



INSTITUTIONEN FÖR FILOSOFI, LINGVISTIK
OCH VETENSKAPSTEORI

STANDARDISERING FÖR TILLIT

Två sätt att ordna inom en diagnostisk verksamhet

Susanna Latham

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Evidensbaserad teori och kontext, magisteruppsats
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2023
Handledare:	Doris Lydahl
Examinator:	Dick Kasperowski

Abstract

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Evidensbaserad i teori och kontext, magisteruppsats
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2023
Handledare:	Doris Lydahl
Examinator:	Dick Kasperowski
Nyckelord:	Hälso- och sjukvård, tillitsbaserad styrning och ledning, standardisering, modes of ordering

Syfte:	Syftet med denna uppsats är att få en ökad förståelse för hur tillitsbaserad styrning och ledning ordnas av och ordnar aktörer i en kunskapsintensiv högteknologisk del av den offentligt drivna hälso- och sjukvården.
Teori:	Med teoretisk utgångspunkt i teknik och vetenskapsstudier är utgångspunkten att både forskning och tillämpningen av resultaten är sociala aktiviteter och kan därigenom studeras som sådana. Med konceptuella resurser från standardiserings sociologi och modes of ordering analyseras de uttryck tillitsbaserad styrning och ledning får i verksamheten.
Metod:	Detta är en empirisk fallstudie med intervjuer och genomgång av dokument. Genom kvalitativa intervjuer och dokument har jag fått beskrivningar om vad tillitsbaserad styrning och ledning uppfattas vara, antaganden om effekt och insyn i vilka konkreta uttryck en tillitsbaserad styrning och ledning kan ta sig.
Resultat:	Utifrån genererat material identifierar jag två olika sätt som aktörer ordnar och ordnas utifrån idén om tillitsbaserad styrning och ledning. I det första ordnandet utgör medicinsk kunskap en överordnad princip, där intervjupersoner ger uttryck för behov av att effektivisera genom standardisering av praktiker. Behovet blir emellertid underordnad principen om att ordna efter medicinsk kunskap och de sociala relationer som kunskapen genererar. I det andra ordnandet blir nedskrivandet av tekniska standarder ett uttryck för en överordnad princip. Konstruktionen av standarder sker genom formalisering av lokal kunskap. Standardisering är något som återfinns i båda ordnandena och som verksamhetens processer och aktörer påverkas av och ordnas efter. I verksamheten finns uppfattning om att standardisering å ena sidan är något som möjliggör enhetlighet, mätbarhet, kontroll och blir därmed en grund för tillit, effektivitet och kvalitet. Å andra sidan uttrycker intervjupersoner att ett större handlingsutrymme för sjukvårdens medicinskt professionella är något som möjliggör specialiserade medicinska bedömningar, vilket i detta fall ses som en grund för tillit och kvalitet samtidigt som det anklagas skapa ineffektivitet.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	3
New public management, evidensbaserad medicin och kunskapsstyrning	3
Tillitsbaserad styrning och ledning (TSL).....	5
Syfte och frågeställningar.....	8
Avgränsning	8
Teoretisk utgångspunkt och centrala begrepp.....	9
Teknik och vetenskapsstudier - science and technology studies (STS)	9
Modes of ordering – sätt att ordna.....	10
Att ordna förmåga	11
Ordnanden som stör	11
Standardisering	12
Standardisering i hälso- och sjukvård.....	12
Ackreditering	13
Tillit till standarder	14
Metod och material.....	16
Verksamheten	16
Formell organisering.....	16
Material.....	20
Intervjuer.....	20
Dokument.....	20
Analysmetod.....	21
Abduktion	21
Etik.....	22

Studiens begränsningar	23
Resultat och analys.....	25
Vad är TSL?.....	25
Medicinsk kunskap som princip	30
Tillit till medicinsk kompetens	30
Standardisera för att effektivisera	31
Teknisk standard som princip.....	34
Lokala standarder och lokal kunskap.....	35
Tillit till dokument	38
Diskussion och slutsats.....	41
Metod	41
Resultat	42
Slutsats	44
Vidare forskning.....	46
Referenslista	47

Inledning

Människor som organiseras för arbete inom offentlig förvaltning, specifikt hälso- och sjukvård, har för mig alltid varit ett stort intresse. Det är med nyfikenhet som jag försöker förstå vad det är som gör *ordandet* (Law, 1994) inom hälso- och sjukvården. Jag är intresserad av hur och vilka kunskapsstyper som blir styrande i försök att nå upp till de ideal och krav som fältet hälso- och sjukvård har att leva upp till. Vad händer till exempel i en verksamhet när kunskap, som hävdar gynnsam organisering, ges plats i organisationen och ger nya insikter till beslutsfattande aktörer? Leder det fram till andra sätt att organisera eller förstärks redan existerande sätt? Vilken kunskap och logik utgör grunden för sätt att styra och leda? Vilka möjligheter och risker finns?

I början av år 2023, i samband med att jag skulle välja ämne för magisteruppsats vid Evidensbaseringsprogrammet Göteborgs Universitet, fick jag möjlighet att prata med individer inom en sjukvårdsverksamhet som berättade att de arbetar enligt de principer som tillitsbaserad styrning och ledning (TSL) förordar. Detta väckte mitt intresse och där ämne för magisteruppsatsen blev TSL. Jag gick tillbaka till verksamheten och frågade beslutsfattare om jag kunde genomföra min studie där vilket var något som de med entusiasm välkomnade.

Uppkomsten av TSL kan ses som en reaktion mot en ökad byråkratisering och en detaljstyrning särskilt i kunskapsintensiva verksamheter. TSL kan förenklat ses som ett ramverk för styrning som samexisterar med andra styrlogiker som påverkar offentligt driven hälso- och sjukvård; som till exempel New Public Management (NPM), evidensbaserad medicin (EBM), evidensbaserad praktik (EBP) och kunskapsstyrning. Nämnade logiker strävar efter att skapa förutsättningar för kunskapsbaserade, jämlika och resurseffektiva praktiker som är av god kvalitet. Den studerande verksamheten är intressant i relation till hur TSL tillämpas i praktiken och även i relation till den kritik som TSL har uppstått ur. Den studerande verksamheten är kunskapsintensiv där människor med olika akademiska utbildningar inom medicin, omvårdnad, teknik med mera, samsas om utrymme och uppdrag vilket kan innebära både möjligheter och utmaningar i relation till olika logiker men även sätt att styra och ordna.

Verksamhetens uppdrag är att bedriva diagnostik och i dagsläget präglas verksamheten av liknande utmaningar som andra delar av den svenska sjukvården står inför, som till exempel svårigheter med att fullfölja tilldelat uppdrag med hänvisning till tilltagande patientköer

parallellt med svårigheter vad gäller kompetensförsörjning, något som bland annat härleds till brister i arbetsmiljön. Patienter remitteras till verksamheten från en mängd mer eller mindre medicinskt specialiserade inrättningar runt om i Sverige. I denna verksamhet genomgår patienter undersökningar med hjälp av teknologi. Resultatet av undersökningarna möjliggör både en medicinsk bedömning och skapandet av medicinska underlag för vidare medicinsk åtgärd som utförs av remittent. Verksamheten är en betydande aktör för ett större sjukvårdssystem. Sättet som verksamheten organiserar sig på och de effekter som organiseringen skapar påverkar inte endast verksamheten utan ett helt sjukvårdssystem och även samhället. Härigenom menar jag att denna studie kan bidra med att belysa vilka konkreta uttryck TSL kan ta sig, vilka möjligheter som finns men även risker.

Syftet med min uppsats är således att öka förståelsen för tillämpningen av tillitsbaserad styrning och ledning (TSL) i en kunskapsintensiv högteknologisk del av ett sjukvårdssystem. Med teoretiskt avstamp i teknik- och vetenskapsstudier (STS) är min utgångspunkt att både forskning och tillämpningen av resultaten är sociala aktiviteter och därigenom kan studeras som sådana. Med abduktiv analysmetod och med konceptuella resurser från *standardiserings sociologi* (Timmermans & Epstein, 2010) och *modes of ordering* (Law, 1994) analyseras de uttryck TSL får i verksamheten.

Bakgrund

Det som fångat mitt intresse och som utgör ett relevant fenomen i denna fallstudie är förslagen från forskare och utsedda expertgrupper att offentliga verksamheter, hälso- och sjukvården inkluderad, kan styras och ledas utifrån tillit som grund; en tillitsbaserad styrning och ledning (Tillitsdelegationen, 2018). I kommande del ger jag en översiktlig beskrivning över ett par fenomen som på ett eller annat sätt påverkar aktörer och praktiker inom den offentligt drivna hälso- och sjukvården.

Organiseringen av sjukvården är något som ständigt är aktuellt och att leda och styra en människobehandlade organisation som sjukvården kan innebära olika utmaningar beroende på var i det specialiserade sjukvårdssystemet vi befinner oss. Styr försök av hälso- och sjukvården är av olika karaktär och kan bli till ett medel eller mål för styrningen. Det som är gemensamt är att de alla föreslår olika sätt att organisera aktörer för att styra och påverka praktiker, utfall och resultat inom det mångfacetterade fältet. Exempel på styr försök de senaste decennierna i Sverige är New Public Management, evidensbaserad medicin och kunskapsstyrning. Samtidigt har det under de senaste årtiondena riktats kritik mot hur offentlig verksamhet styrs. Det berättas om en detaljstyrning av sjukvården som ökar den administrativa belastningen. Detaljstyrningen anses leda till en sämre arbetsmiljö och en överhängande risk för avprofessionalisering, något som sammantaget anges som orsak till resurs- och kompetensbrist, brister vars konsekvenser är att patienter inte hinns med (SOU 2016:2, 2016). Vi har under åren kunnat läsa debatter i media och studier som visar att vårdpersonal upplever en ständig stress på grund av organisatoriska brister som i sin tur är skapade av en styrning och konsekvenser som beskrivs som effekter av New Public Management (se exempelvis Målvqvist, m.fl., 2011; Stjernholm, 2021; Agerberg, 2014).

New public management, evidensbaserad medicin och kunskapsstyrning

Under 1990-talet började begreppet kunskapsstyrning användas inom hälso- och sjukvården. Initialt avsågs begreppet beskriva statens styrning av hälso- och sjukvården mot en kontinuerlig utveckling och kvalitetsförbättring genom tillgång till bästa möjliga kunskap (Garpenby, 2016, s. 30). Under samma period började begreppet New Public Management (NPM) dyka upp som ett sätt att benämna de förändringar som pågått sedan 1980-talet inom offentlig sektor (Almqvist, 2006, s. 19; Hood, 1995, s. 93). Den mest dominerande logiken i beskrivning av

NPM är att offentlig verksamhet blir mindre kostsam och mer effektiv om de inordnas i en universell marknadslogik (Hood, 1991, s. 8) och styrs som en sådan. De bärande tankarna i styrförsöken handlar om att ordna offentlig verksamhet efter en företagsliknande logik vilket innebär att vikt läggs vid effektivitet som uppnås genom mål- och resultatstyrning, konkurrens, marknadsmodeller, decentralisering, olika belöningssystem, jämförelser och utvärderingar (Almqvist, 2006, ss. 25-26; Alvesson & Cizinsky, 2018, s. 40). Ett vanligt förekommande antagande är att NPM har uppstått som en kritik gentemot den växande, mer kostsamma, ineffektiva offentliga sektorn (Almqvist, 2006, s. 21). Flera forskare menar att antagandet är en förenkling av NPM då även framväxten av olika akademiska discipliner är en väsentlig del i utvecklingen, beskrivningen och förklaringen av vad NPM är (Almqvist, 2006, s. 21). Till exempel menar Hood (1995, ss. 95-96) att förändringarna främst inte handlar om de tjänster som offentliga verksamheter tillhandahåller, utan att det mer handlar om att förändra det sätt som aktörer styr, kontrollerar och redovisar tjänsterna (Almqvist, 2006, s. 22).

Ytterligare en sak som sker under denna tid är att ett nytt sätt att organisera medicinsk utbildning och praktik lanseras (Bohlin & Sager, 2011, s. 13). Det nya sättet, evidensbaserad medicin (EBM), skulle ersätta de tidigare antagandena om att grundläggande medicinsk utbildning och ett sunt förnuft utgjorde legitima och pålitliga metoder för medicinska bedömningar och åtgärder (Guyatt, et al., 1992, s. 2421). EBM förespråkar att vetenskapligt producerad kunskap och beprövad erfarenhet ska utgöra grunden för medicinska bedömningar och åtgärder (vilket även utgör en paragraf i den svenska patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, som hälso- och sjukvården lyder under). EBM beskrivs av Sackett m.fl. (1996, s. 73):

[...] the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research... External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision (Sackett, m.fl., 1996, s. 73).

Framför allt tre metoder sågs som verktyg i tanken om en evidensbaserad klinisk praktik: randomiserade kontrollerade prövningar, metaanalyser och kliniska riktlinjer. Det sistnämnda kan ses som förenklade beskrivningar av forskningsresultat konsoliderade i formaliseringar som kan tillämpas i sjukvården (Bohlin & Sager, 2011, s. 14). Att EBM får ett stort genomslag kan ses genom de stora förändringar som gjorts vad gäller krav på kunskap och dess utformning,

och kan kopplas samman med bland annat den vikt som läggs vid kvalitetssäkring av offentligt drivna verksamheter och de reaktioner som kommer av upptäckta lokala variationer i myndighetsutövning (Bohlin & Sager, 2011, ss. 14-15). EBM får påverkan på hur offentliga verksamheter styrs genom att EBM:s ideal om evidens får utrymme i andra praktiker än medicin. Bland annat genom evidensbaserad praktik (EBP) (Johansson, et al., 2015). Här menar Johansson m.fl. (2015) att evidensrörelsen med sitt inträde i offentlig förvaltning har som syfte att ersätta NPM som styrmodell genom evidensbaserad styrning. Inom sjukvården har intresset för evidensbaserad styrning även samband med ökat krav på transparens vad gäller prioritering av hälso- och sjukvård (Bohlin & Sager, 2011, s. 132).

En av de första åtgärderna för att möjliggöra den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården var etableringen av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Därefter följde ett utvidgat uppdrag till Socialstyrelsen som innefattade ansvar för utveckling av nationella riktlinjer för olika sjukdomsområden (Bohlin & Sager, 2011, s. 33; Krohwinkel & Winberg, 2022, s. 16). Sedan år 2018 har Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Syftet med systemet är att leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet, något som ska möjliggöras genom centralisering och samordning av kunskapsproduktion men även genom kunskapens spridning och implementering (Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2023).

