

Etisk kompetens i ledning och styrning av vården

Slutrapport AFA Försäkring 2017
Diarienummer: 130087

Erica Falkenström och Anna T. Höglund

SCORE

STOCKHOLMS CENTRUM FÖR
FORSKNING OM OFFENTLIG SEKTOR

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning | 3 |
| Bakgrund till projektet | 3 |
| Syfte och frågeställningar | 4 |
| Projektets genomförande | 4 |
| Resultat från projektet | 6 |
| Publikationer inom projektets ram | 9 |
| Referenser | 10 |

Inledning

Etiken är fundamental för hälso- och sjukvården. I praktiken är den beroende av att var och en – från vårdens högsta ledningsnivå hela vägen fram till den professionella yrkesutövarens möte med den enskilda patienten – bär upp den. Detta sker genom observans på etiska mål och värden som står på spel i olika situationer, genom kritiskt etiskt tänkande och genom moraliskt goda handlingar. Etiken avspeglas i de professionella yrkesgruppernas prioriteringar och bemötande av patienter och närstående, liksom i vårdchefers strategiska och operativa arbete. Etiken avspeglas också på de högsta organisatoriska ledningsnivåerna i de många val, olika förhållningssätt, reformer och beslut som fattas. Etikens funktion är att legitimera och att ifrågasätta makt, att motverka omoraliska handlingar och att skapa genuint förtroendefulla relationer mellan olika intressentgrupper. Med etikens hjälp är det möjligt att systematiskt bedöma konsekvenserna av olika handlingsalternativ, innan man fattar större beslut. I det här projektet har vi undersökt etisk kompetens i ledning och styrning av vården på landstingsnivå.

Vi vill rikta ett varmt tack till AFA Försäkring som finansierat forskningsprojektet.

Bakgrund till projektet

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i fråga om bemanning och effektivitet. Resurserna är begränsade och vården behöver ransoneras. Det hör också till bakgrundsbilden att den psykosociala belastningen inom vård- och omsorgsykten är hög. Liksom att ”ett betydande antal patienter” drabbades av vårdskador, vilka gav upphov både till stort mänskligt lidande och till höga kostnader (Socialstyrelsen, 2008). Till projektets bakgrund hör också uppkomsten av en s.k. vårdmarknad och framväxten nya modeller och ideal för ledning, styrning och utvärdering av vården. Denna marknadisering av vården har kommit att få störst genomslag i Stockholms läns landsting (SLL), varför just detta landsting kom i fråga för vår undersökning.

Tidigare forskning visar att de sätt som t.ex. managementstyrning har uppfattats och tillämpats på i vårdgivarorganisationer, har försvårat etiskt ansvarstagande i vårdens praktik (se t.ex. Höglund, 2005 och Falkenström 2012). Dessa resultat bidrog också till att vi fann det angeläget att gå vidare och undersöka etik och etiskt ansvarstagande på landstingsnivå – där vissa fundamentala villkor för vårdens praktik skapas. Landstingspolitiker och tjänstemän skapar exempelvis villkor med hjälp av olika styrsystem (former av byråkratisk styrning och management-styrning) och olika styrmedel som budget, reformer och vårdavtal. Även vårdgivarnas högsta chefer skapar villkor för vårdens praktik. Ibland genom samverkan med politiker och tjänstemän i beställarorganisationen, ibland inom den egna ledningsgruppen i utförarorganisationen när exempelvis vårdavtal har tecknats och vårdgivarens egen budget och organisering av verksamheten ska utformas. Ett antagande i detta projekt är att de villkor som skapas i ledning och styrning på landstingsnivå får konsekvenser för exempelvis bemanning, arbetsmiljö, effektivitet, kunskapsutveckling och patientsäkerhet i vårdens praktik.

Vi har tidigare, som nämnts ovan, studerat etiskt ansvarstagande och etisk kompetens bland exempelvis sjuksköterskor (Höglund, 2005) och verksamhetschefer (Falkenström, 2012, 2014; Falkenström, Ohlsson, & Höglund, 2016). I det här projektet tog vi alltså ytterligare ett steg upp i den organisatoriska hierarkin och undersökte hur etiken kom till uttryck i ledning och styrning på landstingsnivå; bland *politiker, opolitiska tjänstemän* och hos *vårdgivarnas högsta chefer* inom Stockholms läns landsting (SLL). Dessa tre aktörgrupper återfinns i olika typer av organisationer (politik, förvaltning och profession). Trots detta har de en övergripande, gemensam uppgift: Att genom ledning och styrning skapa förutsättningar för vårdens praktik. Det är mot bakgrund av denna övergripande gemensamma uppgift, liksom rimligheten i antagandet att ledning och styrning får effekter på vårdens praktik, som de tre aktörgrupperna har inkluderats i vår undersökningsgrupp. En undersökningsgrupp på landstingsnivå, som vi initialt kom att kalla för: *Hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation*.

