strukturella förändringarna uteblir (Anell, 2004 s. 36-37).

Detta är främst något som ledare på övergripande nivå (både administratörer och politiker) tydligt märker av och får ta konsekvenserna av.

Den weberianska organisationsmodellen som byggs med hierarkier uppifrån och ned utmanas av team inspirerade flödesmodeller som uppstått i efterdyningarna av NPM. De traditionella hierarkiska modellerna har dock ett starkt fäste. I synnerhet under perioder av finansiell oro och fiskal stress (Brorström & Siverbo, 2004). I samband med en analys av en kompetensutvecklingsinsats på ett medelstort sjukhus beskrivs motsättningen mellan olika perspektiv på följande sätt.

Fortsatt ekonomisk press är att förvänta. Och frågan är om chefer och medarbetare kommer att orka med allt förbättringsarbete om det samtidigt innebär försämringar utifrån det egna perspektivet, om arbetstider och scheman ska anpassas till patienternas behov snarare än personalens (Norbäck & Targama, 2009, s. 281).

I den moderna organisationen integreras således hierarkiska fragment av ”uppi-från och ned tänkande” med platta samverkande enheter som arbetar i fullt samförstånd. Modellens motsättningar når sina extremer i antingen goda tider med högt servicefokus eller dåliga tider med starkt hushållningsfokus. Att hålla motstridiga krav i luften ställer stora krav på ledaren som både behöver upprätthålla de förväntningar som finns på verksamheten externt och samtidigt leva upp till de krav som ställs vid användningen av NPM inspirerande styrmodeller (Carlström, 2012a). I synnerhet när vi talar om hälso- och sjukvård blir motsättningen

mellan att reducera lidande, smärta och nöd och samtidigt vara beredd att överbelägga, minska personal och generera köer speciellt motsägelsefull. Uppdraget kan te sig omöjligt och ställer höga krav på ledaren. Någon universallösning på detta problem kan vara svår att finna (Berlin & Kastberg, 2011).

Carlström (2012b) har i en studie av vårdchefer med lång erfarenhet av finansiella kriser pekat på vikten av professionella ledare som lyckas hålla sig i spänningsfältet mittemellan verksamhetens ledning och medarbetarna i verksamheten. Ledare som gled ur denna ställning mittemellan och antingen identifierade sig med medarbetarna eller den högsta ledningen tappade legitimitet och inflytande. För att vara ledare i dagens hälso- och sjukvårdsorganisationer gäller det att hantera flera motsatta logiker vilket gör att ledarna utvecklar ett hybridledarskap (Arman m fl, 2012). De anpassar sig till de motsatta logiker som existerar samtidigt. De lär sig att ”byta fot” beroende på i vilket sammanhang de för tillfället befinner sig i. Fenomenet handlar också om att hantera olika parallella miljöer. Genom att ledarna rör sig mellan flera olika miljöer lär de sig samtidigt hur dessa på olika sätt länkar till varandra (Nylén, 2012).

Även om många pyramider inom hälso- och sjukvården reducerats till följd av tillplattning och slimning finns det fortfarande ett kvarvarande inflytelserikt tankegodis om ett byråkratiskt ledarskap (Plesner m fl, 2012). Sedan verksamheterna slutade plattas till, och man återigen rekryterade mellanchefer, har nya hierarkier återigen byggts upp vilka är baserade på tidigare hierarkiska traditioner. Linjära mekanistiska modeller tenderar att stå emot nyare icke linjära och organiska modeller.

Förändringarna har även drivits på av nya IT-system, kommunikationssystem och en alltmer avancerad vårdteknologi vilken haft till syfte att sänka ledtider och öka tillgänglighet och transparens. Allt detta bidrar till att IT-lösningar och digitala applikationer frodas för att hantera olika samordningsproblem. På internet finns elektronisk vård, rådgivning, tidsbokning och konsultation. Dessa modeller presenteras ofta som kundpassade applikationer som utformas för att tillfredsställa behovet av snabb service och göra hälso- och sjukvården mer tillgänglig.