Tillitsbaserad styrning och ledning (TSL)

Idén om tillitsbaserad styrning och ledning (TSL) har av flertalet olika aktörer varit ett välkommet styrnings- och ledningsalternativ till föreställningen om NPM. TSL är något som spås reformera den svenska välfärdsapparaten till det bättre för alla berörda (Andersson, m.fl., 2023, s. 11). I en debattartikel i Svenska Dagbladet den 17 augusti 2017 uttryckte dåvarande socialförsäkringsminister och civilminister att "Välfärdens proffs" måste ges större frihet i arbetet. Ministrarna menade att NPM som styrmodell skapar en ökad administrativ börda men inte nödvändigtvis ökar kvaliteten, samt att då välfärden är målstyrd och hanteras enligt marknadsprinciper har ökat graden av byråkratisering, en ökad detaljstyrning och en försämrad arbetsmiljö (Strandhäll & Shekarabi, 2017). Året innan debattartikeln, i juni år 2016, tillsattes Tillitsdelegationen med uppdrag från regeringen. Uppdraget var att ge förslag på hur styrningen av välfärdstjänster inom offentlig verksamhet kan ske i samarbete med medarbetares kompetenser och erfarenheter. Effekten som eftersöktes var en ökad kvalitet och

utvecklingsarbete (Tillitsdelegationen, 2018, s. 15). Tillitsdelegationen menar även att evidensbaserade praktiker, nationell samordning och kollegial kunskapsöverföring är något som behöver främjas (Tillitsdelegationen, 2018, s. 207). I Tillitsdelegationens förberedande arbete diskuterades styrningsproblematiken som beskrivits i kommittédirektivet. I direktivet uttrycks att styrningen de senaste årtiondena präglats av fokus på mål- och resultatstyrning och uppföljning, något som menas ligga till grund för brister i styrningen då lite utrymme lämnas för lokala förutsättningar och behov. För att välfärdstjänsterna ska kunna styras behöver styrningen utgå från ett ömsesidigt förtroende; att den som bär ansvar för verksamheten behöver lita på att verksamheten utvecklas enligt gällande lagstiftning, efter de behov som finns. Därtill ska verksamheten vara ändamålsenlig och samhällsekonomiskt i linje med såväl uppställda mål som kvalitet (Kommittédirektiv, 2016:51).

Tillitsdelegationen menar att deras arbete inte ska ses som en styrmodell. I stället föreslår de principer för styrning och ledning: ett ramverk. Utgångspunkten är att chefer och medarbetare i offentlig verksamhet löser de problem som finns i mötet mellan dem och invånaren (Tillitsdelegationen, 2018, ss. 24, 143). TSL definieras av tillitsdelegationen som:

styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och medborgarnas behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa att medarbetaren kan, vill och vågar hjälpa medborgaren (Tillitsdelegationen, 2018, s. 22).

Delegationen menar att en gemensam problemlösning kan öka och bibehålla kvaliteten i välfärdstjänster. Antagandet bygger på att en ökad tillit i styrningen ger ett ökat handlingsutrymme för exempelvis sjukvårdens professionella (Tillitsdelegationen, 2018, s. 22). Därtill menar delegationen att det finns olika sätt att definiera begreppet på, det finns inget rätt sätt och det finns inget sätt som är fel, det som krävs är att det läggs en tyngre vikt på kultur, ledarskap och ett ökat professionellt handlingsutrymme. Vad som ytterligare diskuteras i delegationens rapport är vad som kan standardiseras och vad som behöver en annan lösning. Till exempel framhåller rapporten att en styrning som tar bättre hänsyn till och hanterar variation i människors behov och förutsättningar är viktigt för att utveckla den offentliga sektorns förmåga att lösa människors mer sammansatta problem (Tillitsdelegationen, 2018, s. 166).

Tillitsdelegationen och idén om TSL har dock kritiserats. I början av år 2023 gav Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS) ut forskningsrapporten *Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden*. Rapporten kan ses som ett svar på tillitsdelegationens resonemang. Författarna av rapporten menar att även om TSL har diskuterats som ett innovativt sätt att styra offentlig förvaltning, så präglas det i själva verket av ett tillstånd av förvirring och bristfällig kunskap gällande hur konceptet kan tillämpas (Andersson, m.fl., 2023, s. 19). Rapportförfattarna delar föreställningen om att tillit är ett eftersträvansvärt ideal och menar att detta är något som uppstår som en effekt av en god organisering snarare än som ett resultat av ledningskommunikation. De ställer sig skeptiska till att tillit är något som kan skapas genom att öka det professionella handlingsutrymmet (Andersson, m.fl., 2023, s. 20). Författarna ifrågasätter också idén om att kontroll utgör en motsats till tillit. Det som kan skapa tanken om kontroll är förekomsten av standardiserade processer och regelverk, något som anses hindra det professionella omdömet och utveckling. Detta menar Andersson m.fl. (2023, s. 34) ger en ensidig bild av standardiseringens funktioner. Deras egen forskning visar att medarbetare uttrycker behov av vägledning och stöttning i form av ”besked uppifrån” och tydligare regelverk, samtidigt som allt inte kan standardiseras eftersom det finns situationer där en standardmall inte är optimal och medarbetare då endast kan förlita sig på sitt omdöme (Andersson, m.fl., 2023, s. 35).

Syfte och frågeställningar

Genom kvalitativa intervjuer, samtal och dokument är syftet med denna uppsats att få en ökad förståelse för hur TSL ordnas av och ordnar aktörer inom en högteknologisk del av sjukvården. Med teoretisk utgångspunkt i teknik och vetenskapsstudier utgår jag från att både forskning och tillämpningen av resultaten är sociala aktiviteter och kan därigenom studeras som sådana. Med konceptuella resurser från standardiseringssociologi och *modes of ordering* analyseras de uttryck TSL får i verksamheten.

För att närma mig ämnet tillämpas följande frågeställningar:

- *Hur beskriver aktörer tillitsbaserad styrning och ledning?*
- *Vilka antaganden om tillitsbaserad styrning och lednings effekt gör aktörer?*
- *I vilka handlingar uttrycker sig tillitsbaserad styrning och ledning?*

Avgränsning

Denna studie bidrar med att ge en ögonblicksbild av en komplex organisation präglad av många parallella processer. Med annan teoretisk utgångspunkt eller andra begrepp hade ögonblicket sett annorlunda ut, men likafullt menar jag att de två ordnanden som jag identifierar har generiska kvaliteter. Sätten som denna kunskapsintensiva verksamhet ordnas visar på uttryck som ett införande av TSL kan bära med sig. Med detta följer även risker och möjligheter som inte endast påverkar den specifika studerade verksamheten utan även det större system som den är en del av.

Teoretisk utgångspunkt och centrala begrepp

Teknik och vetenskapsstudier - science and technology studies (STS)

Syftet med denna fallstudie är att få en ökad förståelse för hur TSL ordnas av och ordnar aktörer. För att kunna göra beskrivningar används STS som teoretisk utgångspunkt. Det studerade området är en plats där teknologi, vetenskap och beprövad erfarenhet möts. Här samsas aktörer, praktiker och maskiner om utrymme och utgör avgörande delar i verksamhetens processer. Aktörer är beroende av maskinerna och av varandra på olika sätt för att kunna utöva sin professionella yrkesroll, beroende på vart i processen vi befinner oss ställs även olika krav på olika typer av kunskaper, närvarande är även olika intressen, värden och meningsskapande.

Inom STS finns antagandet att vetenskap och teknologi är sociala aktiviteter. De aktörer som agerar inom fälten, och där effekten av kunskapen och teknologin används och skapas, ingår samtliga i olika gemenskaper som verkar både socialiserande och normerande; de olika gemenskaperna skapar normer för hur saker och ting bör gå till (Sismondo, 2010, s. 11). Till exempel tränas forskare inom en specifik disciplin att se och tolka världen ur ett specifikt perspektiv (Law, 2017, s. 72). Samma resonemang skulle kunna göras gällande för exempelvis en sjuksköterska, eller en läkare, vad gäller den praktiska tillämpningen av vetenskaplig kunskap, eller teknologi, i en specifik sjuvårdskontext, på ett specifikt sjukhus, på en specifik avdelning. Kontexten präglar individer och praktiker.

Konstruktionen av kunskap och teknik ses inom STS som en aktiv social process och kan därigenom studeras som en sådan; vi kan studera hur vetenskap och teknologi produceras och vad (och hur) effekten blir i praktiken, vi kan även få syn på deras transformativa förmåga (Law, 2017, s. 69). Detta fält har som fokus att utforska hur och varför olika kunskaps typer produceras, genom vilka fenomen som kunskapsobjekt och material får legitimitet och accepteras (Sismondo, 2010, ss. 55-56).

Inom fältet STS förespråkas symmetriska principer som grund för de beskrivningar som görs av beståndsdelarna i de teorier som accepteras och de teorier som inte accepteras. Förespråkandet kan ses som en reaktion mot ett asymmetriskt förhållningssätt som innebär att sanna övertygelser ges interna (typ etablerade teorier inom vetenskapliga discipliner) rationella förklaringar men där osanna övertygelser i stället får externa sociala förklaringar, som

exempelvis ekonomiska, kommersiella eller samhällsklassers intressen (Sismondo, 2010, s. 48). Min intention är att öka förståelsen för vilka uttryck TSL genererar. Därför använder jag mig av ett symmetriskt förhållningssätt som ett analytiskt redskap. Redskapet skapar förutsättningar för mig att inte ta ställning för eller emot det som de intervjuade berättar. Ett symmetriskt förhållningssätt kan bidra till att öppna upp och kan även visa på att olika logiker finns närvarande. Det symmetriska förhållningssättet kan även visa på hur logikerna påverkar varandra.

Modes of ordering – sätt att ordna

Med hjälp av idén om sociologiker kan vi följa hur aktörer attribuerar orsaker och effekter; vad som erkänns och vad som kan associeras med vad. Sociologiker kan i en bred bemärkelse förklaras genom att de kan ses som ett ramverk för att studera mobiliseringen, konstruktionen och samlandet av kunskap och hur viss kunskap anses vara mer eller mindre trovärdig. Detta kan bidra till synliggörandet av relationer i ett identifierat system. Själva tanken om sociologiker bidrar till ett symmetriskt förhållningssätt då ett hävdande om att något är ologisk eller irrationellt är meningslöst eftersom varje artikulation har en förbindelse till något annat som i sig själv är såväl logisk som rationell (Latour, 1987). Sociologiker kan således ses som uttryck för människors behov av att skapa en värld som går att förstå, ett sätt att skapa ordning, men med en hänvisning till kommande del, handlar det kanske mer om ett kontinuerligt ordnande där olika sociala fenomen är med och påverkar, förhandlar och förändrandrar.

För att tydliggöra och precisera sociologikerna kommer jag att använda mig av John Laws begrepp *modes of ordering*, som på ett mycket enkelt sätt kan uttryckas som olika logiker för att organisera, att ordna. Enligt Law (1994, s. 83) är en ordning aldrig komplett och att en upplevd stabil ordning är en illusion. Ordning är i stället något som sker i en föränderlig process där bland annat texter, maskiner, kroppar, tal är med och utgör beståndsdelar i ett ordnade. Detta ger oss en variation av olika sätt att ordna; *modes of ordering*. De olika sätten att ordna ger form åt olika mönster som kan separera olika objekt; till exempel människor och ickemänniskor. Sätten att ordna kan också materialiseras genom omfattningen av effekten. Till exempel kan en standardisering få större genomslag inom en viss del av en organisation än en annan. Sätten att ordna kan även ha dualistiska effekter; alltså göra skillnader mellan material som till exempel handlingsförmåga och struktur (Law, 1994, s. 110). Ordningarna kan ha en utplånings effekt

genom att de genererar relationer som hindrar vissa och privilegierar andra vilket innebär att sätten att ordna alltså kan fungera som sätt att skapa och omskapa gränser (Law, 1994, s. 111).

Studier av modes of ordering, sätt att ordna, kan ses som sätt att visa på sammanhängande logiker som det inte endast berättas om, utan som snarare levs ut genom organiserandet av människor och ickemänniskor. De olika ordnandena skapas därför inte bara i talet (diskursen) utan snarare i organiserandet (praktiken). Detta möjliggör ett utforskande av hur de interagerar för att skapa de effekter vi ser i exempelvis en sjukvårdsverksamhet (Law, 1994, s. 109). Som i detta fall - vad sker i ett ordnande där TSL ska utgöra en princip för att ordna i en verksamhet?

Att ordna förmåga

Moser (2005) använder sig av modes of ordering för att utforska och beskriva hur funktionsnedsättning ordnas. Moser (2005, s. 668) menar att förmåga är något som uppnås snarare än något som är av naturen given. Detta betyder att en individ inte är funktionsnedsatt i någon absolut eller essentialistisk mening utan att det närmast är något som görs. I stället för att se funktionsnedsättning som en effekt av en diskursiv ordning; något som kan förklaras som en produktiv och reproduktiv ordning som utgör raster för individers sätt att tala om och förstå världen, undersöker Moser hur själva ordnandet av funktionsnedsättning praktiskt utförs; hur det materialiseras och med vilka medel som oförmåga kontra förmåga ordnas. Moser argumenterar för att det funktionsnedsättning inte bara ordnas på *ett* sätt utan att det existerar en variation av ordnanden. Moser undersöker karaktären hos ordnandena och hur relationen mellan de olika ”modes of ordering disability”, sätt att ordna funktionsnedsättning, ser ut. Mosers slutsats är att människor i praktiken inte är orörliga och statiska i ett ordnande utan det sker en rörelse mellan multipla ordnanden som samexisterar (2005, s. 669). Utgångspunkten är att funktionsnedsatt inte är något man är utan är något som kontinuerligt blir till i ett nätverk av relationer och olika sätt att ordna. I nätverket kan vi se hur ordnandet görs men även hur det materialiseras (Moser, 2005, s. 671).

Ordnanden som stör

Ytterligare exempel på användningen av modes of ordering är Jeannette Pols (2003) som använder begreppet för teoretisk analys av ett vårdssammanhang där nya lagar ska implementeras. Pols menar att begreppet även kan ses som en variant av Kuhns (1992) paradigm eller Foucaults (1971) idé om diskurs då även modes av ordering avser mönster av

material som får mening och värde i relation till varandra. Det som har värde och mening i ett ordnande har inte nödvändigtvis samma värde och meningen i ett annat (Pols, 2003, s. 321). Pols visar på att lagkrav kan handla om att skapa formella förändringar och att detta innebär en störning i sättet att ordna omvårdnad; juridik och omvårdnad tilltalas av olika värden, kunskap och procedurer. När de olika sätten att ordna möts behöver anpassningar ske och nya mönster och material behöver uppstå. Att endast reglera ett specifikt handlande och inte andra, kan bli problematiskt då olika handlanden står i relation till ett annat. Att lyckas skapa nya mönster blir beroende av gemensamma intressen för att idéer ska kunna implementeras och på så sätt skapa ny logik. Själva transformationen är komplex vilket kan leda till olika störningar och är sällan utan friktion (Pols, 2003, ss. 344, 343).