Syfte och frågeställningar

Syftet med projektet var att skapa kunskap om etisk kompetens och hur denna tillämpas och utvecklas inom hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation. För att få veta någonting om vilken etisk kompetens som tillämpades och utvecklades i arbete med ledning och styrning av vården sökte vi svar på frågor som:

- Vilka etiska utmaningar identifierade undersökningsgruppen i sitt arbete med ledning och styrning av vården?
- Hur brukade dessa utmaningar hanteras inom undersökningsgruppen?
- Hur skaffade sig undersökningsgruppen kunskap om vårdens villkor?
- På vilka sätt kom etik till uttryck, och hur integrerades vårdens värdegrund i a.) budgetarbete, b.) reformarbete, och c.) i samband med att vårdavtal tecknades?
- Vilka samspelsarenor fanns för gemensamt etiskt ansvarstagande? Vad talade man om där?
- Hur följde undersökningsgruppen upp sitt eget arbete i fråga om ledning och styrning av vården?
- Vad ansåg undersökningsgruppen försvårade etiskt ansvarstagande?
- Vad ansåg de skulle underlätta etiskt ansvarstagande i ledning och styrning av hälso- och sjukvården?

I denna kvalitativa studie har vi intresserat oss för de *olika kvaliteter av etisk kompetens* som kom till uttryck, liksom för olika omständigheter som främjar respektive hindrar tillämpning och utveckling av etisk kompetens. Därmed blev det också möjligt att göra teoretiska generaliseringar, vilka kan användas för att främja fortsatt lärande och utveckling av såväl individuell som kollektiv etisk kompetens även i andra organisationer. Genom denna teoretiska generalisering bidrar projektet också till vetenskaplig teoriutveckling avseende etisk kompetens.

Projektets genomförande

Projektet består av tre delstudier. Utifrån ett strategiskt urval av för vården centrala styrdokument har vi genomfört en *dokumentgranskning* för att få veta någonting om den etiska kompetens som kom till uttryck genom dessa nationella och lokalt framtagna dokument. Vi har också genomfört en *intervjustudie* med 13 informanter, vilka spelats in och transkriberats ordagrant, varefter kvalitativ innehållsanalys genomförts. Vidare har vi genomfört totalt 5 *mötesobservationer*. Fyra av dessa var sammanträden i Landstingsfullmäktige. En observation gjordes vid ett programberedningsmöte för äldre- och multisjuka. Utöver egna anteckningar bestod det empiriska analysmaterialet från dessa mötesobservationer av skriftliga protokoll som fanns tillgängliga på SLL:s hemsida.

Följande dokument närlästes och analyserades på nationell nivå:

- Socialstyrelsens Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet från 2005
- Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete från 2011
- Nationella indikatorer för god vård från 2009

På lokal nivå granskades:

- SLL:s Värdegrund
- Ett exempel på en regelbok: Regelbok för specialiserad gynekologisk vård från 2012
- Ett exempel på vårdavtal: Avtal för akutsjukvård inom SLL för åren 2012-2015
- SLL:s budget för 2015

Då det gäller metoden för dokumentanalysen har en argumentationsanalytisk metod använts. Denna innebär att man söker innebörd och uppbyggnad av de argument som framförs i en framställning. Man undersöker att antaganden som görs har rimliga utgångspunkter samt att eventuella premisser har rimlig grund och kan antas vara korrekta. Likaså undersöks om de slutsatser som dras i den presenterade argumentationen är logiska, d.v.s. följer logiskt på de

presenterade premisserna, samt att resonemang i argumentationen är koherent, d.v.s. motsägelsefritt (Björnsson, Kihlbom, & Ullholm, 2009).