När dessa trender utmanar traditionella system kan dock så kallad ”futurebinding” identifieras (Bush, 1987). Med ”futurebinding” menas att nya modeller som implementeras i gamla traditionsrika organisationer förändras och ”oskadliggörs” på ett sådant sätt att de inte hotar den rådande traditionen (Bush, 1987). Nya modeller hanteras av konservativa element, de omformas efter de kvardröjande kulturer som råder och ges karaktärsdrag och funktioner som motsvarar de djupt rotade beteenden som finns kvar i organisationen. Exempel på detta kan vara, elektroniska ”återvändsgränder”, det vill säga moderna IT-system som sägs underlätta accessen till vård men som istället försvårar och komplicerar. Tilltron till tekniska och logistiska perspektiv kan ses som en rest från tidigare inflytelserika scientific management logiker där tekniken i sig blir ett självändamål som i sin tur försvårar tillgången till vård för den enskilde (Sandberg, 2012). På så sätt kan organisationen bli i det närmaste maskinlik med avseende på planering,

organisering och kontroll (Morgan, 1997). En annan effekt är att en virtuell verklighet i vissa lägen blir viktigare än fysiska möten med ”riktiga” människor.

Det finns dock visst inbyggt motstånd mot de nya IT-systemen. Framför allt handlar det om den transparens som systemen leder till. Möjligheten för chefer och ledare att använda sig av informationsasymmetrier i förhandlingsspelet har minskat eftersom information numera finns tillgänglig i realtid (Levay & Waks, 2006). Diarieförda uppgifter görs åtkomliga via IT-systemen och görs sökbara för stora grupper. Beslut förmedlas på nyhetssidor i realtid. Nyheter sprids även snabbt via sociala medier. Det innebär att ledningars tidigare filtrerande funktion har reducerats (Carlström, 2009). Medarbetare och vårdtagare kan ha informationen snabbare än ledningen, som tidigare var mest initierade i frågan (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2005). Att snabbt kunna positionera sig, analysera och väga in olika ståndpunkter ställer större krav på ledarskapet.

Trots inflytande från NPM tycks hälso- och sjukvården upprätthålla en mekanistisk, maskinell och byråkratisk tradition som begränsar möjligheterna att ta hänsyn till den enskilde individen (Gardell & Gustafsson, 1979). Under 1980-talet och in på 1990-talet stävjades detta genom omfattande decentralisering av verksamheten (Vrangbæk & Christensen, 2005). Ledarskapet skulle decentraliseras och sjukvården sektoriserades och flyttades ut från sjukhusområden för att vara mer tillgänglig för patienten (Crafoord, 1987). Införande av de senaste årens satsning på sammanslagningar och stordrift har gjort att decentraliseringstanken tonats ned och kommit av sig (Bankauskaite & Saltman, 2007; Byrkjeflot & Neby, 2008).

Sammanslagningar och stordrift har i sin tur gjort att kritik rests mot alltför standardiserade vårdinsatser, det vill säga att alla med en enda sorts diagnos får samma paketlösning oavsett individuella skillnader. En modell som därför fått viss spridning är personcentrerad vård (Dubois m fl, 2008; Van Royen m fl, 2010). Modellen bygger på en tilltro till att anpassa vården till patientens ökade kunskaper, krav och varierande förutsättningar. Det handlar om att vården ska kunna dra nytta av patientens kunskaper och göra patienten delaktig. Den personcentrerade vården baseras på en serie kontraktliknande vårdplaner där patienten ges inflytande över processen. Modellen har visat sig kunna korta vårdtider (Olsson m fl., 2007) men också minska känslan av osäkerhet hos patienter som undrar ”vad som händer härnäst” samt den oro som finns över möjligheterna att klara sig efter utskrivning från sjukhusets vårdavdelning (Alharbi m fl, 2012). Spridningen av sådana modeller har emellertid visat sig vara trög eftersom ett standardiserat arbetssätt är väl inarbetat. Arbetssättet ”sitter i väggarna” och är tänkt att svara upp mot traditionella strukturer och sägs kunna möta en hög arbetsbelastning (Carlström, 2013). En individualisering av vården ställer andra krav på ledarskapet. Det handlar om ett ständigt engagemang, flexibilitet och förmåga att byta strategi, något som hindras av de starka repetitiva beteenden som är vanliga inom hälso- och sjukvården. Sådana modeller ställer krav på vårdkedjor, processorientering och integrering mellan olika vårdgivare (Carlström & Ekman, 2012).