Standardisering

I flera sammanhang inom såväl vetenskap som andra fält i samhället ställs krav på att olika beslut eller anspråk bygger på kunskap som både är tillförlitlig och objektiv. Att något är objektivt kopplas inte sällan samman med tillförlitlighet, rättvisa, saklighet och opartiskhet (Porter, 1996, s. 4). Det som inte är objektivt och transparent kan anklagas för att vara oetiskt, omoraliskt och fel. Det finns idéer om att risken kan minimeras genom formaliseringar och skapandet av standarder. Standarden har som syfte att göra något enhetligt för att minimera subjektiv påverkan. Genom upprättandet av instrument, regler, bestämda procedurer och standarder finns föreställning om att godtycklighet kan motverkas och att objektivitet är något som då går att uppnå. Till exempel kan standardisering ses som en aktiv process som strävar efter att skapa stabilitet och ordning genom att hävda en vägledning som leder till objektivitet (Bohlin & Sager, 2011, s. 219; Timmermans & Epstein, 2010, s. 77).

Standardisering i hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården är påverkad av standardisering på olika sätt. Dels genom att professionella organisationer och samordnande myndigheter gör den bästa vetenskapliga kunskapen tillgänglig för fältets aktörer att nyttja genom till exempel tillgång till systematiska översikter, riktlinjer, bedömningsverktyg och bestämda mått (Timmermans & Epstein, 2010, s. 80), dels genom krav på uppföljning, till exempel kvalitetsmätning med en regelbunden dokumentation och registrering kopplat till mätsystem som ofta relateras till idén om NPM (Lindgren, 2014, ss. 11, 33). Processen med att göra saker enhetliga har varit en grundförutsättning för utvecklingen av EBM, där det handlar om att beskriva hur något

genomförs och vad resultatet ska vara för att reducera variationen av kvaliteten hos medicinska bedömningar och åtgärder (Berg, 1997, s. 25; Lydahl, 2017, s. 30; Timmermans & Berg, 2003, s. 33).

Inom en sjukvårdskontext kan en standard ange egenskap och funktion hos exempelvis ett blodprov. En standard kan även handla om att göra begrepp otvetydiga, till exempel åtgärds- och diagnoskoder (International Classification of Diseases, ICD). Ytterligare exempel är att det finns utarbetade standarder för hur något ska utföras (Lydahl, 2017, s. 30; Timmermans & Berg, 2003, s. 24) vilket kan uttryckas som en procedurell standard. Denna har som syfte att specificera en process, till exempel vilka praktiska steg en sjuksköterska behöver utföra när specifika villkor är uppfyllda vid en specifik undersökning (Timmermans & Epstein, 2010, s. 72). En sådan standard kan vara skriven av en enskild person, den kan också vara producerad utifrån experters konsensus (Timmermans & Berg, 2003, ss. 25-26). En standard kan ta fysisk form genom till exempel en skriven rutin som kan ses som ett verktyg avsett att användas i praktiken på en eller flera specifika platser eller sociala rum. Marc Berg (1997, s. 104) använder sig av uttrycket "localization of a tool" för att beskriva processen vad gäller konstruktion, implementering och användningen av ett verktyg. Begreppet beskriver hur verktyget med dess konstruktion, implementering och användning verkar transformativt genom anpassningar (localization) av rummet och/eller platsen, räckvidden och logisk grund (ibid). Detta innebär att göra något enhetligt, att skapa en standard, sker på olika sätt med olika ideal och olika principer som förändras och förhandlas i och genom processen som även förändrar utrymmet såväl som verktyget.

Ackreditering

I *Granskning i nätverk. En studie av ett ackrediterat sjukhuslaboratorium* (2006) kartlägger Caroline Waks de aktörer och det nätverk som är involverade i ett sjukhuslaboratoriums ackrediteringsprocess. Ackreditering går ut på att en verksamhet granskas och utvärderas utifrån färdiga standarder. Antagandet är att en ackreditering skapar legitimitet och förutsättningar för vidare utveckling av den ackrediterade verksamheten. En ackreditering innebär är att en granskningsmyndighet utifrån europeiska och internationella standarder prövar om en verksamhet har rätt kompetens att utföra verksamhet (Waks, 2006, s. 137). Granskningsprocessen omfattas av en kontroll om det finns formaliseringar för de på förhand bestämda standarderna. Om formaliseringarna finns på plats antas verksamheten följa

standarderna och lever därmed upp till ställda krav. De som utför kontrollerna om följsamheten är delvis professionella som arbetar på uppdrag av granskningsmyndigheten. Det som ligger till grund för bedömningen är en kontroll av hur arbetet rent praktiskt bedrivs och kontroll av administrativa rutiner (ibid). Bedömning av ackrediteringens kvalitet görs av de professionella på verksamheten (Waks, 2006, s. 146).

Det Waks visar på är att standarderna är förhandlingsbara; dels utifrån rapporterade avvikelser, dels utifrån de professionellas krav och bedömningar, detta är något som Waks tolkar kunna bidra till att, förutom att verksamheten blir granskningsbar, att verksamheten har möjlighet att påverka granskningskriterier såväl som den data som genererar granskningsrapporten, något som i sin tur omformar såväl granskningsmyndigheten, standarden/formaliseringarna, kvalitetskriterier som verksamheten (Waks, 2006, ss. 141-148, 153).

Slutsatsen som Waks (2006, s. 155) visar på är att granskningen av följsamhet till standarden har olika effekter; det kan till exempel skapa en osäkerhet hos medarbetare vad gäller kvalitetskriterier samtidigt som granskningen i sig kan hindra professionellas förgivet tagna föreställningar om hur praktiken ska utföras genom att fler kan ifrågasätta och bidra till en förändring av beslutad standard. Det som följs upp är i princip endast konstruktionen av ackrediteringssystemet där Waks menar att en kontroll av dokument som beskriver standarder finns på plats innebär inte en kontroll av kvaliteten hos de produkter eller tjänster som verksamheten tillhandahåller (2006, s. 146).

Tillit till standarder

Ytterligare en exemplifiering av standardiseringsprocess inom hälso- och sjukvårdskontext kan ses i Timmermans (2015) *Trust in standards: Transitioning clinical exome sequencing from bench to bedside*. I artikeln utforskas helexomsekvensens ("WES" som är en teknologi inom genetik) övergång från att vara ett forskningsinstrument till att användas i den kliniska vardagen.

Timmermans (2015, s. 77) berättar om olika utmaningar och anpassningar som sker i etableringen av (och tilliten till) standarden; till exempel tolkning av data, etiska ställningstaganden, kvalitetskontroll och hur denna nya teknologi integreras i medicinsk praktik. Timmermans (2015, ss. 93-94) visar hur aktörer i den kliniska vardagen bestämmer om och när de ska lita på standarden och när de behöver avvika från den. Slutsatsen som görs är att

lita på en standard handlar om att lita på att experter använder standarden på lämpligt vis, något som i sin tur gör standardiseringen reflexiv; när standarden producerar ett avvikande resultat påbörjas ett sökande efter förklaringar och lösningar, något som bland annat skapar andra praktiker som i sin tur påverkar standardiseringsprocessen (Timmermanns, 2015, s. 94).

Metod och material

Verksamheten

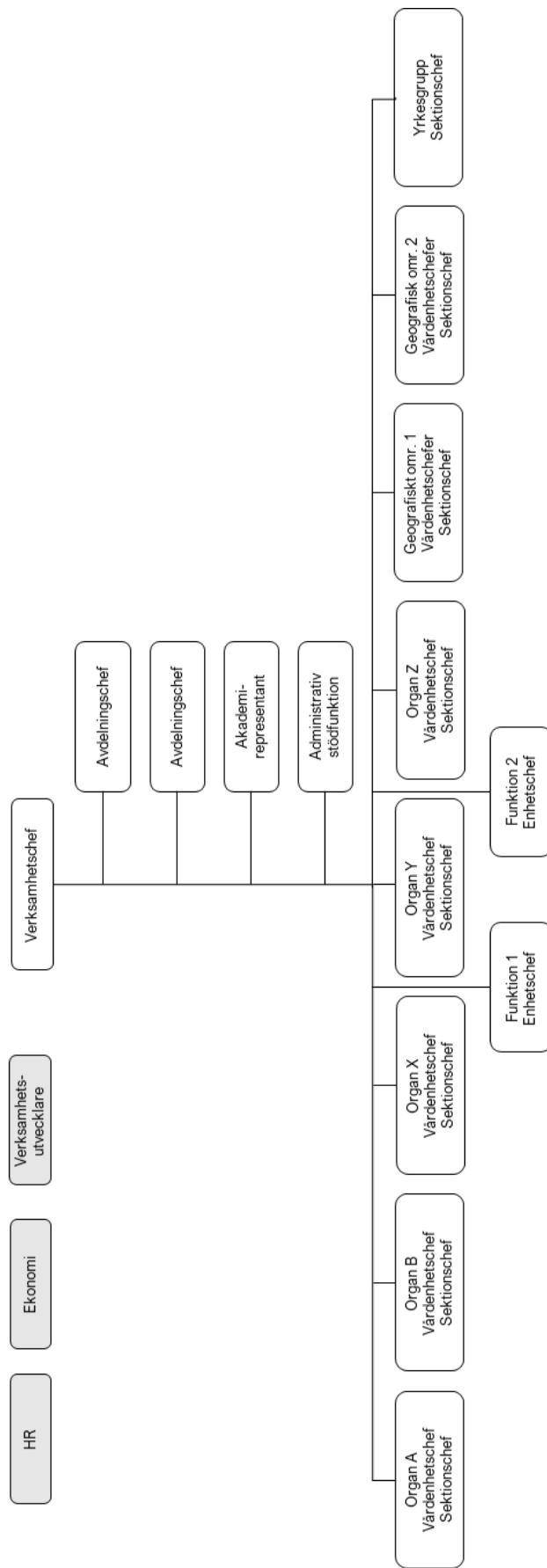
Den empiriska grunden för den här studien utgörs av tal, text och objekt från människor som arbetar inom en högteknologisk verksamhet i sjukvården. Uppdraget för verksamheten är att bedriva diagnostik. Patienter remitteras både akut och planerat till verksamheten från en mängd mer eller mindre medicinskt specialiserade inrättningar runt om i Sverige. Diagnostiken är nödvändig på det vis att den ska besvara en medicinsk frågeställning i syfte att åtgärda eller diagnosticera, den ska även utgöra underlag inför vidare beslut om medicinsk behandling för en patient.

Formell organisering

Verksamheten som utgör grund för denna studie är lokaliserad till ett större sjukhus som ingår i en region. Verksamheten består av flera enheter placerade vid tre olika geografiska platser. Enheterna har tidigare fungerat som egna fristående verksamheter med liknande typer av utrustning som används för att möjliggöra diagnostik. Efter en tidigare omorganisation ska enheterna nu tillsammans utgöra en verksamhet.

Som hos många andra sjukvårdsverksamheter finns en formell organisering som presenteras online genom ett av verksamheten producerat organisationsschema. Organisationsschemat visar verksamhetens formella organisering, se figur 1¹ nästa sida.

¹ Organisationsschemat är inte en direkt kopia från verksamheten utan är korrigerad av mig för avidentifiering.



Figur 1. Formellt organisationschema

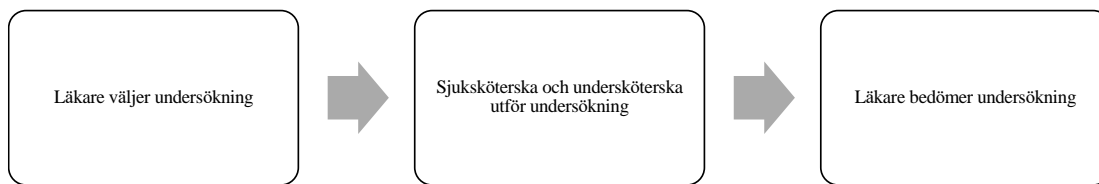
Den visualiserade organiseringen utgår från olika medicinska specialiteter, vilket är en vanligt förekommande logik för verksamheter som ingår i fältet hälso- och sjukvård; att medicinska specialiteter, och därigenom den medicinska kunskapen, är det styr och leder organiseringen av sjukvård (Currie, m.fl., 2012; Ernst, 2023, s. 2).

Verksamhetens högst beslutsfattande aktör är verksamhetschef, i detta fall en läkare. Akademirepresentant är ett av kraven från Socialstyrelsen² för att få kallas universitetssjukhusvårdenhet (USVE), representanten ska vara minst docent inom de vetenskapliga fält som återfinns inom hälso- och sjukvård. I denna specifika verksamhet är fältet medicin. Detta ger exempel på en princip för att ordna hälso- och sjukvård, där medicinsk kunskap får en överordnad position, och kan därmed även ha påverkan på praktiker som inte direkt faller under den medicinska kunskapens domän.

Administrativ stödfunktion har som funktion att ge administrativ support till verksamhetschef. Verksamhetsutvecklare, HR och ekonomi är stödfunktioner. Avdelningschefer är sjuksköterskor där ansvar kan vara att fungera som stödfunktion utifrån det formella organisationsschemat. Vårdenhetschefer, som är sjuksköterskor, har ansvar över vårdenheter. Vårdenheterna består av medarbetare och olika typer av utrustning som används på patienter. Medarbetarna är sjuksköterskor och undersköterskor. Enhetschefer har ansvar för administrativa funktioner och har i detta fall inte utforskats.

Sektionschefer är läkare och har medarbetaransvar för läkare. Läkarna är indelade i olika sektioner. Sektionerna är uppdelade efter människokroppens olika organ som innebär att läkare är organiserade efter medicinsk specialisering, vilket här utgörs av specifika organ i människokroppen. Läkare ansvarar för att välja undersökning och tolka resultat efter sjuksköterskans och undersköterskans användning av utrustningen och därigenom bidra till medicinsk bedömning och/eller medicinsk åtgärd, se figur 2 nästa sida.