Intervjustudien och observationsstudien har sin teoretiska bas inom handlingsteorin, vilket bl.a. omfattar en syn på människan som handlande subjekt; någon som har avsikter och gör val. I en organisation griper människor tag i uppgifter för att på olika vis få dessa genomförda och nå resultat. Det är möjligt att bedöma värdet av människors handlingar genom att undersöka i vilken utsträckning en handling eller vissa handlingsmönster bidrar till måluppfyllelse. Handlingar kan därmed rationaliseras, göras mer ändamålsenliga. Max Webers begrepp, målrationalitet och värderationalitet (Weber, 1964, 1968), har använts i analysen för att få kunskap om inriktningen på aktörernas handlande. I det här projektet har vi särskilt lutat oss mot Owe Johanssons teori om organisationers rationalitet (Johansson, 2001), vilken gjort det möjligt att förstå och skapa kunskap om kopplingen mellan individuell och kollektiv handlingsrationalitet – inom och mellan olika delar av en organisation: Pekar aktörernas handlingsmönster mot verksamhetens ändamål, dess syfte? Inom ramen för denna teoribildning blir etisk kompetens ett viktigt vetenskapligt analysbegrepp eftersom etisk kompetens belyser aktörernas förmåga att ta ansvar för det etiska innehållet i deras arbetsuppgifter. Etisk kompetens är både ett individuellt och kollektivt begrepp som säger någonting både om organisationsmedlemmarnas förmåga identifiera etiska värden som står på spel i olika situationer, förmåga att kontextuellt rama in och analysera problemet, och om inriktningen på handlandet. Ovanstående innebär att såväl mål, val och handlingar kan vara mer eller mindre ändamålsenliga med tanke på verksamhetens syfte. Hälso- och sjukvården är till för att bota, lindra och trösta. Dess mål enligt Hälso- och sjukvårdslagen är att ge en god och säker vård på lika villkor till hela befolkningen. Därtill kommer politikens målsättningar. Det finns dock olika omständigheter i den organisatoriska kontexten som kan underlätta, försvåra eller hindra en viss handling, liksom organisatoriska lärprocesser (Döös & Wilhelmson, 2011). Till dessa omständigheter hör begränsade ekonomiska resurser, styrsystem, organisatoriska strukturer och rutiner, och inte minst den kultur som utvecklats i organisationen.

En aktör, eller en grupp aktörer, är alltid kompetent i relation till en uppgift (Ellström, 2006). Etisk kompetens svarar i detta projekt, mot det etiska innehållet och de etiska dimensionerna i undersökningsgruppens uppgifter, vilka är inbäddade i såväl en politisk/demokratisk kontext, en förvaltningsetisk kontext som en professionsetisk kontext. Till den etiska kompetensens centrala beståndsdelar (Falkenström, 2012; Falkenström et al., 2016) hör:

- Förmåga att identifiera etiska värden som står på spel i det praktiska arbetet
- Adekvat teoretisk kunskap om etik
- Adekvat kritiskt reflexivt språk för att uttrycka och analysera värdekonflikter (kritiskt etiskt tänkande)
- Förmåga att utveckla rationella emotioner, värdeomdömen, (Nussbaum, 1997)
- Förmåga att lösa upp destruktiva organisatoriska försvar, och att främja dialog om den aktuella etiska grundfrågan
- Förmåga att organisera för individuellt och kollektivt lärande i arbetsprocesserna, så att etisk kompetens kan tillämpas och vidareutvecklas.

Ansatsen i projektet var explorativ.

Resultat från projektet

Resultatet av dokumentgranskningen kan sammanfattas som motsägelsefull. Å ena sidan kommer etisk kompetens till uttryck i dokumenten genom att de är framskrivna med ett ofta genomgående etiskt perspektiv där flera etiska värden är formulerade. Å andra sidan visar de på brister i etisk kompetens, då de etiska antaganden som gjorts inte argumenterades för.

Dokumenterna gav inte heller någon praktisk vägledning. Intressant nog får detta till följd att dokumenten kräver en hög etisk kompetens hos dem som ska följa dessa, då utövarna själva behöver kunna göra värdeavvägningar i olika situationer och fatta beslut när de angivna etiska värdena i dokumenten kommer i konflikt. Resultatet tyder också på att etiska hänsyn är någonting som tas för givna. Budgeten framställdes på SLL:s hemsida som det viktigaste styrmedlet. Att så var fallet, också i praktiken, bekräftades av vår undersökningsgrupp i intervjustudien.