En annan svårighet, som tidigare delvis behandlats, är den omfattande specialisering och arbetsdelning som är kännetecknande för hälso- och sjukvården. Det finns en tendens att specialisera och avgränsa uppgifter snarare än att verka för generalism och gränsöverskridande aktiviteter vilket komplicerar möjligheten att leda verksamheten på ett väl avpassat och individanpassat sätt. Det finns en risk att det blir brist på interaktion mellan olika aktörer till följd av rigida organisatoriska lösningar som odlar allt skarpare gränser (Sandberg, 2012; Plesner m.fl. 2012). Ett revirskapande beteende kan vara osäkerhetsreducerande. Det minskar komplexiteten och håller ett tilltagande kaos ”på avstånd”. Nackdelen är att möjligheten att agera smidigt efter patientens varierande förutsättningar hindras. Trots att dynamiken mellan patient, organisation och personal kan utgöra en potential när det gäller anpassning till olika styrmodeller fortsätter formella, byråkratiska system att dominera. Det bidrar till att det utvecklas en spänning mellan det som kan kallas för traditionellt mekanistiska och nyare organiska modeller för organisering, något som påverkar tempot i hälso- och sjukvårdens metamorfos.

Nymfer som kläcks

Över tid har hälso- och sjukvården genomgått en metamorfos. Metamorfos kommer från grekiskan och betyder *förvandling*. Inom biologin handlar metamorfos om den förändring i kroppsform som sker när exempelvis en fjärilslarv utvecklas till en fjäril eller när ett grodyngel utvecklas till en fullvuxen groda, då sker en förvandling i fyra steg (ägg – larv - puppa – vuxen). Vissa insekter genomgår inte alla de fyra stadierna, vilket då kallas ofullständig metamorfos. Gräshoppor kläcks ur ägget – i en så kallad nymf – som liknar de vuxna insekterna men saknar vissa egenskaper. Den ofullständiga metamorfosen kan ses som en metafor för att beskriva hälso- och sjukvårdens förvandling över tid.

NPM har som alla andra organisationstrender bidragit till ofullständiga metamorfoser av hälso- och sjukvården. I vissa fall har implementeringsprocesserna avbrutits vilket gjort att samtliga stadier inte fullgjorts. Det tas centrala beslut om införande av nya styrmodeller innan effekterna av de gamla tagits tillvara. Med varje organisationstrend kläcks en nymf som liknar moderorganisationen men med en del avvikelser. När avvikelserna adderas, och betraktas retrospektivt, kan man se att det skett en successiv utveckling. En förvandling sker, men den går långsamt. I vissa fall fullföljs inte förvandlingen och resultatet blir någonting annat än planerat. I andra fall kan processen reversera, vilket innebär att gamla modeller får en renässans.

En förklaring till svårigheten att förändra kan ses i den kraftmätning som löpande sker mellan de tre domänerna; profession, administration och politik. Domänerna arbetar efter olika logik, mål, incitament och förutsättningar. De försvarar olika ideal och utgår från olika synsätt. En annan förklaring handlar om att den administrativa ledningen (chefer och politiker) på övergripande nivå hamnar i svårigheter när etablerade traditioner utmanas. Strävan efter stabilitet, säkerhet och förutsägbarhet utmanas av förändringsagenternas motsatta krav.

Eftersom den administrativa ledningen har få incitament att hålla fast vid fattade beslut, särskilt i fall det kan äventyra deras egen och verksamhetens framtid, tyder mycket på att förändringar även i fortsättningen kommer att ske inkrementellt och gå successivt fram.