² Universitetssjukvårdsenhet avser i normalfallet en klinik eller motsvarande basenhet, som leds av en verksamhetschef. Sådana enheter kan även utses hos privata vårdgivare som har avtal med ett berört landsting (Socialstyrelsen, 2018)



Figur 2. Arbetsflöde

Figur 2 ovan visar övergripande hur den diagnostiska arbetsprocessen spänner över både läkares praktik och sjuksköterskors praktik. Sjuksköterskor utför sin arbetsuppgift, assisterade av en undersköterska, utefter vad läkaren beslutat. Sjuksköterskors användning av utrustningen blir granskad av läkaren i och med att undersökningen genererar material som är nödvändig för läkarens medicinska utlåtande. I detta flöde är det olika typer av kunskap och olika typer av praktiker som möts, läkaren med den medicinska kunskapen och sjuksköterskan med omvårdnads kunskap och teknisk kunskap. Med i flödet finns även teknologin som används för att möjliggöra samtliga praktiker. Utan teknologin hade läkaren inte haft något att besluta om eller bedöma, sjuksköterskan hade inte heller haft en uppgift. En människa hade i detta fall inte kunnat utföra det maskinen utför.

I och med att verksamheten är förlagd på olika geografiska platser kan det innebära att läkaren och sjuksköterskan utför "sin" uppgift på två helt olika geografiska platser, det kan även innebära att den läkaren som tar beslut om vilken undersökning som ska utföras inte är densamma som bedömer undersökningen. Beslut om vilken undersökning som ska utföras kan även komma från en läkare med annan organisationstillhörighet, än både den som utför den och den som bedömer den. Det kan alltså innebära att det är från tre olika geografiska platser och olika organisationer som aktörer agerar från.

Utifrån det som jag ovan beskriver blir ordnandet av nämnda aktörer (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) viktiga att empiriskt undersöka för att få en förståelse för de ordnanden som TSL ger uttryck för.

Material

Intervjuer

Människors berättelser är väsentliga delar i ordnandet eftersom berättelserna kan ses som verktyg för att göra omvärlden och omständigheter begripliga. Berättelser, i detta fall intervjuer, kan då ses som sätt att sätta ord på ordnandet och genom intervjuer kan man få beskrivningar av hur tingen är, vad verkligheten uppfattas vara (Law, 1994, s. 52; Czarniawska, 2014, s. 60). Valet av metod för insamlandet av data motiveras av att språket är med och konstruerar verkligheten, vilket innebär att jag genom intervjuer får beskrivningar om vad TSL uppfattas vara, det kan även ge mig skildringar om vad det kan ha för effekt (eller antaganden om effekt) men även ge insyn i vilka konkreta uttryck TSL kan ta sig. Etablerade sanningar byggs in i berättandet och kan utgöra ett implicit ramverk för organisering även om det inte explicit nämns, eller så berättas historier som motsäger ramverket (Law, 1994, s. 54).

Under januari till april år 2023 genomförde jag åtta enskilda intervjuer och en fokusgruppintervju. Intervjuerna bokades muntligt eller via mejl. Jag genomförde enskilda intervjuer med chefer och stöttande funktioner i verksamheten. Jag har valt chefer då det är de som står för de beslut som fattas och därmed även de eventuella underlag som inhämtas inför beslut och utdelandet av uppdrag och mandat, det vill säga, de styr och leder. De stöttande funktionerna är de som utför uppdragen.

Intervjuerna föregicks av en pilotintervju. Denna fungerade sedan som guide för kommande intervjuer. Intervjuerna ägde rum på en neutral plats. Sju av åtta intervjuer överskred en timme. Samtliga intervjuer har spelats in och transkriberats. Jag började med att intervjua de chefer som tackat ja. Intervjuerna ledde mig fram till att jag behövde mer information om specifika dokument och uppdrag som nämndes. Via en kort fokusgruppintervju och ytterligare en enskild intervju fick jag möjlighet att ställa fler frågor kring de specifika dokumenten och uppdragen som nämnts vid intervjuer med beslutsfattare.

Dokument

Det är en sak vad människor säger, en annan vad som faktiskt görs. Dokument utgör element och kan förkroppsliga ordnanden, standarder och praktiker. Genom att uppmärksamma objekt (i detta fall dokument) kan beskrivningen och förståelsen av det som studeras bli djupare (Czarniawska, 2014, s. 91). Ett dokument kan ses som en aktör, en ickemänniska. Genom att

uppmärksamma ickemänniskor möjliggörs upptäckter som till exempel kopplingar, eller effekter, mellan ickemänniska och människa, kopplingar (och/eller effekter) som kanske inte blivit synliga med ett ensamt fokus på vad människor beskriver och gör gällande (Czarniawska, 2014, s. 93). De dokument som utgör objekt i denna studie är organisationsscheman och nedskrivna rutiner. Jag har inhämtat, läst och analyserat samtliga dokument som intervjupersonerna hänvisat till under intervjusituationen.

Analysmetod

Abduktion

För analys av mitt genererade material tillämpas abduktion. I detta sammanhang avser begreppet abduktion att beskriva en rörelse som en kreativ iterativ tolkningsprocess där forskaren rör sig bort från redan formade etablerade teoretiska föreställningar. Till skillnad från den deduktiva logiken, som börjar med en regel som testas mot observationer där resultatet antingen bekräftar eller motbevisar regel, och i jämförelse med den induktiva logiken som börjar med en samling observationer som efter vidare undersökningar möjliggör en utveckling av en generell slutsats, börjar abduktion med observationer som leder oss mot en konstruktion av möjliga orsaker. Abduktion skiljer sig alltså från induktion och deduktion, samtidigt som abduktion förenar de två logikerna (Timmermans & Tavory, 2012, s. 171).

Abduktion är en pågående process som enkelt uttryckt handlar om att göra preliminära gissningar som är formade av forskarens medvetenhet om existerande teorier och dennes sociala position – vi befinner oss alltid i en specifik position, detta innebär att det vi ser och uppfattar, hur och när andra interagerar med oss är formade av hur vi kategoriserar och tillträder (både teoretisk och socialt) det fenomen och i den kontext vi studerar (Timmermans & Tavory, 2012, ss. 172, 179). Vår uppfattning och våra föreställningar om vad världen består av är internaliserat i både kropp och sinne. Detta betyder att den abduktiva analysprocessen inte kan utgöra en garanti för en absolut sanningsproduktion utan vi behöver beakta och reflektera över såväl den teoretiska bakgrunden som positionen (er) som är fullt närvarande i analysen (ibid).

Timmermans och Tavory (2012, ss. 173, 175) föreslår att röra sig mellan data och teorier i varje steg i forskningsprocessen för att öppna upp för det överraskande och oväntade. De avvikelser och överraskningar som dyker upp i en analysprocess är det som blir betydelsefullt både för revidering och utveckling av existerande teorier. Det är således själva analysen som främjar det

abduktiva resonemanget. Målet med den abduktiva analysprocessen är att generera insikter för att skapa förutsättningar för att empiriska fynd ska nyansera existerande teori. Detta kan leda fram till en ökad variation av studerat fenomen genom den iterativa rörelsen mellan observationer inom en specifik studie, mellan andra studier och teorier, något som kan möjliggöra en djupare teoretisk förståelse (Timmermans & Tavory, 2012, s. 74).

Den abduktiva analysmetoden har inneburit en utmaning då jag har cirka 20 års arbetslivserfarenhet av hälso- och sjukvård, samt att jag de senaste åren har haft en chefsfunktion inom området. Detta medför att det finns en sannolikhet för att jag tar mycket för givet och som en del av en självklar ordning. Mina fältanteckningar, dokument och transkriberade intervjuer har genomgått flertalet läsningar. Läsningarna har efterföljts av kodning och kategorisering. Rad för rad, stycke för stycke i ett sökande efter det jag tar för givet. Detta förfaringssätt har lett till att materialet har kodats, avkodats och kodats i flera omgångar. I samband med av- och omkodning och av- och omkategorisering har jag upplevt behov av ytterligare läsning av litteratur samt att föra samtal om studien med personer i min närhet (som inte arbetar inom sektorn), mina studiekamrater och handledare. Samtalen och läsning av litteraturen och användningen konceptuella resurser har bidragit till att läsningen av materialet, kodningen och kategoriseringen förändrats i och med nya insikter. Det har även bidragit med förutsättningar till att skapa en analytisk distans till den data jag har genererat. Jag har även haft möjligheten att gå tillbaka till de som blivit intervjuade och presentera beskrivningar och illustrationer av deras utsagor och beskrivningar. Det har funnits goda förutsättningar för mig att kontrollera att jag har förstått nuvarande organisering och dokumentens funktion korrekt genom efterföljande samtal med deltagarna.

Etik

Forskning kan beskrivas ha som mål att uppnå kunskap och förståelse för oss själva och världen vi lever i genom systematiserad undersökning, tänkande och observation. I just detta sammanhang behöver en rimlig avvägning av intressen göras; intresset för mig att få ny kunskap och intresset för medverkande att få behålla sin anonymitet (Vetenskapsrådet, 2017).

Samtlig medverkan i denna studie bygger på frivillighet och är baserade på muntligt samtycke. Intervjuer har transkriberats och avidentifierats. Deltagarna har vid utskrift givits pseudonymer och ingen information om deltagarnas personliga egenskaper uppges. Vid min förfrågan om medverkan i studien har syftet med studien och att deltagarnas utsagor endast kommer att

användas i just detta syfte tydliggjorts. Jag har även klargjort att det för mig inte är intressant vem det är som säger vad utan att det handlar om att få syn på vad som görs.

Vad gäller dokument och handlingar hänvisar jag till offentlighetsprincipen³. Kortfattat handlar offentlighetsprincipen om att öka ansvarigheten genom att handlingar och dokument som är upprättade vid offentlig verksamhet finns tillgängliga för granskning av allmänheten.

Jag har medvetet valt bort utsagor som skulle kunna leda till en identifiering av person och/eller verksamhet. Jag har även valt att inte bilägga dokument då jag vill bibehålla hela verksamhetens anonymitet.

Studiens begränsningar

Det som framkommer i min studie är att det inte finns ett sätt att ordna, i stället handlar det om multipla sätt. I denna fallstudie har ordnanden identifierats genom aktörer som berättar om vad som har varit, vad som är och vad som bör ske i relation till TSL. Sätten att ordna har även förkroppsligats (Law, 1994, s. 20), där standardiseringen kan ses som försök till och uttryck för att skapa en specifik ordning genom att föra samman människor och ickemänniskor i en värld som är full av konkurrerande konventioner och andra standarder (Timmermans & Epstein, 2010, s. 84). Andra begrepp som jag gärna hade velat ha med för analys i detta fall är främst expertis, objektivitet och kausalitet. Begreppen hade kunnat ge en djupare förståelse för vad det är som påverkar de val som aktörer ställs inför. Detta har fått väljas bort då uppsatsens omfattning är begränsad.

En första begränsning i denna studie är mitt något ensidiga fokus. Materialet består endast av arbetsledande funktioners utsagor som handlar om antaganden om vad som behöver göras för att tillämpa TSL och vilken effekt som uppnås. Det är en brist då rösterna från de som leds enligt TSL inte hörs eller syns. Därtill har jag inte gett patienter något utrymme. Sammantaget anser jag att patienter/medborgare och medarbetare är ytterligare väsentliga aktörer för att skapa

³ Se exempelvis Regeringskansliet, 2019

större förståelse och generera kunskap för processen av att ordna sjukvård och vad tillit, kvalitet och effektivitet innebär i denna kontext.

För det andra har jag inte haft möjlighet att få djupare kunskap om hur specifika standarder upplevs eller hur kunskapen som ska utgöra standard konstrueras. För analys utifrån tanken om ordnanden där standardisering är ett uttryck för detta blir processen i att upprätta standarder högst relevant. I detta fall har utgångspunkten varit TSL där standarder tilldelats en roll i något som aktörer förlägger till och ger uttryck för idén om TSL och tillit.

För det tredje har begreppet tillit inte närmare diskuterats med de intervjuade. Detta kan utgöra en brist för förståelsen om vad tillit faktiskt innebär i denna specifika kontext.

Slutligen, valet att hålla verksamheten anonym, att inte specificera vad som är den medicinska specialiteten, blir en begränsning för läsaren att få en djupare förståelse för kontexten.

Resultat och analys

Jag kommer i följande text först beskriva och analysera vad intervjupersoner anser att TSL är. I nästkommande del är avsikten att beskriva och analysera två ordnanden inom verksamheten. Jag kommer att argumentera att den första beskrivningen är ett ordnande som använder kunskap om den medicinskt konstruerade kroppen som underliggande princip och att det andra ordnandet använder teknisk standardisering som princip. Sätten att ordna är av mig identifierade delar i en gemensam process, de är beroende av varandra och påverkas av varandra och kan ge oss en ögonblicksbild av vad TSL kan innebära i praktiken.

Vad är TSL?

I början av år 2023 fick jag möjlighet att prata med individer inom en verksamhet som berättat att de arbetar enligt TSL:s principer. Jag undrade hur konceptet letat sig in i verksamheten och fick som svar att ”det dök upp för ett och ett halvt år sedan”, det vill säga år 2021. Sedan dess har de som har formellt beslutsmandat och ledningsansvar i verksamheten fått en heldag med en konsult som utbildar i ämnet. Därtill har ledningsgruppen haft två utvecklingsdagar där betydelsen av TSL har diskuterats. I samband med min skrivprocess (maj 2023) uppger sjukhusledningen som den aktuella verksamheten ingår i att ett fokusområde för det specifika sjukhuset är TSL. I en rapport står det att detaljstyrningen ska ersättas av en tillitskultur som exempelvis innebär att medarbetare ges förutsättningar att ta ansvar och fatta beslut.

Vid intervjuerna har jag frågat om vad tillit är. Det som framkommer är att begreppet tillit är svårt att definiera. Dock menar majoriteten av de intervjuade att det alltid funnits tillit till professionerna inom verksamheten.

När har man inte visat tillit till sjukvårdens professioner? Det har ju aldrig skett, det har man alltid gjort (Niko)

Men vad tillit faktiskt innebär verkar vara svårt att fastslå. Tillit framstår således som något som är dolt men som samtidigt antas skapa positiva effekter. Tillit kan i detta sammanhang vara något som endast kan delas med de som ingår i samma gemenskap, där man har en delad kunskapsgrund med ett gemensamt språkbruk.

[...] jag kan alla små komplexa detaljer, när någon kommer in och säger så här måste vi göra så här, då har jag ingen tillit till att den personen har sett alla saker som jag vill, då blir jag irriterad

och gör inte som det är tillsagt, jag är inte trygg i att den har tillräcklig kunskapsgrund för att veta att det var ett klokt beslut (Lo)

Enligt Charlie och Max kan tillit även vara något som skapas genom struktur och organisering.

Man litar på att man har en struktur som fungerar, en organisation som gör som skapar säkra arbetssätt (Charlie).

Grunderna [för tillit] är struktur och mandat, om det är tydligt så tror jag det skapas tillit för då vet jag hur jag får reda på något om jag undrar, jag vet vad jag förväntas göra som medarbetare, och i ledningsgrupp (Max).