I inledningstexten till Budget 2015 för SLL återfinns flera etiska värden som står i samklang med Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Så sägs till exempel att målet för budgeten när det gäller hälso- och sjukvården inom landstinget är en tillgänglig hälso- och sjukvård för alla invånare. Några grundläggande principer för vården inom landstinget slås fast, nämligen:

- individens hälsa är i fokus vid varje möte med vården
- oavsett vart individen vänder sig ska denne få stöd att komma rätt
- det finns tillräcklig samt adekvat information och kompetens i hela vården
- individens samlade behov är utgångspunkt för den vård som erbjuds

Målet är alltså en tillgänglig, säker och effektiv hälso- och sjukvård där patienten alltid står i centrum, enligt budgeten. Detta presenteras som ett övergripande mål, vilket man sedan har brutit ned i fyra delmål:

- vård i rätt tid
- säker vård
- hög effektivitet
- högt förtroende för vården

Samtidigt betonas att budgeten måste hållas. Att informanterna i vår studie betonade att budgeten är det som styr mest av allt bekräftas i mycket av budgetens inledande texter. Omprövningar och tydligare prioriteringar behövs, sägs det, för att budgetens uppsatta mål ska kunna hållas. Vidare sägs det att ytterligare effektiviseringar behövs, liksom strukturella förändringar, t.ex. i form av en förändrad arbetsorganisation. Hur denna ska se ut framgår emellertid inte.

Ett tydligt etiskt värde som betonas är att SLL månar om informerade och delaktiga patienter, helt i linje med rådande den rådande patientlagstiftningen. Likaså betonas vikten av en jämlik och jämställd sjukvård, där alla som söker vård erbjuds en likvärdig och god vård. Detta framhålls som en viktig del av vårdens värdegrund. Vården ska ges utifrån behov och inget annat.

Budgetens inledande text betonar också vikten av att likvärdig vård erbjuds kvinnor och män, samt att om kvinnor och män erbjuds olika vård så ska detta ha tydligt stöd i vetenskaplig evidens. Obefogade könsskillnader i läkemedelsanvändningen ska minska och implementeringen av landstingets HBTQ-policy fortsätta, står det.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att den inledande texten i Budget 2015 för SLL innehåller flera etiska ställningstaganden, där viktiga värden lyfts fram, såsom jämlikhet och patientdelaktighet. Det går emellertid inte att utläsa av själva siffrorna i budgeten om några pengar är avsatta för att t.ex. kunna prioritera etikutbildningar eller etiskdiskussioner på arbetstid. Detta får man anta är upp till de enskilda vårdgivarna att besluta om. Däremot framgår, både i texten och i själva budgetuppsättningen, att ett klart fokus finns på investeringar i lokaler (byggnader) och infrastruktur. Detta återfinns både i texten och i själva budgeten. Särskilt framhålls färdigställandet av Nya Karolinska Solna, men även andra omfattande ny- och ombyggnationer av sjukhus inom SLL nämns. Vid sidan av de etiska värdena delaktighet och jämlikhet, framhålls också att prioriteringar och effektivisering utgör centrala aspekter i syfte att hålla kostnaderna nere.

Resultaten av intervjustudien och observationsstudien, i sammanfattning:

- Vi fann flera exempel på god individuell etisk kompetens inom undersökningsgruppen. Denna kom till uttryck genom informanternas egna berättelser och konkreta exempel på hur de hade fångat upp (identifierat) olika etiska problem, dilemman och ”oegentligheter”, tagit itu med dessa på ett kommunikativt och argumenterande sätt, agerat och i vissa fall även lyckats bidra till att de fel som begåtts (av andra) kunnat rättas till.
- Debatterna på Landstingsfullmäktiges sammanträden var emotionellt engagerade på olika sätt. I vissa fall kom ett omsorgsetiskt förhållningssätt till uttryck. I andra fall riktades det emotionella engagemanget mot meningsmotståndarna och deras (miss-)uppfattningar i olika sakfrågor. Etiska värden, t.ex. jämlikhet, lyftes ofta fram och argumenteras för. Både av den politiska majoriteten och av oppositionen. Å andra sidan föreföll inte de etiska argument som lyftes fram (som kritik mot den sittande majoritetens förslag till beslut) påverka de beslut som skulle fattas. Det hör till saken att när ett färdigt beslutsunderlag väl kommer fram för formellt beslutsfattande i Landstingsfullmäktige, så är dessa beslut i praktiken redan fattade längs vägen via andra politiska organ, enligt informanterna. Detta kan sammanfattningsvis förstås som att viss etisk kompetens kom till uttryck i den politiska debatten, men att denna kompetens inte togs tillvara (tillämpades) i samband med de aktuella beslut som skulle fattas. Man kan dock betrakta Landstingsfullmäktige som ett potentiellt **forum** för politiker att utveckla såväl individuell som kollektiv etisk kompetens för ledning och styrning av vården.
- Ett särskilt viktigt resultat i projektet är att den organisatoriska uppdelningen mellan beställare och utförare av vård inom SLL föreföll utgöra ett hinder för kollektivt och organisatoriskt lärande; tillämpning och utveckling av etisk kompetens för ledning och styrning av vården. Detta eftersom den organisatoriska uppdelningen inte åtföljdes av nya rutiner för sådant lärande och tillämpning av etisk kompetens, som överbyggde uppdelningen. Avsikten med den organisatoriska uppdelningen var bl.a. att skapa tydlighet och separera de olika roller som politiker, opolitiska tjänstemän och vårdgivarnas högsta chefer har. Samtidigt fanns det inom undersökningsgruppen en utbredd uppfattning att de tre aktörgrupperna hade en gemensam uppgift: Att skapa förutsättningar för vårdens praktik. Det är för den specifika och gemensamma uppgiften som en gemensam samspelesarena, tillhandahållen genom organisatoriska rutiner, för lärande och etiskt ansvarstagande skulle kunna vara motiverad utifrån ett organisationspedagogiskt perspektiv. Det är vanligt med s.k. särkoppling mellan en administrativ del och en professionell del, liksom mellan policy och praktik (Brunsson, 2007; Sahlin & Eriksson-Zetterquist, 2016). Inte minst inom stora, kunskapsintensiva och komplexa