Varje ny generation av vårdverksamheter ”kläcks”, prövas, ifrågasätts och revideras. Det leder till att hybridiseringen fortsätter vilket utvecklar en organisatorisk spänning i verksamheten som ständigt behöver styras, hanteras och administreras. Gammalt och nytt fortsätter att blandas i en motsägelsefull, men förnyande process där, vissa av den tidigare generationens egenskaper blandas upp och återkommer i ny skepnad.

Referenser

- Aidemark, L-G. (2005) ”Ekonomistyrning i sjukvården. En jämförelse mellan sjukhusbolag och förvaltningssjukhus”. *Nordiske Organisasjonsstudier*. 7(2): 58-76.
- Alford, R. R. (1972) ”The Political Economy of Health Care: Dynamics Without Change”. *Politics Society*. 2(2): 127-164.
- Alharbi, T.S., Ekman, I., Olsson, L-E., Dudas, K., Carlström, E. (2012) ”Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care”. *Health Policy*. 108(2): 294-301.
- Almqvist, R. (2006) *New Public Management. – Om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Andersson, T., Liff, R. (2012) ”The multi-professional team as a NPM control regime”. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 45-67
- Anell, A. (1990) *Från central planering till lokalt ansvar. Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*. (Ak. avh.). Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).
- Anell, A. (2004) *Strukturer Resurser Drivkrafter. – Sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell, A. (2005) ”Swedish healthcare under pressure”. *Health Economics*. 14 (suppl 1): 237-254.
- Anell, A. (2011) ”Choice and privatisation in Swedish primary care”. *Health Economics, Policy and Law*. 6(4): 549–569.
- Anell, A., Claesson, R. (1995) *Svenska sjukhus förr och nu. Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).
- Appelbaum, S. H.; Wohl, L. (2000) ”Transformation or change: Some prescriptions for health care organizations”. *Managing Service Quality*. 10(5): 279-298.

- Arman, R., Wikström, E., Dellve, L. (2012) "Managerial communication practices. - Health care managers' everyday structuration". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 143-163
- Arrow, K. J. (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*. 53(3): 941-973.
- Axelsson, R. (2000) "The organisational pendulum: Healthcare management in Sweden 1865-1998". *Scandinavian Journal of Public Health*. 28(1): 47-53.
- Bankauskaite, V., Saltman, R. (2007) "Central issues in the decentralization debate". (s. 9-21). In: Saltman, R. B., Bankauskaite, V.; Vrangbæk, K. (Eds.). *Decentralization health care*. New York: Open University Press.
- Berlin, J. (2006) Beställarstyrning av hälso- och sjukvård. Om människor, marginaler och miljoner. (Ak. Avh.) Göteborg: Göteborgs universitet.
- Berlin, J. (2010) "Synchronous work – myth or reality? – A critical study of teams in health and medical care". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16(4): 1314-1321.
- Berlin, J., Carlström, E. (2008) "The 20-minute team - a critical case study from the emergency room". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 14(4): 569-576.
- Berlin, J., Carlström, E. (2010a) "From Artefact to Effect. - The organising effect of artefacts on teams". *Journal of Health Organization and Management*. 24(4): 412-427.
- Berlin, J., Carlström, E. (2010b) "The Yellow Line. A critical study of the symbolic value of artefacts in health care teams". *Cognition, Technology and Work*. 12(4): 251-261.
- Berlin, J., Kastberg, G. (2011) Styrning av hälso- och sjukvård. Malmö: Liber.
- Blomqvist, P. (2004) "The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s". *Social Policy & Administration*. 38(2): 139-155.
- Blomqvist, P. (2005) "Privatisering av sjukvård: politisk lösning eller komplikation?". *Socialvetenskaplig tidskrift*. 12(2-3): 169-189.
- Blomqvist, P. (2007a) "Sjukvårdens styrning och organisation". (s. 11-52). I: Blomqvist, P. (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Blomqvist, P. (2007b) "Kan vi styra sjukvården?" (s. 222-238). I: Blomqvist, P. (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Blomqvist, P., Rothstein, B. (2000) Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Stockholm: Agora
- Borgenhammar, E. (1968) Makten över sjukhuset. En undersökning av budgetpraxis inom svensk sjukvård. Stockholm: Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS).
- Borum, F. (2005) "Sygehuset – en omstridt institution". *Nordiske Organisationsstudier*. 7(2): 114-136.