För att få en förståelse för hur man leder och styr utifrån tillit inom verksamheten har jag ställt frågan om vad TSL är till de som blivit intervjuade. Som svar trycker intervjupersoner på att TSL inte är en understyrning. Understyrning beskrivs som något som får uttryck genom frånvaro av ramar och riktningar och att man "låtsas vara tillitsbaserad".

Man kan låtsas att man är tillitsbaserad men egentligen säger man bara - ni kan klara det själva, jag behöver inte vara med. Det är ju inte samma sak det är ju mer som att bara lämna det tycker jag, då har de [medarbetare] ingen att bolla tillbaka med och då kan det bli lite hursomhelst, då är det inte säkert (Charlie).

Det [understyrning] är att man inte sätter riktning och ramar, man ser vad man behöver göra men man gör det inte, för att man tror att det är bättre att det sköts men om man inte vet att man ska sköta det, eller göra saker så gör man inga saker (Max).

Intervjupersoner uttrycker att "man" säger något. "Man" kan i detta fall förstås som arbetsledning och chefer.

Ett annat fenomen som anses stå i konflikt till, och inte är TSL, är detaljstyrning. Detaljstyrning är något som ges innebörd av att någon överordnad bestämmer vilka metoder som ska tillämpas i verksamheten. Här uttrycker intervjupersoner att det främst handlar om metoder som baseras på "suddiga grunder". Detaljstyrning antas vara rutiner och riktlinjer vilket är något som intervjupersoner menar undertrycker kreativitet och kompetens.

Vi skriver alltför detaljerade PM och rutiner kring alla små arbetsprocesser som vi har på en arbetsplats, vilket vi är extremt bra på att göra [...] detaljpillande hämmar den kompetensen som per definition som måste finnas i gruppen medarbetare på arbetsplatsen (Lo).

Motsatsen [till TSL] är en chef som går inom och säger - du ska göra det här och det här, det finns en tydlig arbetsbeskrivning (Alexis).

Härigenom får jag berättelser om antaganden om TSL och verksamheten utifrån olika perspektiv (jmf. Law, 1994, ss. 19, 26). Ovanstående utsagor tolkas av mig som att TSL i detta fall beskrivs som samtidig frånvaro och närvaro av något som kan vara uttryck för standardiserade arbetssätt, något som jag förlägger till det som de intervjuade beskriver som ramar, riktning, PM och rutiner.

För att få en större förståelse för hur verksamheten organiseras utefter tanken om TSL frågar jag vad som skett i verksamheten sedan TSL introducerats som koncept. Intervjupersonerna berättar att verksamheten har omorganiserat främst i syfte att skapa en annan slags delegeringsordning, en fördelning av ansvar som i sin tur anses öka effektiviteten. Det finns även antagande hos de intervjuade att det är något som medarbetare behöver.

Men man ska ha tillit till personalen, till sin omgivning och det man kommer fram till, sen ska man naturligtvis följa upp det, om man har kommit överens om någonting [...] genom att man då lägger mer ansvar på den enskilde att den kan växa och känna sig sedd, de är dessa positiva effekter som vi behöver i verksamheten (Max).

En tolkning som jag gör är att det finns en tanke om att en fördelning av ansvar ökar sannolikheten att aktörer, det vill säga, medarbetare tar ansvar och därigenom äger frågan. På samma gång med en hänvisning till tidigare utsagor från Charlie och Max om ”understyrning”, kan det även finnas en risk att ingen tar ansvar och/eller kan utkrävas ansvar.

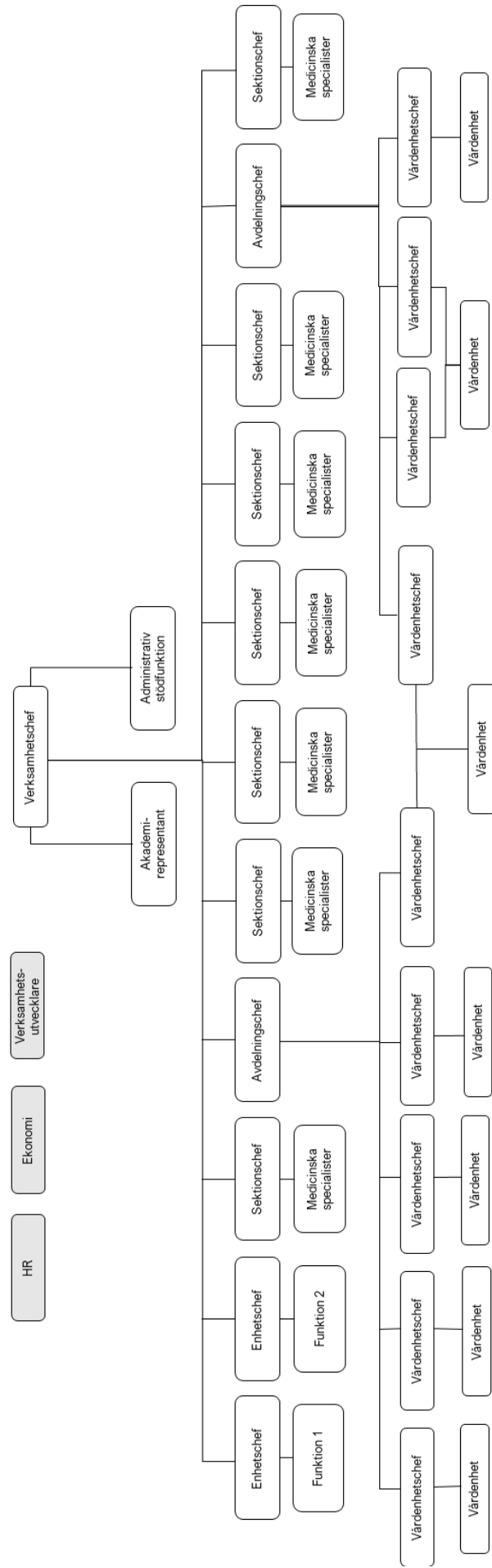
Nedanstående utsaga visar på hur en ny ordning är tänkt att ersätta en gammal föreställd ordning. Den ”gamla” ordningen fungerade inte optimalt. Det handlar om att få medarbetare att bli mer specialiserade och därigenom skapa en mer effektiv verksamhet. En av de främsta anledningarna som nämns är att organiseringen möjliggör en högre grad av specialisering; sjuksköterskor organiseras efter teknisk utrustning och läkare efter organ. Tillsammans skapar detta en tanke om skapandet av en helhet, en ny ordning.

Vi har jobbat mycket med [utrustnings]-organisationen man ska sätta ihop och vara en expert på olika metoder. Där läkare är utsedda efter organområde, sjuksköterskor är sammansatt efter [utrustning], tillsammans utgör de en helhet. Det är väl därför man ska låta varje person verka inom sitt område så att säga, att ta ut sin energi där, kanske inte lägga sig i allt som har med annat att göra utan låta den som är expert på det hålla på med det [...] Den största effekten är att fler människor engagerar sig i de övergripande målen, och folk som har en djup kunskap kan använda den för att effektivisera och förbättra (Niko).

Intervjupersonen i citatet ovan uttrycker tydligt att tanken med att organisera efter organ och utrustning är att få medarbetare att fokusera på sitt expertområde och därigenom bidra till en effektivare verksamhet. Min tolkning blir att vårdprofessioner förkroppsligar expertis och förmåga, det som blir synligt är föreställningen om att expertis är kopplat till praktik där förmåga är något som kan ordnas för att skapa en ny ordning (jmf. Law, 1994, s. 81).

Vad som sker är förändring som blir synlig genom det sociala; det sker förändring och förhandling av formell organisering, roller, kunskap, kompetenser och praktiker i syfte att öka effektiviteten. Det som framkommer är att det formella organisationsschemat, det som presenteras online, inte fullt ut representerar hur verksamheten har ordnat de aktörer som är verksamma inom verksamheten. Jag skisserar fram ett alternativt organisationsschema (se figur 3) och visar schemat för några av de som medverkar i studien där de bekräftar att den bild jag ritat stämmer överens med hur organiseringen nu ser ut.

Skillnaden mellan det formella organisationsschemat och det schema jag skapat efter intervjupersoners beskrivningar, är att vårdenhetschefer (sjuksköterskor) och vårdenheter (sjuksköterskor och undersköterskor) har flyttats ett steg nedåt genom tillsättning av ytterligare chefsled (avdelningschef), samt att det inte finns en tydliggjord koppling mellan medicinsk specialisering och vårdenhet. För läkare och administrativa funktioner har det inte skett någon förändring. Mitt alternativa organisationsschema kan ses som en visualisering av den ”nya ordningen”. I den ”nya ordningen” är det olika principer som ligger till grund för hur läkare respektive sjuksköterskor och undersköterskor ordnas. Läkare ordnas efter medicinsk specialitet, i detta fall organ, och sjuksköterskor och undersköterskor ordnas efter teknisk utrustning. I efterföljande delar kommer jag att beskriva mer ingående hur principerna tillämpas.



Figur 3. Alternativt organisationschema

Medicinsk kunskap som princip

De medicinskt professionella, läkare, inom verksamheten är formellt organiserade (enligt organisationsschema) i egna sektioner efter organspecialitet. Läkare har chefer som innehar samma medicinska specialitet som de själva. Till skillnad från övriga chefer inom verksamheten är de inte chefer på heltid utan varvar ledningsuppdrag med personal-, budget-, utvecklingsansvar med kliniskt arbete på cirka femtio procent.

Tillit till medicinsk kompetens

På frågan om vad TSL betyder resonerar de intervjuade om att det är kollektivet som bäst skapar kunskap och normer för hur något ska utföras. Två av intervjupersonerna anser även att det är kollektivet som reglerar medlemmarnas beteende.

Man är hela tiden i behov av att alla som jobbar i organisationen utifrån sina professioner, erfarenheter, kompetenser hela tiden hanterar såväl små som stora frågor som uppkommer, och att känna en tillit i bemärkelsen klokheten, kunskapen i att hantera frågor finns där [...] 25 år av att bara hantera (ett specifikt tillstånd) man snappar upp nyanserna [...] Ju nyare man är, ju mer sånt går en förbi, ju mer man tar ansvar för att fördjupa sig, sätta sig in i, se mycket, fråga kollegor, bolla med kollegor, förstärker man den superkompetensen [...] här är ju också en anpassning till en samhällskulturell utveckling människor inte låter sig styras på ett beskrivande och tydligt sätt, eller auktoritärt sätt [...] läkarsidan är en stringent oerhört omtänksam om patienter och varandra, nästan i överkant men också en extremt stringent grupp, här släpps ingen igenom utan att hålla måttet [...] Det finns stark social och vetenskaplig kontroll av varandra i välmening (Lo).

Det är en resa som börjar inuti, man måste tro på olika personer för att kunna lita på dom, finns inte den grunden så blir det svårt [...] Här kan man sedan börja bygga en relation [...] Det ger en känsla av trygghet i gruppen och att gruppen tar ansvar för sig själv för att om du får någon som kontrollerar dig varje dag blir du van [...] Vi lär varandra det man inte är bäst på, jag vet att alla mina kollegor blir duktigare med tiden, verkligen, alla blir duktigare för varje år om man tittar bakåt i tiden (Kim).

I ovanstående uttalanden anser jag att det dels handlar om tillit till professionens kompetens, dels om tillit som något relationellt; något som byggs upp över tid i social interaktion. Intervjupersonerna ovan förklarar att det är genom kollektivet som tillit skapas om man följer reglerna, såväl vetenskapliga som sociala; genom kollektivet ackumuleras expertis- och erfarenhetsbaserad kunskap genom kollegiala samtal och egen fördjupning i specifik medicinsk specialitet (organ), en expertis som inte kan styras med instruktioner skapad av någon utanför kollektivet. Kunskapen är tyst i situationerna där kunskapen tillämpas och kan inte lyda under

ett standardförfarande. Det handlar om kunskap som kan koppla an till beteenden; en beteendelinäring som sker genom socialisering i en specifik gemenskap. Den tysta kunskapen innefattar de saker man vet men som inte låter sig enkelt beskrivas eller nedtecknas av någon som inte ingår i den specifika gemenskapen (Collins, 2014, s. 3; Sismondo, 2010, s. 109). På samma sätt som Law (1994, s. 81) beskriver hur en vetenskaplig forskare framställs som någon som löser pussel, någon som letar efter lösningar och samtidigt är både kreativ och konservativ, tolkas ovanstående till att läkare i detta sammanhang är innehavare av liknande attribut; medicinsk kunskap om specifika organ inom den särskilda sociala kontexten. Härigenom berättar de intervjuade om ett ordnande som genererar representativa sociala relationer. De representativa sociala relationerna innefattar aktörer som är bärare av medicinsk kunskap inom det lokala kollektivet med tillhörande kunskapsområde (jmf. Law, 1994, s. 110). Medicin är en kunskap som är ett resultat av en medveten kontinuerlig inläring som skett och sker dels genom socialisering, dels genom formell medicinsk utbildning, något som konstruerar expertis och här utgör som princip en grund för tillit (jmf. Law, 1994, s. 183).

Law (1994, s. 111) beskriver hur ordnanden kan ha gränsskapande effekter. Utifrån intervjupersonernas beskrivningar om vad som krävs för att ingå i den specifika gemenskapen, urskiljer jag ett ordnande som har en gränsskapande effekt mellan de som har medicinsk kunskap och de som inte har det. De som inte har medicinsk kunskap kan inte ingå i kollektivet.

Standardisera för att effektivisera

Tillit till läkarnas kompetens i en specifik lokal medicinsk situation, det oförutsägbara, är en sak emedan verksamhetens förmåga att uppnå önskvärt resultat är en annan. Med den medicinska kompetensen som princip blir läkarnas handlingar, när handlingarna blir till granskningsbara objekt, synliggjorda för en bedömning av både förmåga kontra oförmåga där bedömningen blir beroende av vilken logik som råder (jmf. Law, 1994, s. 183; Moser, 2005, s. 668). Studiedeltagare beskriver hur den medicinska kompetensen i vissa delar behöver förändras med hjälp av standarder för att säkerställa effektivitet och för att alla patienter kan omhändertas med en hög säkerhet.

[...] jag blir nästan lite irriterad när jag ser att en patient, en kollega har skrivit en fint utlåtande, de analyserat allt... jag blir nästan irriterad för att jag vet att den kollegan har lagt ner för mycket tid på en patient i stället för tre patienter, kom till en slutsats! Därför jobbar vi åt att standardisera, det innebär att vi nästan har mallar på undersökning, det kommer att ha en positiv

effekt för den som läser svaret, ett standardiserat svar då kan man göra det snabbare och vara säker på att inget missas (Kim).