organisationer som står inför svåra utmaningar (Brunsson, 2007), liksom för att hantera målkonflikter (Cyert & March, 1963). Men avsaknaden av organisatoriska rutiner och samspelesarenor för gemensamt etiskt ansvarstagande för vårdens villkor, föreföll i detta fall ha försvårat sådana kollektiva och organisatoriska läroprocesser som fordras för ändamålet. Ett empiriskt exempel som illustrerar detta var att en systematiskt utförd etisk analys (av stor dignitet för landstingsledningen, professionerna och medborgarna) som gjorts på ett håll inom ledningsorganisationen med förslag till beslut som var underbyggt med etiska argument, kom att undergrävas på ett annat håll inom ledningsorganisationen där den etiska kompetensen saknades: Man kunde där inte stå upp för och försvara det etiskt motiverade beslutet inför offentligheten, vilket fick etiskt oönskade konsekvenser.

• Undersökningsgruppen skaffade sig kunskap om vårdens villkor på många olika sätt. Allt från arbetsplatsbesök till att ta del av exempelvis Inspektionen för vård och omsorg, IVO:s, rapportering. Vi kunde dock lägga märke till följande handlingsmönster:

- En tendens att följa egna flöden, att selektera information och fakta så att dessa skulle passa det egna intresset, snarare än att systematiskt samla kunskap om villkoren från olika källor, bearbeta dessa kunskaper och ta detta underlag med i beräkningen för att tjäna vårdens syfte. I den mån det förhåller sig så, medför detta en risk att underlag för beslut blir bristfälliga, vilket vi fick flera konkreta exempel på.
- En tendens att lägga etiskt ansvar utanför maktstrukturen. Etik uppfattades inte som en fråga för makthavarna, utan för de professionella yrkesgrupperna i vårdens praktik. Några ekonomiska resurser allokerades inte för ändamålet, varken i landstingets budget, via vårdavtal eller i vårdgivarorganisationerna. Enligt informanterna.
- Aktörsgrupperna i undersökningsgruppen följde inte upp sitt eget samarbete och det fanns en utbredd uppfattning bland informanterna att där saknades etisk kompetens. Därmed kan man dra slutsatsen att undersökningsgruppen i praktiken undandrog sig vissa möjligheter till etiskt ansvarstagande för vårdens villkor. Liksom att undersökningsgruppen själv föreföll ha brister i sådan etisk kompetens som styrdokumentet fordrar.

• Vi fann sammanfattningsvis att etik i ledning och styrning av hälso- och sjukvården, inom SLL, hade en mycket svag ställning i praktiken. Det saknades som vi nämnt ovan, bl.a. en gemensam samspelesarena där politiker, tjänstemän och vårdgivarnas högsta chefer explicit diskuterade etiska aspekter av ledning och styrning av vården. Vårdens värdegrund föreföll inte heller integreras på ett explicit och kommunikativt sätt i exempelvis budgetarbete, vid framtagning av reformer eller i samband med att vårdavtal tecknades. Enligt informanterna talade man sällan om etik i ledning och styrning av vården. ”Den kompetensen finns inte”, sa flera informanter på olika håll inom undersökningsgruppen. Praktisk etik uppfattas många gånger som svårt och bedömdes inte heller ha prioritet inom undersökningsgruppen. Det fanns dock en medvetenhet om riskerna med att inte göra etiska analyser. Dessa resultat kan förstås som brister både i individuell och i kollektiv etisk kompetens. Liksom att tolkningar, översättningar och tillämpningar som gjorts av nya

former för styrning, exempelvis managementstyrning, förefaller ha trängt undan etiken från beslutsprocesserna.