- Brorström, B., Siverbo, S. (2004) "Deeply Rooted Traditions and the Will to Change – problematic meetings in three Swedish health care organizations". *Journal of Economic Issues*. 38(4): 939-952
- Bush, P. D. (1987) "The Theory of Institutional Change". *Journal of Economic Issues*. 21(3): 1075-1116.
- Byrkjeflot, H., Kragh Jespersen, P. (2005) "Ledelse og organisering i helsevesenet; endring og kontinuitet". *Nordiske Organisasjonsstudier*. 7(2): 5-18.
- Byrkjeflot, H., Neby, S. (2008) "The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors". *Journal of Health Organization and Management*. 22(4): 331-349.
- Carlström, E. (2009) *Vårdchefer, konsten att leda*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlström, E. (2012a) "Strategies for change: adaptation to new accounting conditions". *Journal of Accounting & Organizational Change*. 8(1): 41-61.
- Carlström, E. (2012b) "Middle Managers on the slide". *Leadership in Health Services*. 25(2): 90-125.
- Carlström, E. (2013) "Implementing person-centred care in a general medical clinic. Cultural Barriers and driving forces". *International Journal of Person Centered Medicine*. (in press).
- Carlström, E., Berlin, J. (2004) *Boken om Team. En kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Carlström, E., Ekman, I. (2012) "Organisational Culture and Change – Implementing person-centered care". *Journal of Health Organization and Management*. 26(2):175-191.
- Coombs, R. W. (1987) "Accounting For The Control Of Doctors: Management Information Systems In Hospitals". *Accounting Organizations and Society*. 12(4): 389-404.
- Crafoord, C. (1987) *Den möjliga och omöjliga psykiatrin. Utveckling och erfarenheter av sektoriserad psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dubois, C. A., Singh, D., Jiwani, I. (2008) "The human resource challenge in chronic care", (pp. 143-172) In: Nolte, E., Mckee, C.M. (Eds). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Berkshire: Open University Press
- Fernler, K. (2004) "Konsten att fastställa behov". (s. 101-126) I: Helgesson Claes-Fredrik, Kjellberg Hans och Liljenberg Anders (red.). *Den där marknaden. Om utbyten, normer och bilder*. Lund: Studentlitteratur.
- Forssell, A., Norén, L. (2006) "Konkurrens på likvärdiga villkor på offentliga marknader". *Nordiske Organisasjonsstudier*. 8(1): 7-30.
- Forssell, A., Norén, L. (2012) "Kunden i kundvalsmodellen. - Om konstitueringen av en kund i primärvården". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 25-43