[...] den här extrema kvaliteten gör nytta för en del av patienter och där ska vi fortsätta med extrem kvalitet, men för andra patienter kanske den här extrema kvaliteten inte tillför någon nytta men däremot hindrade den andra från att bli bedömda överhuvudtaget, att börja nivåtänka lite; vart gör det nytta för patienterna och vad är det en undanträngningseffekt för andra patienter? (Lo)

I citaten ovan beskrivs en fördel med att skapa standard för bedömning. Standarder antas underlätta för den som gör bedömningen och för den som tar emot svaret. En standard skulle göra det mer medicinskt säkert där bedömningen går att lita på. Tillit nämns i förhållande till det externa och ett standardförfarande skulle öka tilliten. Detta innebär att den enskilda läkarens bedömning underordnas en generell standard, vilket medför att den enskilda läkarens medicinska kompetens i vissa fall inte ses som tillräcklig grund för tillit inom kontexten.

De intervjuade beskriver vidare att specialiseringen är kvalitet men kan innebära hinder för effektiviteten. Risken är att inte alla patienter får en bedömning, en risk för en ojämlikhet, vilket i sin tur kan utgöra en risk för anklagelse om godtycklighet. Till exempel ger intervjupersoner uttryck för en frustration inför bristen på standarder, något som de menar banar väg för en ineffektivitet och ett hinder för verksamhetens resultat, samtidigt som effektiviteten kan innebära för osäkerheter i kvaliteten i en enskild bedömning. Kvalitet blir enligt min tolkning här antingen en specialists noggranna enskilda medicinska bedömning eller en hög effektivitet som utgår från antal bedömningar och tidsåtgång per bedömning. Något som de intervjuade anser är genomförbart genom att förändra arbetssätt genom upprättandet av standarder. Samtidigt uttrycker intervjupersoner att kunskapsstyrning kan vara ett problem då den inte tar hänsyn till lokala förutsättningar. Parallellt framhäver en intervjuad chef effektiviseringsmöjligheter med kunskapsstyrningen om osäkerheter kan reduceras.

[...] det finns en sådan risk i en högexpertorganisation, man bryr sig bara om det man är speciellt intresserad av att det blir bra gjort, och allt annat skiter man i [...] ett problem i svensk sjukvård just ju är att man sätter ihop experter som önsketänker, de tänker bara det bästa av det bästa utan att tänka på resurser. Det vet inte jag hur man kan lösa men i alla vårdprogram och sånt, de bygger mycket på en konsensus som best practice, man måste tänka in resursfrågan, samtidigt som man gör saker strukturerat finns det ofta ganska stor effektiviseringspotential eftersom blir det mer förutsägbart kan man effektivisera (Niko).

Min tolkning är att kunskapsstyrningens brister hänvisas till att den inte tar hänsyn till den lokala kontext som råder. Till exempel kan ett specifikt behandlingsprotokoll som anger

specifika steg eller villkor inte fungera i en miljö där stegen inte redan är rutin, eller där de organisatoriska förutsättningarna är annorlunda vad gäller bemanning och kompetens i jämförelse med andra liknande verksamheter. Detta innebär att på en plats fungerar det väl och på en annan blir implementeringen mindre lyckad, det blir sammanhängande med hur organiseringen ser ut (jmf. Berg, 1997, s. 118). Beskrivningen som utsagan ovan visar på är en reflexivitet då den å ena sidan ger uttryck för behov av att inordna aktörer under en standard, å andra sidan riktar en kritisk blick gentemot riktlinjers bristande förmåga att ta hänsyn till den lokala praktiken och de lokala förutsättningarna (jmf. Law, 1994, ss. 16-17; Timmermanns, 2015, s. 94).

I mina ovanstående beskrivningar utgör medicinsk kunskap en styrande princip för hur aktörer ordnas. Det som styr praktiken är den enskilda läkarens förmåga och kompetens. Aktörer med liknande kompetens kategoriseras till att tillhöra en specifik gemenskap och utgör därmed en grund för ett sätt att ordna i verksamheten och något som det i princip finns tillit till. Vad ovanstående utsagor synliggör är att logiker hamnar i konflikt; den enskilda läkaren som gör en specifik bedömning av en specifik patient utifrån sin specifika kompetens och en ytterligare närvarande logik som handlar om att hantera ett större antal patienter för att fullgöra tilldelat uppdrag och kunna hantera en större mängd. Det handlar här om att det existerar olika uppfattningar om vad som kan tänkas utgöra kvalitet (jmf. Pols, 2003, s. 329). Flera av de intervjuade uttrycker att en standard skulle öka tilliten till bedömningarna. Det som inte nämns är behoven hos de medicinska specialisterna som remitterar till verksamheten, även de ingår i det nätverk som just denna verksamhet verkar i och de påverkas av användningen av egna lokala standarder eller nationellt upprättade riktlinjer. Det är inte helt riskfritt att införa standardförfaranden. Logikerna vägleds av olika värden, kunskap och procedurer. Att låta den ena dominera har konsekvenser för den andra (Berg, 1997, s. 111; Pols, 2003, ss. 340-341).

Det finns således en rörelse mot att skapa standardiserade arbetssätt, något som skulle kunna tolkas som en pågående förhandling om vad det är som ska utgöra målsättningen med det arbete som bedrivs, men även hur arbetet ska bedrivas. Att standardisera, målsätta och fokusera på utfall är något som kan härledas till NPM såväl som EBM och kan därmed tolkas tillhöra befintliga mönster i försök att ordna medicinsk praktik (Timmermanns & Berg, 2003, s. 145; Lindgren, 2014, s. 34).

Teknisk standard som princip

Vid vidare samtal med individer som tackat ja till medverkan i denna studie framkommer ytterligare sätt att ordna i verksamheten. Här är det inte längre kunskap om den medicinska kroppen som är den ordnande principen utan blicken riktas mot den utrustning som används i verksamheten. Som tidigare beskrivet har verksamheten omorganiserats efter utrustning. Ett annat ordnade tar vid där beskrivningen av den medicinska kunskapen som princip för ordnande delvis ser som problematiskt, nämligen standarder. I det medicinska ordnandet menar flera av de intervjuade att en standard kan hindra flexibilitet och handlingsutrymme för den enskilde läkaren, samtidigt framkommer det att den medicinska gemenskapen själva skapar normer och reglerar varandra (jmf. Timmermans & Epstein, 2010, s. 71) men även att det finns önskemål om att standardisera praktiker.

I detta andra ordnade berättar de intervjuade om en standardiseringsprocess som tagit sin utgångspunkt i något som kan ses i kontrast till föregående beskrivning. I utsagorna nedan beskrivs frånvaron av standarder som något som innebär godtycke och kaos. Här ges i stället perspektiv på förutsättningar som skapas när det finns standarder att följa.

[...] annars kommer individen önska olika saker av tekniken, vi behöver en standard... läkare har en standard sen finns en standard på apparaten. Sen kan vi göra likadant (Max).

[...] jag kan inte säga gör som du vill, kom på hur du vill göra utan vi behöver ha en struktur där alla behöver göra lika, vi behöver välja ett sätt som fungerar bra, man kan inte ta en [provtagning] på tio olika sätt, då blir det inte bedömbart i slutändan, utan då har vi en standard, så här ska det se ut, eller nu ska vi jobba, om man har en undersköterska som kan sätta [venkateter] men först måste man genomgå den här utbildningen så vi kollar av, precis som med alla körkort (Charlie).

Ovan skönjer jag en pågående process med att skapa likformighet över fler än en aktivitet eller praktik. Tillit beskrivs som något som står i relation till verksamhetens arbete med dokumenthantering. Dokumenten i systemet utgörs av rutiner, regler och uppföljningar som görs tillgängliga för medarbetare. En aktör menar att det är här tilliten kommer in: att dokumentens imperativ efterföljs och att kända rutiner behöver finnas för samtliga processer, verksamheten behöver ha koll på vad som görs och att medarbetarna vet vart informationen går att hitta.

Vi jobbar med dokumenthantering här är det tillit där vi förväntar oss att man jobbar efter dom förutsättningar eller det regelverk som vi har satt upp [...] Det [dokumenthantering] kan också vara ett stöd för hur vi styr vår verksamhet, vad är det vi innefattas av, till exempel hur hanterar vi utbildning, hur dokumenteras dessa (Robin).

När till exempel en organisation inte lyckas stävja oönskade beteenden kan en standard mana till beteendeförändringar där införandet av en standard kan ses som ett uttryck för ett ordnande (Timmermans & Epstein, 2010, s. 71). Att standardisera kan här spegla den större omorganisation som skett, där tre enheter ska bli en. I praktiken innebär detta att upprättandet av standard speglar verksamhetens formella struktur men även den kontext som standarden konstrueras i (Berg, 1997, s. 118). I och med att de intervjuade beskriver att de har behov av en gemensam kunskapsbas, tänker jag att omorganiseringen har medfört behov att skapa enhetlighet, något som anses kunna ske dels via organiseringen efter utrustning dels via standardisering av sjuksköterskors användning av utrustning. För att möjliggöra detta har verksamheten utsett utrustningsexperter som har fått specifikt uppdrag.

Man kan säga att det inte är bara att ta fram [instruktioner] som det var från början [...] men har de fått ett större ansvar inom sitt område det är i linje med det tillitsbaserade [...] då kan de vara lite kreativa hur utbildning ska göras och inte [...] det står i uppdraget vad de ska göra (Niko).

En sådan roll föregås av utlysning av uppdrag där specifik kompetens efterfrågas. Uppdraget som en utrustningsexpert tilldelas är att upprätta och formulera instruktioner samt utbilda hur sjuksköterskor ska hantera en patient i förhållande till utrustning.

Lokala standarder och lokal kunskap

En standard kan, förutom att beskriva hur något ska gå till, även berätta om roller och förmågor (Timmermanns, 2015, s. 79). I detta fall har verksamheten konstruerat en roll, en standardfunktion. Standarden och rollen kan fungera som ett substitut för auktoritet, ett sätt att bädda in styrning av exempelvis professionella genom de experter som konstruerar standarden (Timmermans & Epstein, 2010, s. 71). Ett uttryck som detta ordnande får förlägger jag till de instruktioner som ska användas som standarder för vissa praktiker inom verksamheten. Standarderna är skapade av lokalt utsedda experter. Experterna är sjuksköterskor med specifikt intresse och kunskap i specifik utrustning. Standarderna som skapas anger de steg som en sjuksköterska ska utföra i samband med användandet av specifik utrustning för undersökning av en patient, en förfarandestandard (jmf. Timmermans & Epstein, 2010, s. 72).

[...] dessa instruktioner är egentligen beprövade, egentligen ska man utgå från att det är vetenskapligt beprövat men när man tittar så är det ju liksom det här [...] kriterier och så är ju från beprövat från vetenskap och så vidare men det finns även andra parametrar som kanske inte har med vetenskapen att göra men som är välbeprövat som går inom ”som man alltid har gjort” förstår du vad jag menar? (Robin)

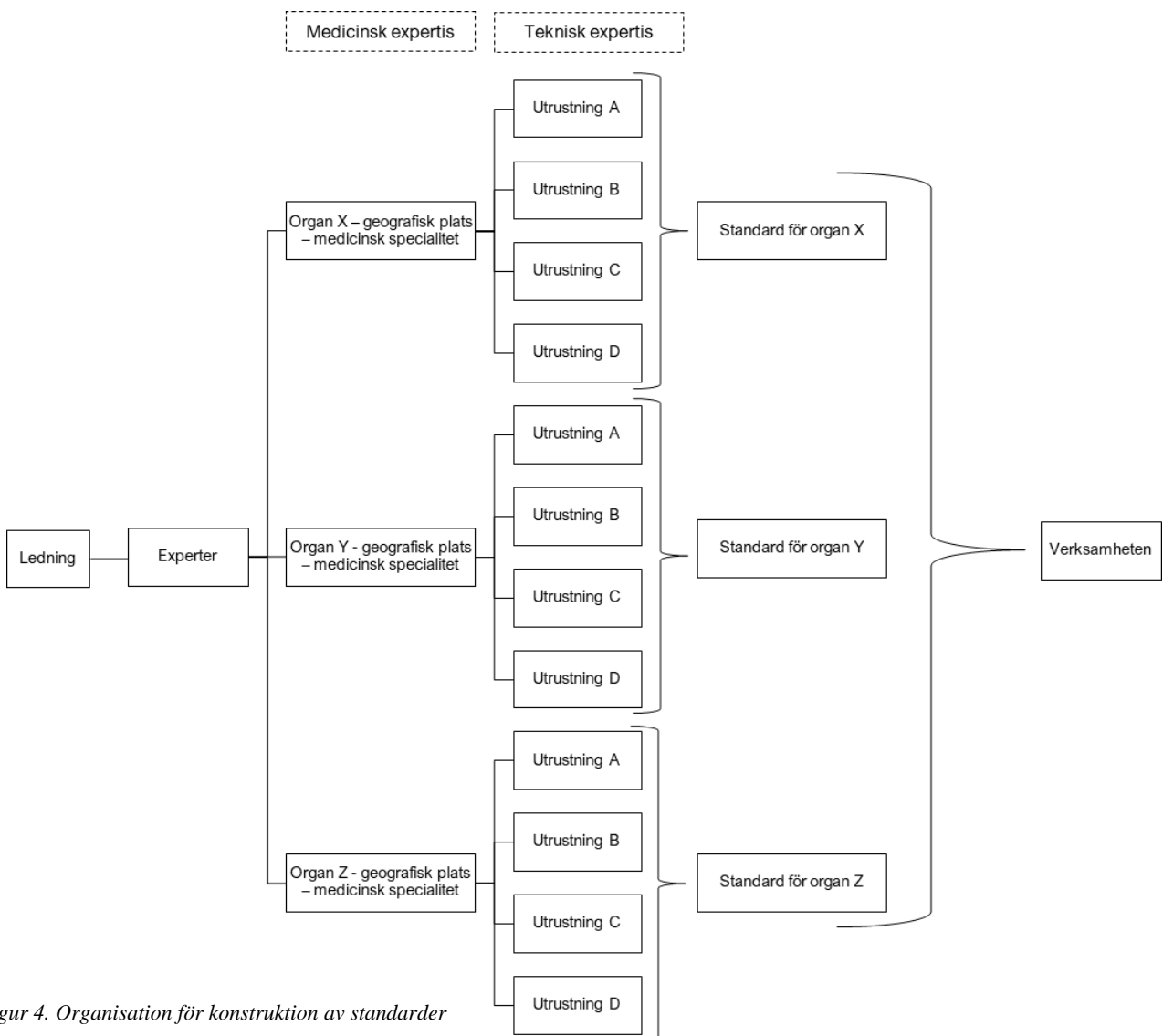
[instruktionerna] har vi suttit och byggt, det är inte vem som helst som gör detta, utan det är [experterna] som tillsammans sitter och bygger [instruktionerna]. Det är många parametrar som ska stämma [...] nu finns ju rutin för införande av ny metod, den ska vi använda oss av man ska göra en omvärldsanalys och se vad som finns i omvärlden, finns forskning? Fast vi gör inte det i stor utsträckning (Reneé).