Mot bakgrund av ovanstående resultat drar vi slutsatsen att det fordras en organisering som möjliggör integrerade lärprocesser så att både individuell och kollektiv etisk kompetens kan tillämpas och vidareutvecklas i ledning och styrning av vården på landstingsnivå.

Genomförda och planerade insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning

Forskningsresultaten har belysts och diskuterats på kursen Ledarskap och organisationsutveckling, Karolinska Institutet, 2015 och 2016. På dessa kurser deltog chefer och blivande chefer från olika vårdorganisationer och specialiteter. Forskningsresultaten har också förmedlats i samband med föreläsningar, konferenser och utbildningsdagar, se nedan:

2015-10-07: Heldagsutbildning för vårdchefer hos Ledarna. Stockholm.

2015-10-09: Äldrelyftet i Örebro.

2015-11-05: Kvalitetsmässan i Göteborg.

2015-11-19: Vårdförbundet Östersund.

2015-11-26: Dagens Medicins HR-dag.

2016-12-02: Nätverksträff ”Effektiv styrning”: Om villkor för tillitsfull ledning och styrning.

2016-10-20: Hälso- och sjukvårdens förvaltning i Stockholm (HSF)

2017-01-23: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

2017-04-04: Presentation för ledningsgruppen i Hälso- och sjukvårdens förvaltning (HSF/SLL).

2017-06-01: Seminarium Hälso- och sjukvårdens förvaltning i Stockholm (HSF)

Publikationer inom projektets ram

Falkenström, E. (2013). Värdet av chefers etiska kompetens. Socialmedicinsk tidskrift 6/2013, s 857-865.

Falkenström, E. (2014). *Vårdchefens etiska dilemman: Strategier för bättre praktik*. Stockholm: Natur och kultur.

Falkenström, E., Ohlsson, J., Höglund, A. T. (2016). *Developing Ethical Competence in Healthcare Management*. Journal of Workplace Learning; Vol. 28 (1) pp. 17 – 32.

”På spaning efter etik i ledning och styrning av vården”: Arbetstitel på kommande rapport/bok, 2017.

Två artiklar för internationell vetenskaplig publicering kommer att färdigställas under våren 2017.

Referenser

- Björnsson, G., Kihlbom, U., & Ullholm, A. (2009). *Argumentationsanalys. Färdigheter för kritiskt tänkande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brunsson, N. (2007). *The consequences of decision-making*. New York: Oxford University Press.
- Cyert, R., & March, J. G. (1963). *A behavioural theory of the firm*: Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Döös, M., & Wilhelmson, L. (2011). Collective learning: interaction and a shared action arena. *Journal of Workplace Learning*, 23(8), 487-500.
- Ellström, P.-E. (2006). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica.
- Falkenström, E. (2012). *Verksamhetsschefens etiska kompetens: Om identifiering och hantering av intressekonflikter i hälso- och sjukvården*. (Phd), Stockholm University, Stockholm.
- Falkenström, E. (2014). *Vårdchefens etiska dilemman*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Falkenström, E., Ohlsson, J., & Höglund, A. (2016). Developing Ethical Competence in Healthcare Management. *Journal of Workplace Learning*, 28(1), 17-32.
- Höglund, A. T. (2005). *Inga lätta val. Om riktlinjer och etisk kompetens vid prioriteringar i vården. En studie i empirisk etik*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
- Johansson, O. L. (2001). *Organisationens rationalitet*. Trelleborg: Academia Adacta.
- Nussbaum, M. C. (1997). Emotioner som värdeomdömen. In U. Holm, E. Mark, & A. Persson (Eds.), *Tanke Känsla Identitet*. Göteborg: Anamma.
- Sahlin, K., & Eriksson-Zetterquist, U. (2016). *Kollegialitet: En modern styrform*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Retrieved from Stockholm:
- Weber, M. (1964). *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: Free Press.
- Weber, M. (1968). *Ekonomi och samhälle*. Lund: Argos.