- Gardell, B., Gustafsson, R. Å. (1979) Sjukvård på löpande band. Rapport från ett forskningsprojekt om sjukhusets vård- och arbetsorganisation. Stockholm: Prisma.
- Gent, L., Parry, A. E., Parry, M. E. (1998) "The high-cooperation hospital project team". *Team Performance Management*. 4(6): 253-268.
- Gosden, T., et al. (2004) "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians". *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 2, The Cochrane Library.
- Groot, T., Budding, T. (2008) "New Public Management's Current Issues And Future Prospects". *Financial Accountability & Management*. 24(1): 1-13.
- Gustafsson, R. Å. (1987) Traditionernas Ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv. (Ak. Avh.). Stockholm: Esselte Studium.
- Gustafsson, R. Å. (1989) "Origins of authority: the Organization of Medical Care in Sweden". *International Journal of Health Services*. 19(1): 121-133.
- Gustafsson, R. Å. (1995) "Open the Black Box: Paradoxes and Lacunas in Swedish Health Care Reforms". *International Journal of Health Services*. 25(2): 243-258.
- Gustafsson, R. Å. (2000) Välfärdstjänstearbetet. Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Hallin, B., Siverbo, S. (2003) Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, F. H. (1979) "Helsesektoren i velferdsstaten: kjempevekst og fordelingskrise". *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. 20(3): 219-240.
- Hasselbladh, H., Bejerot, E., Gustafsson, RÅ., (2008) Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård. Lund: Academia Adacta.
- Helgesson, C-F. (2004) "Ekonomiska teoriens verklighetsförankring. Exemplet naturliga monopol och telemarknaders organisering". (s. 55-75). I: Helgesson, C-F., Kjellberg, H., Liljenberg, A. (red.). *Den där marknaden. Om utbyten, normer och bilder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hood, C. (1995) "The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme". *Accounting, Organizations and Society*. 20(2/3): 93-109.
- Johansson Krafve, L. (2012) "To Design Free Choice and Competitive Neutrality: The Construction of a Market in Primary Health Care". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 15(4): 45-66.
- Jönsson, B. (1979) "Sjukvårdsutgifterna i en internationell jämförelse". *Ekonomisk Debatt*. 7(7): 472-475.
- Jönsson, B., Rehnberg, C. (1987) Effektivare sjukvård. Stockholm: Almqvist och Wiksell.
- Kastberg, G. (2010) Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

- Kjekshus, L. E. (2003) "Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. 19(4): 444-459.
- Kjekshus, L.E. (2005) "Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? –Hva sier aktuelle teorier og erfaringer så langt?" *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. 21(1): 53-76.
- Kouzes, J.; Mico, P., (1979) "Domain Theory: An introduction to organizational behavior in Human Service Organizations". *Journal of Applied Behavioral Science*. 15(4): 449-469.
- Kragh Jespersen, P. (2005) *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Kurunmäki, L. (2004) "A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals". *Accounting, Organizations and Society*. 29 (3-4): 327-347.
- Lane, J-E. (2000) *New Public Management*. London: Routledge.
- Lapsley, I. (2008) "The NPM Agenda: Back To The Future". *Financial Accountability & Management*. 24(1): 77-96.
- Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, J., (1998) *Learning from the NHS Internal Market*. London: King's Fund.
- Levay, C., Waks, C. (red.) (2006) *Strävan efter transparens: granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Liljenberg, A., Kjellberg, H., Helgesson, C-F. (2004) "Idéer om marknaden". (s. 11-25). I: Helgesson, C-F., Kjellberg, H., Liljenberg, A. (red.). *Den där marknaden. Om utbyten, normer och bilder*. Lund: Studentlitteratur.
- Lind, J-I. (2010) *Nästa vårdssystem. – under professionell självkontroll*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, K., Blomgren, M. (2009) *Mellan offentligt och privat. Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Santérus Academic Press Sweden.
- Lindkvist, L. (2007) *Tänder tillsammans. Personalkooperativ inom vård och omsorg*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lindkvist, L.; Aidemark, L-G. (2005) *Sjukhus som bolag. Om legitimitet och identitet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Löfstedt, M. (2005) *Modell, människa eller människosyn? En analys av kritiska perspektiv på bilden av människan i neoklassisk ekonomisk teori*. (Ak. avh.) Uppsala: Uppsala universitet.
- Löfström, C. (2007) *Framtidens hemtjänst? - Om valfrihet/inflytande, förenklad biståndsbedömning och nya yrkesroller: utvärdering av Askimsmodellen*. Göteborg: Göteborgsregionens kommunalförbund, FoU i Väst.
- Matscheck, D., Axelsson, R. (2012) "Arenas for contract. – A study of local collaboration in mental health". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 93-113
- Meier, N. (2012) "Coordination in clinical managerial practice: moving things around making things happen". *Scandinavian journal of public administration*. 15(4): 67-88.