De intervjuade berättar att kunskapen som utgör grunden för upprättandet av instruktionerna baseras främst på lokal kunskap. Här framkommer det även att ansvar för instruktioner har fördelats ut till de olika geografiska platserna dit verksamheten är lokaliserad till. Detta innebär att metoder kan arbetas fram på enhet B för att sedan utföras på enhet C.

[...] vi ska se till att metoderna blir likvärdiga så nu har vi bestämt att instruktion för [organ x] ska skapas på [enhet A], därifrån hämtar vi information om vi behöver göra något nytt, [enhet B] har fått ansvar för [organ y], [enhet C] har [organ z]. Vi har under cirka 15 år försökt att ensa våra [praktiker] men finns alltid några små skillnader (Reneé).

Tidigare i denna text beskriver intervjupersoner hur verksamheten omorganiserats efter utrustning. Innan omorganiseringen utgick organiseringen från medicinska specialiteter och enheternas geografiska placering och fungerade i princip som egna mindre verksamheter. I figur 4 (nästa sida) illustreras det nuvarande övergripande nätverket med att skapa en standard inom verksamheten. Här tolkar jag det som att utrustningsorganiseringen är underordnad den medicinska organiseringen genom att det sker en återgång till ordnandet utefter medicinska specialiteter, en organisering som blir nödvändig via konstruktionen av standarder. Aktörer i chefsposition utser medicinska och tekniska experter som får uppdrag att skapa instruktioner som görs gällande för hela verksamheten. Standarden som ska gälla för hela verksamheten består av dels medicinsk kunskap som utgår från geografisk placering och specialisering i specifikt organ, dels teknisk kunskap. Tanken är sedan att standarden ska gälla för en tänkt helhet oavsett placering i utrymmet. Ett system, eller som i detta fall en verksamhet, kan vara genomsyrat av idiosynkrasier, det vill säga starkt präglade av den kontext de skapas i. I praktiken kan detta innebära att en upprättad standard endast kan fungera på en geografisk plats och att det kan finnas en uppsjö av lokala initiativ där det finns risk för att de olika instruktionerna krockar med varandra, då de upprättade standarderna reflekterar de lokala idéer

om vad som är ”bäst”, de reflekterar även de lokala organisatoriska förutsättningarna som bland annat kompetenser och patientkategorier (Berg, 1997, s. 105). En standard kan ha som syfte att reducera variation, i denna verksamhet när det sker genom att geografiska platser står för byggandet av standarder kan konstruktionen integrera variationen i stället för att reducera den. Detta är något som kan medföra risk för introduktion av osäkerhet som kan resultera i bristande följsamhet (jmf. Berg, 1997, s. 116; Timmermans & Epstein, 2010, s. 79).



Figur 4. Organisation för konstruktion av standarder

Tillit till dokument

Som nämnts tidigare berättar intervjupersoner om tillit till dokumenten som anger standardförfaranden. Verksamhetens behov av standarder har gett upphov till skapandet av experter som i sin tur ska konstruera, implementera och följa upp standarden. För att kontrollera att standarden fungerar som den är avsedd beskrivs det att själva standarden skapar förutsättningar för att kontrollera och granska en specifik praktik. Detta är även något som de intervjuade problematiserar i förhållande till tillit; för att kunna veta att saker går till på önskvärt sätt behöver det kontrolleras genom egenkontroller.

När vi har en standard måste vi kontrollera genom egenkontroll, snart kan vi kontrollera om vi gör det vi ska. Det är nytt, vi har förutsättningar genom att det är nedskrivet så har det inte varit innan [...] Det är ju kontrollen, vi behöver ha kontroll vi måste veta att våra processer är som vi tror och då måste vi kolla att det funkar (Charlie).

Det här ju liksom att få tilliten att knyta ihop detta med egenkontroller och så vidare för där pratar ju egentligen tilliten om att du ska utesluta kontrollerna, medans om man pratar kvalitet och certifieringar så pratar man om egenkontroll. Så här gäller det egentligen att nysta ihop det här så det blir bra (Robin).

Jag anser att förfarandet inte är helt olikt en ackrediteringsprocess. Dokumenten och egenkontrollerna utgör ett slags kvalitetssäkringssystem som via egenkontroller av lokalt upprättade standarder utgör ett granskningsförfarande. Granskningen sker av verksamhetens egna utsedda experter, de granskar egna upprättade standarder. Vad som inte sker är en direkt kontroll av de praktiker som görs inom verksamheten utan endast om de formaliserade standarderna finns tillgängliga (jmf. Waks, 2006, s. 134). En intervjuperson berättar att det inte är helt enkelt att följa de regler de själva satt upp utan regelföljandet sker sporadiskt. Detta innebär att en nedskriven standard inte kan vara en garant för att saker görs på ett beslutat sätt.

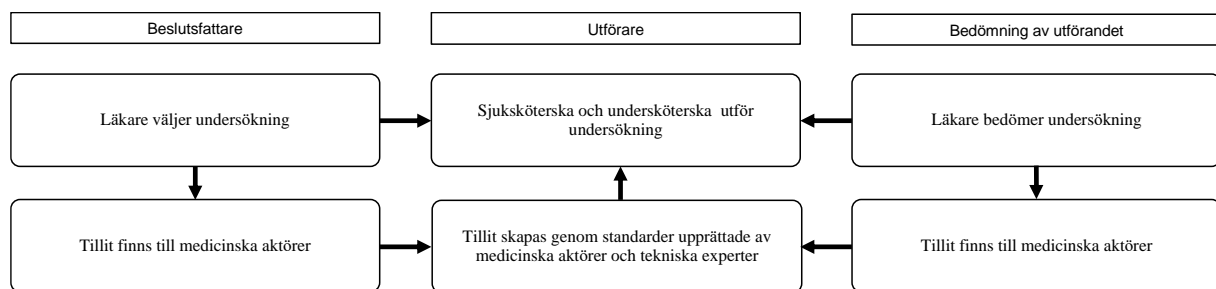
[...] så tittar man på kvaliteten, ser utfallet ut som vi förväntar oss, vi tittar på inställningarna om de stämmer överens med det som är bestämt, vi försöker göra ett antal per år, vissa år kanske vi bara gör en ibland gör vi flera, vi har en metod för det alla följer inte den men vi gör det, vi har inte bestämt hur ofta, vi har extremt många undersökningsmetoder då det har vi inte råd med [...] men nu har vi bestämt att är det [nedskrivna instruktioner] som gäller, och man frångår inte det om inte det så att det är på medicinsk indikation [...] Det har hänt att vi har ändrat [instruktioner] från nationella vårdprogram (Reneé).

De upprättade instruktionerna har ingen inneboende förmåga att kontrollera medarbetares beteenden eller verksamhetens förutsättningar. En lokal praktik eller en standard, som till

exempel en riktlinje, är inte per definition en perfekt återgivning av en fulländad praktik. Instruktionen eller standarden, men även befintlig lokal praktik, är något som förändrar både kontexten den existerar i och omgivande element. Detta medför att den kunskap som ligger till grund för standarden och den lokala praktiken omförhandlas vilket innebär att standarden eller praktiken blir något annat än vad de först var avsedda att hantera (Berg, 1997, s. 118; Waks, 2006, ss. 153-154; Timmermanns, 2015, s. 94).

Som ytterligare ett exempel berättar en intervjuperson att verksamheten ändrade en lokal praktik utifrån en nationell riktlinje. Det som skiljde den nationella riktlinjen åt från den lokala praktiken var uppfattningen om och värderingen av risker. Den lokala praktiken argumenterade för att minska risken för patienten vid undersökningstillfället, den nationella riktlinjen pekade på att risken som patienten utsätts för vid undersökningstillfället var mindre än risken för en felbedömning. Detta innebar en förändring utifrån den nationella riktlinjen. Det visar också på att olika standarder och även praktiker är villiga att ta olika risker och att värderingen av risken kan se olika ut (jmf. Timmermans & Epstein, 2010, s. 85).

I denna beskrivning blir standard i form av instruktion en styrande princip för hur aktörer ordnas. Det som styr är läkare och utsedda tekniska experters instruktioner som får fysisk form genom standarder och kontroll. Figur 5 nedan illustrerar ordnandet för tillit i relation till skapandet av standarder.



Figur 5. Illustration av ordandet för tillit.

Figur 5 och intervjupersonernas utsagor visar att det som blir synligt är att instruktioner ger föreställda förutsättningar för kontroll och kvalitet. En kontroll av att vissa praktiker finns nedskrivna utgör kvalitet. Det blir även synligt att instruktionerna som ska utgöra standarder konstrueras efter lokal kunskap och efter verksamhetens ordnande av aktörer med medicinsk kunskap. Något som redan genomgår en kontroll. I detta ordande, med standarder som princip, görs en ansats till att koppla an tillit till konstruerande av dokumenten som ska leda och styra en del av verksamhetens aktörer.

I likhet med den första beskrivningen av ett ordnande ses steg gentemot standardisering, vilket jag åter igen vill relatera till logiker som kan härledas till NPM såväl som EBM (Timmermans & Berg, 2003, s. 145; Lindgren, 2014, s. 34), men även redan den medicinska kunskapens etablerade ledning och styrning.

Diskussion och slutsats

Syftet med denna fallstudie var att få en ökad förståelse för hur TSL ordnas av och ordnar aktörer inom en högteknologisk del av sjukvården. Med teoretisk utgångspunkt i teknik och vetenskapsstudier har jag utgått från att både forskning och tillämpningen av resultatet är sociala aktiviteter och därigenom kan studeras som sådana. Med hjälp av modes of ordering och perspektiv från standardiseringssociologi har jag analyserat uttryck TSL får i verksamheten. Jag anser att det som intervjupersoner framför allt tillskriver TSL är möjliggörande av en ökad specialisering genom tilldelandet av expertroller. Experterna har i uppdrag att upprätta standarder för vissa av verksamhetens praktiker. Standarderna som upprättas är präglade av ett ordnande utifrån ett antagande om att lokal kunskap, både vad gäller teknik och medicin, utgör relevanta underlag för skapandet av standarder.

Metod

Jag har använt mig av kvalitativa intervjuer med beslutsfattande och ledningsstöttande aktörer inom verksamheten för att generera material för analys. Jag har valt att intervjua beslutsfattare då detta är aktörer som påverkar styrning och ledning. Deras styr- och ledningsinstrument kan göras synliga genom deras uttalanden. Intervjuerna spelades in, transkriberades ordagrant och har sedan genomgått läsning, kodning och kategorisering i flera omgångar. I intervjuerna hänvisades det till dokument som jag har läst igenom och diskuterat med de intervjuade för att få en djupare förståelse för betydelsen. Att endast förlita mig på dokument säger inget om praktiken och att endast förlita mig på vad intervjupersoner säger visar inte vad som faktiskt görs. För att få en förståelse för vad en verksamhet gör anser jag att en kvalitativ ansats i detta fall har varit adekvat. Detta sammantaget utgör materialet för min studie och analys. Det är således det genererade materialet som har varit tongivande för val av teoretiska begrepp för analys. Pols (2003), Moser (2005) och Law (1994) visar hur användningen av modes of ordering möjliggör utforskande av hur människor och icke människor samexisterar och att de ömsesidigt ordnar och påverkar varandra, något som i detta fall varit syftet med studie och därmed relevant att använda.

Resultat

Det första ordandet som jag beskriver är ett ordnande av aktörer med medicinsk kunskap. Tillit blir i detta ordnade mer relationellt abstrakt än något konkret. Tillit är något som utvecklas i den sociala gemenskapen som aktörer ordnas i. Tillit, i detta sammanhang, till de med medicinsk kunskap är något som inte behöver skapas genom införandet av särskilda praktiker eller standarder, utan den genereras i den gemenskap mellan olika aktörer som uppstår i praktiken. Tilliten behöver heller inte kontrolleras då kollektivet reglerar sig på egen hand. Aktörer ur den medicinska gemenskapen, tillsammans med en teknisk expert, används som regulatorer, det vill säga, de utfärdar instruktioner för hur de som befinner sig utanför det medicinska kollektivet ska agera. Utsagor från deltagarna i min studie visar dock på att det finns olika uppfattningar om på vilka sätt de medicinska aktörerna bör ordnas. Ett sätt som visar på att ordna aktörers praktiker, genom exempelvis riktlinjer, är mindre görbart då kunskapen som aktörer härbärgerar är tyst och inte med enkla steg låter sig nedtecknas i instruktioner. Samtidigt uttrycks det behov av att skapa standardiserade arbetssätt genom att skapa bedömningsmallar som läkare ska ha som underlag vid bedömning av resultat. Antagandet som görs är att mallar skulle öka effektiviteten, patientsäkerhet – att bedömningarna går att lita på.

Standarder får ett större genomslag i ordnandet av annan praktik inom verksamheten. Här ordnas sjuksköterskors praktik genom att skapa standarder för hur specifika undersökningar av patienter ska gå till. I detta ordnande handlar tillit om att medarbetare följer standarderna. Detta får konkret uttryck i och med att tekniska experter utses vars uppdrag är att konstruera standard. Jag skulle i detta andra ordande även kunna tolka det som att det handlar om tillit till experterna som innehavare av specifik kunskap och att det är den specifika kunskapen som det finns tillit till, alltså samma mönster som ses vad gäller den medicinska expertisen i det första ordandet. Men i det andra ordandet argumenterar jag för att de intervjuade förlägger tillit till dokumenten. Dokumenten utgör fysiska objekt vars närvaro skapar föreställningar om att sjuksköterskors praktiker går att granska och att processer därigenom görs synliga och blir granskningsbara. Tillit blir således något som behöver skapas och kontrolleras. Den skapas genom och ordnas av den medicinska kunskapen och utsedda experter. Den kunskap som sjuksköterskor har blir alltså föremål för kontroll och reglering av någon utanför den direkta gruppen och som har en annan typ av kunskap.