- Morgan, G. (1997) *Images of organization*. (2. ed.) London: Sage.
- Nilsson, V. (1999) *Empati och distans. En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*. (Ak. avh.). Göteborg: Göteborgs universitet.
- Norbäck, L-E., Targama, A. (2009) *Det komplexa sjukhuset. Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordgren, L. (2003) *Från patient till kund. Intågandet av marknadstänkandet i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. (Ak. avh.). Lund: Lund Business Press.
- Norén, L. (2003) *Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmodeller inom skola och omsorg*. Göteborg: Bokförlaget BAS.
- Nylén, U. (2012) "Boundary preservation or modification – the challenge of collaboration in health care". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 115-142
- Olsson, L-E., Karlsson, J., Ekman, I. (2007) "Effects of nursing interventions within an integrated carepathway for patients with hip fracture". *Journal of Advanced Nursing*. 58(2): 116-125.
- Plesner, J., Christensen, A.B., Bech, M., Larsson, M. (2012) "Ledelse på tvärs i de danske sygehuse". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 165-187
- Procter, S., Mueller, F. (2000) *Teamworking*. London: MacMillan Press LTD.
- Qvarsell, R. (1991) *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Qvarsell, R. (2007) "Den svenska sjukvårdens organisation i ett historiskt perspektiv". (s. 53-77). I: Blomqvist, P. (red.) (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rhenman, E. (1969) *Centrallasarettet. Systemanalys av ett svenskt sjukhus*. Lund: Studentlitteratur.
- Robinson, J. C. (2001) "Theory and practice in the design of physician payment incentives". *The Milbank Quarterly*. 79(2): 149-177.
- Rombach, B. (1994) "Bilder från en kommun i stormens öga". (s. 205-225) I: Jacobsson Bengt (red). *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag.
- Sandberg, H. (2011) *Samarbetshälsa: om effektivt samarbete och välbefinnande*. Lund: Studentlitteratur
- Sandberg, H. (2012) "The four cultures of collaborative health – a first empirical study". *Scandinavian Journal of Public Administration*. 12(2): 69-91
- SFS 2008:962. Lag (2008:962) om valfrihetssystem.
- Shenkin, B. N. (1973) "Politics and Medical Care in Sweden: the Seven Crowns Reform". *New England Journal of Medicine*. 288(11): 555-559.
- Siverbo, S. (2004) "The purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden". *Financial Accountability & Management*. 20(4): 401-420.
- Ståhl, I. (1979) "Sjukvården – Problem och lösningar". *Ekonomisk Debatt*. 7(7): 476-482.

- Sundin, E. (2006) "Företagsekonomiska styridéer och offentlig sektor". *Nordiske Organisasjonsstudier*. 8(1): 57-80.
- Tangaard-Andersen, P., Jensen, JJ. (2010) "Health Care Reform in Denmark". *Scandinavian Journal of Public Health*. 38(3): 246-252.
- Van Royen, P., Beyer, M., Chevallier, P. et. al. (2010) "The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: Person centred care, comprehensive and holistic approach". *European Journal of General Practice*. 16(2): 113-119.
- Winblad Spångberg, U. (2003) Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementering av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården. (Ak. avh.). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Winblad Spångberg, U., Andersson, C., Isaksson, D. (2009) Kundval i hemtjänsten. Erfarenheter av information och uppföljning, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Vinge, S. (2005) "Arbetsorganisering og organisationsforståelse i sygehussektoren". *Nordiske Organisasjonsstudier*. 7(2): 95-113.
- Vrangbæk, K., Christensen, T. (2005) "Health policy in Denmark: Leaving the Decentralized Welfare Path?" *Journal of Health, Policy and Law*. 30(1-2): 29-52.
- Young, S.; Macinati, M. S. (2012) "Health Outsourcing/Backsourcing. Case studies in the Australian and Italian health sector". *Public Management Review*. 14(6): 771-794.
- Öhrming, J. (2008) Hälso- och sjukvårdens fragmentering: från lokalt till transnationellt organiserad sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.
- Öhrming, J., Sverke, M. (2001) Bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus. – en proaktiv organisering. Lund: Studentlitteratur.
- Östergren, K. (2009) "Management Control Practices and Clinical Managers: The case of the Norwegian health sector". *Financial Accountability & Management*. 25(2): 167-95.