Vad jag finner intressant är att standardisering är något som återfinns i båda ordnandena och som verksamhetens processer påverkas av och ordnas i linje med de intervjuades idé om TSL. I det första ordnandet blir intervjupersonernas uttryck om behov av standarder för att effektivisera och säkra bedömningar underordnat principen om medicinsk kunskap och de sociala relationer som kunskapen genererar. I det andra ordnandet blir teknisk nedskrivna standard den överordnande principen - något som möjliggör kontroll genom granskningsbarheten. Samtidigt blir det synligt att medicinsk kunskap även påverkar hur praktikerna samordnas vad gäller de tekniska standarderna, exempelvis genom figur 4, men även genom organiseringen i stort, se organisationsscheman figur 1 och 2. Detta tolkar jag som befintligt traditionellt mönster i redan närvarande försök att styra och leda offentlig sjukvård – den medicinska kunskapen är överordnad (jmf. Allen, 2014; Latimer, 2000; Glouberman & Mintzberg, 2001) vilket innebär att TSL i detta fall får en upprätthållande och återskapande effekt.

I denna verksamhet uppfattar de intervjuade att standardiseringen å ena sidan är något som möjliggör enhetlighet, mätbarhet och därmed är relevant för tillit och kvalitet. Å andra sidan kan standarder omfördela ansvar och verka begränsande. Detta på samma gång som ett större handlingsutrymme för sjukvårdens medicinskt professionella är något som de intervjuade menar möjliggör specialiserade bedömningar, vilket i detta fall ses som en grund för tillit och kvalitet samtidigt som det kan beskyllas för att skapa en ineffektivitet. Standardskapandet relaterar jag både till föreställningen om NPM vad gäller kontroll och jakt på effektivitet och till EBM:s principer för vilken typ av kunskap som kan utgöra adekvata underlag för medicinsk bedömning och åtgärd, samtidigt som ansvaret riskerar att bli otydligt.

Berg (1997), Waks (2006), och Timmermans (2015) visar på hur standardiseringsprocesser består av kontinuerliga ständigt pågående förhandlingar genom att standarden, och praktiken den avser att standardisera, förändrar såväl standarden, praktiken som verksamheten. Standarder (men även praktiker och kunskap) blir således förhandlingsbara och är påverkade av sociala företeelser. I konstruktionen av en standard, men även vid en bedömning, görs val som är sammanvävda med den kunskap som utgör grunden för standarden eller bedömningen. Valen är inte synliga utan är resultat av förhandlingsprocesser och icke förväntade konsekvenser av standarden eller bedömningen (Berg, 1997, s. 120). Detta medför att om de lokalt upprättade standarderna skulle användas i en annan kontext kan det uppstå situationer

där standarden behöver modifieras utifrån de behov som uppstår på just den platsen och de lokala förutsättningarna, detta sker då den lokala kontexten finns inbyggd i standarden (Berg, 1997, ss. 105, 109). I praktiken innebär ovanstående att en standard behöver konstrueras på en realistisk detaljnivå för att möjliggöra användandet. Detta betyder att standarden behöver ta hänsyn till variation och osäkerhet om den ska användas på fler platser än en (Berg, 1997, s. 114), och därmed även inkludera de som berörs oavsett kunskapsgrund.

Att skapa standard för något (eller av något) handlar många gånger om att göra något säkert och tillförlitligt eller effektivt, det kan också vara ett sätt att omfördela resurser. Om standardskapandet inte explicit har som mål att göra något säkert eller effektivt finns en risk för att standarden som skapas inte är det effektivaste, säkraste, vetenskapliga eller har det mest pålitliga utfallet (Timmermans & Epstein, 2010, s. 79). Själva processen i skapandet av en standard kan bestå av den minsta gemensamma nämnaren vad gäller tillgängliga och möjliga val, den kan även innehålla spår av makt i form av att den starkaste parten i processen ”vinner”, den kan även utgöras av förhandlingar mellan vissa aktörer och ”så har vi alltid gjort” (ibid).

Ett viktigt resultat i min studie är ordnandet av sjuksköterskors praktik som regleras genom att direkt kopplas till läkarens praktik. Kopplingen är tydlig genom att sjuksköterskan är med och skapar det underlag läkaren använder för bedömning. Det som separerar sköterskan från läkaren är utrustningen. Utrustningen är även det material som kopplar samman och möjliggör samtliga praktiker. Att reglera specifika praktiker och inte andra kan bli problematiskt på grund av den relation som finns mellan praktikerna, att göra ”ingrepp” på den ena har konsekvenser på något annat. För att lyckas skapa nya mönster behöver gemensamma intressen vara närvarande, värden och ideal behöver passa in i standarden (Pols, 2003, s. 341).

Slutsats

Syftet med denna uppsats var att skapa en förståelse för hur TSL ordnas av och ordnar aktörer inom en sjukvårdande verksamhet. Frågeställningar som jag har utgått från är; hur beskriver aktörer TSL, vilka antaganden om effekt gör aktörer och i vilka handlingar uttrycker sig TSL.

Det jag har presenterat är berättelser om och uttryck för ordnade av tillit i en specifik kontext. Det som jag anser blir synligt är att tillit är något som får olika konnotationer och som därigenom dels speglar närvaron av de olika konkurrerande sätten att ordna en hälso- och

sjukvårdsverksamhet, dels ger uttryck för olika idéer om vad tillit innebär och dels innebär ett synliggörande av olika kunskapers maktpositioner.

Inom den studerande verksamheten där TSL används som styrnings- och ledningsfilosofi beskrivs TSL som samtidig närvaro och frånvaro av standarder. Standarder anses både möjliggörande och hindrande för olika värden och intressen beroende på yrkestillhörighet och därigenom även kunskapssyn. Det som genereras i verksamheten med hänvisning till TSL är standardiseringsprocesser främst vad gäller sjuksköterskors praktik. Att det finns nedtecknade instruktioner anses vara en grund för tillit, tilliten finns till att texten som finns i instruktionen är korrekt. De intervjuade uttrycker att vissa delar av läkares praktik kan standardiseras, inte främst för att det finns bristande tillit utan mer som ett sätt att uppnå effektivitet.

I de ordnandena som jag har analyserat urskiljer jag mönster som påminner om och kan återspegla principerna som EBM förespråkar men även de anklagelser som riktas mot konceptet NPM. TSL har uppstått som en kritik mot nuvarande sätt att styra och leda offentlig förvaltning. Kritiken har uppstått som en reaktion mot ineffektivitet genom fokus på bland annat mätningar samt detaljstyrning. Jag tänker även att EBM:s genomslag med krav på att vetenskapligt producerad kunskap och att beprövad erfarenhet som ska utgöra underlag för medicinska åtgärder påverkar hur praktiker ordnas och förhandlas. Där ett uttryck för EBM bland annat är riktlinjer, kunskapsstyrning och standarder. Det är intressant att både TSL och NPM verkar ha sitt ursprung i kritik av ineffektivitet inom offentlig förvaltning. Båda koncepten tillsammans med kunskapsstyrningen strävar efter att öka effektiviteten. Det som sker i verksamheten framstår således snarare som en reproduktion och upprätthållande av etablerade sätt att ordna än något nytt och innovativt, något som kan liknas vid konsekvenser av en strävan efter status quo.

Tillitsdelegationen och de som av mig intervjuats inom den studerade verksamheten uttrycker att medarbetare behöver få större handlingsutrymme. Min analys visar att handlingsutrymmet består av att ordna för att utse och möjliggöra för lokala experter och medicinsk expertis att utifrån lokal kunskap konstruera lokala standarder, som sedan ska reglera och styra vissa praktiker, något som enligt medverkande i denna studie resulterar i tillit i vissa fall och effektivitet i andra. Handlingsutrymmet för läkare och utsedda experter görs således större, medan det för sjuksköterskor sker en reduktion. Effekten för patienter omnämns inte.

Vidare forskning

Det är oklart för mig huruvida praktiker inom den studerade verksamheten förändras eller om de geografiska platserna bevarar redan etablerade praktiker som får utgöra samtliga enheters standardpraktik. Jag kan inte heller redogöra för hur specifika standarder framarbetats och hur det praktiskt går till.

För vidare forskning finner jag därför ett stort intresse för konstruktionen av lokala kunskaper som underlag för standarder inom hälso- och sjukvården. Detta innefattar hur standarderna implementeras, utvärderas och följs upp för att säkerställa att standarden avser att uppnå. Detta är något som med stor sannolikhet är med och påverkar hur en sjukvårdande verksamhet organiseras och kontinuerligt ordnas. Genom att undersöka hur standarder konstrueras möjliggörs även ett synliggörande av de val som görs och därigenom även vilka värden som överordnas, kanske även vilka konsekvenser det kan få, något som hade kunnat bidra till en fördjupad analys vad gäller hur makt, ojämlikhet och genus spelar roll och genereras i ordnandet.

Vidare hade det även varit intressant att utifrån ett STS-perspektiv undersöka hur andra offentliga verksamheter tar sig an konceptet TSL och vilka uttryck idén får. Hur ordnar man fram tillit och vilken påverkan gör enskilda offentliga verksamheters tillitsansträngningar på såväl verksamheter som omgivande system?

Referenslista

- Agerberg, M., 2014. *NPM var en syndabock ingen hade hört talas om*. [Online]
Available at: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2014/04/npm-var-ensyndabock-ingen-hade-hort-talas-om/>
[Använd 5 Maj 2023].
- Allen, D. (2014). *The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Almqvist, R., 2006. *New public management*. 1:6 red. Stockholm: Liber.
- Alvesson, M. & Cizinsky, S., 2018. *Organisation och ledning i sjukvård. En reflekterande ansats*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, T., Brorström, B., Dellve, L. & Härenstam, A., 2023. *Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden*. Stockholm: SNS Förlag.
- Berg, M., 1997. Of nodes, nurses, and negotiations: The localization of a tool. i: *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, pp. 103-121.
- Bohlin, I. & Sager, M., 2011. *Evidensens många ansikten*. Lund: Arkiv förlag.
- Collins, H., 2014. *Are we all scientific experts now?*. Cambridge: Polity Press.
- Currie, G. et al, 2012. Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism.. *Organization Studies*, 33(7), pp. 937-962.
- Czarniawska, B., 2014. *Ute på fältet, inne vid skrivbordet*. Lund: Studentlitteratur.
- Ernst, J., 2023. Transformational change in a hospital: how time and history constitute leadership agency. *Public Management Review*, pp. 1-25.
- Foucault, M., 1971. Orders of discourse. *Social Science Information*, 10(2), pp. 7-30.
- Garpenby, P., 2016. Kunskapsstyrning – Mångsidig styrform som behöver studeras. Kapitel i Henriksson, Martin (red.). i: M. Henriksson, red. *Perspektiv på utvärdering, prioritering, implementering och hälsoekonomi: En hyllningsskrift till Per Carlsson*. Linköping: Linköpings Universitet., pp. 30-37.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease— Part I: Differentiation. *Health care management review*, 56-69.
- Guyatt, G. et al., 1992. Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), pp. 2420-2425.
- Hood, C., 1991. A public management for all seasons?. *Public Administration*, Issue 69, pp. 3-19.
- Hood, C., 1995. The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3), pp. 93-109.

- Johansson, K., Denvall, V. & Vedung, E., 2015. After the NPM Wave. Evidence-Based Practice and the Vanishing Client. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 19(2), pp. 69-88.
- Kommittédirektiv, 2016:51 . *Tillit i styrningen*.
- Krohwinkel, A. & Winberg, H., 2022. *Kunskap (s)om styrmedel organisationsteoretisk genomlysning av nationellt system för kunskapsstyrning*, Åkersberga och Stureby : Leading Healthcare.
- Kuhn, T. S., 1992. *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. 2 red.:Thales.
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2023. *Om kunskapsstyrning*. [Online] Available at: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning.44726.html> [Använd 6 Maj 2023].
- Latimer, J. E. (2000). *The conduct of care: Understanding nursing practice*. Wiley.
- Latour, B., 1987. *Science in action: How to follow scientist and engineers through society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Law, J., 1994. *Organizing modernity*. Oxford UK & Cambridge USA: Blackwell.
- Law, J., 2017. STS as Method. i: U. Felt, R. Fouche, C. A. Miller & L. Smith-Doerr, red. *The handbook of science and technology studies*. London: The MIT press.
- Lindgren, L., 2014. *Nya utvärderingsmonstret. Om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*. 2:9 red. Lund: Studentlitteratur.
- Lydahl, D., 2017. *Same and different? Perspectives on the Introduction of person-centred care as standard*. Gothenburg: PhD thesis.
- Målvqvist, I., Åborg, C. & Forsman, M., 2011. *Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg – en kunskapssammanställning om New Public Management*: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Moser, I., 2005. On becoming disabled and articulating alternatives. *Cultural studies*, 19(6), pp. 667-700.
- Pols, J., 2003. Enforcing patient rights or improving care? The interference of two modes of doing good in mental health care. *Sociology of Health & Illness* , 25(4), p. 320–347.
- Porter, T. M., 1996. *Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life*. :Princeton University Press.
- Regeringskansliet , 2019. *Offentlighetsprincipen och sekretess. Kortfattat om lagstiftningen*, Stockholm: Justitiedepartementet.
- Sackett, D. L. o.a., 1996. Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence." *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023), pp. 71-72.

- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*.
- Sismondo, S., 2010. *An introduction to science and technology studies*. Chichester: Wiley-Blackwell .
- Socialstyrelsen, 2018. *Utvärdering av universitetssjukvård. Strukturer och processer*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2, 2016. *Effektiv vård*, Stockholm : Statens offentliga utredningar.
- Stjernholm, Y. V., 2021. Hög tid att re-professionalisera hälso- och sjukvården. *Läkartidningen*, pp. 34-35.
- Strandhäll, A. & Shekarabi, A., 2017. *Välfärdens proffs måste ges större frihet i arbetet*. [Online]
Available at: <https://www.svd.se/a/xnRqG/valfardens-proffs-maste-ges-storre-frihet-i-arbetet>
[Använd 27 April 2023].
- Tillitsdelegationen, 2018. *Med tillit växer handlingsutrymmet - tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn (SOU 2018:47)*, Stockholm : Finansdepartementet.
- Timmermans, S., 2015. Trust in standards: Transitioning clinical exome sequencing from bench to bedside. *Social Studies of Science*, 45 (1), pp. 77-99.
- Timmermans, S. & Berg, M., 2003. *The gold standard: the challenge of evidence based medicin and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Timmermans, S. & Epstein, S., 2010. A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, Issue 36, pp. 69-89.
- Timmermans, S. & Tavory, I., 2012. Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory*, 30(3), pp. 167-186.
- Waks, C., 2006. Granskning i nätverk. En studie av ett ackrediterat sjukhuslaboratorium. i: C. Levay & C. Waks, red. *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Vetenskapsrådet, 2017. *God forskningssed* , Stockholm : Vetenskapsrådet .

