



**INSTITUTIONEN FÖR  
GLOBALA STUDIER**

# **Sjukvårdens praktiker i skuggan av tillgänglighet och transparens**

*En etnografisk studie om hur vårdpersonal navigerar i ett  
sjukvårdssystem som präglas av parallella logiker*

**Alexandra Wedberg**

**Examensarbete i socialantropologi**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Antropologprogrammet, Examensarbete
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2025
Handledare:	Mirko Pasquini
Examinator:	Lisa Åkesson
Antal ord	9935

# Abstract

I Sverige pågår det en diskussion kring brist på tillgänglighet i sjukvården där samhällets invånare och patienter upplever svårigheter att komma i kontakt med sjukvården samt att få rätt hjälp i rätt tid. Detta har fått både politiker och samhället att agera genom reformer som syftar till att öka sjukvårdens tillgänglighet, exempelvis genom privata vårdinstanser och digitalisering inom offentlig sjukvård och ökad transparens och patientdelaktighet.

Styrmodeller som *New Public Management* har förändrat och reformerat den offentliga sjukvårdens grundläggande riktlinjer och policys mot en mer marknadsorienterad modell med fokus på kostnadseffektivitet och resultat. Trots det står sjukvården idag inför utmaningar som ekonomiska nedskärningar och resursbrist (Sveriges läkarförbund 2024)

Syftet med denna studie är att analysera hur vårdpersonalens vårdpraktiker och vårdetiska principer påverkas av kravet om ökad tillgänglighet och transparens. Studien bygger på ett inifrånperspektiv, där personalens egna erfarenheter står i fokus. Studien som är skriven på svenska, är kvalitativt utförd och underlaget är baserat på deltagande observationer samt intervjuer med vårdpersonal på två specialistmottagningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Studiens teoretiska utgångspunkter tar avstamp i hur tid uppfattas och organiseras i vårdpersonalens sociala kontext. Vidare teoretiseras sjukvårdens praktiker utifrån ett ramverk av parallella logiker som pågår och präglar sjukvården på samma gång (Mol 2008). Sjukvårdspersonalen navigerar mellan olika tidslogiker samt vårdens omsorgslogik och den organisatoriska logiken. Med den teoretiska ingången *Actor-Network Theory* blir det synligt hur sjukvården är ett stort nätverk med aktörer där alla är beroende av varandra (Mol 2002).

Studiens resultat visar på att sjukvårdens höga komplexitet och grundläggande omsorgsetik bör förstås och beaktas vid införandet av riktlinjer och policys som syftar till att effektivisera samt öka tillgänglighet och transparens. Studien visar också på hur vårdpersonalens arbetsprocesser och vårdpraktiker präglas av avbrott som en konsekvens av tillgänglighet och transparens. Å andra sidan visar studien också på att den integrerade tillgängligheten i vårdens praktiker och sociala kultur är avgörande för upprätthållandet av kvalitativ vård. Studien är ett empiriskt förankrat bidrag till förståelsen av vårdens vardag och pekar samtidigt på behovet av styrformer som utgår från vårdens egen logik, snarare än modeller som inte är förankrade i sjukvårdens praktiska verklighet.

Nyckelord: Tillgänglighet, Transparens, Vårdlogik, Vårdpersonal, Sjukvårdsorganisation, Splittring

## **Förord**

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till all sjukvårdspersonal som gjort denna studie möjlig att genomföra och för att ni delat era tankar och reflektioner. Jag vill också tacka min handledare Mirko Pasquini som har bidragit med kloka insikter och tipsat om värdefull litteratur. Jag vill även tacka mina nära och kära som stöttat och peppat mig.

1	Introduktion	5
2	Syfte och frågeställningar	7
2.1	Syfte	7
2.2	Empiriska forskningsfrågor	7
3	Bakgrund	8
3.1	Centrala begrepp och styrformer inom dagens specialistvård	8
4	Tidigare forskning och teoretiska begrepp	10
4.1	Autonomi och etik	10
4.2	Vårdens logik och transparens	11
4.3	Upplevelse av tid och avbrott i dynamiska och komplexa sjukvårdsmiljöer	14
4.4	Splittring, organisatoriska hinder och fragmentering	15
5	Metod och etiska överväganden	18
5.1	Deltagande observation	18
5.2	Anteckningar under fälttiden	20
5.3	Intervjuer	20
5.4	Etiska överväganden	21
5.5	Reflexiv diskussion	22
6	Etnografisk diskussion	23
6.1	Tid, tempo och avbrott	23
6.2	Spänningsfältet mellan vårdlogiker	26
6.3	Vården som ett nätverk: tid, logiker och riktlinjer	30
7	Slutsats	33
7.1	Förslag på vidare forskning	34
	Referenslista	36

# 1 Introduktion

Mitt mångåriga administrativa arbete inom svensk specialistsjukvård, i en arbetsmiljö som inte sällan upplevs som belastande, har fått mig att reflektera över faktorer som styr det vardagliga vårdarbetet. Sådana påverkande faktorer kan ofta vara väldigt tydliga, exempelvis ej optimalt anpassade personalresurser i en komplex medicinsk vård. Ibland kan dock mer diskreta faktorer styra arbetet på ett indirekt, och till och med omedvetet, sätt.

I Sverige förs en diskussion om vårdens brist på tillgänglighet, vilket innebär att balansen mellan invånarnas behov av sjukvård inte matchar vårdens resurser. Tillgänglighet är ett mångfacetterat begrepp. Det kan handla om att vården är lätt att komma åt, att insatser ges snabbt och att den är anpassad för olika behov samt kan påverkas av faktorer som geografisk närhet, öppettider och digitala lösningar. Tillgänglighet omfattar även samarbete mellan vårdpersonal för att säkerställa hög vårdkvalitet. Brist på tillgänglighet leder till att patienter ofta har svårt att nå vården och bidrar till oro för att inte få adekvat hjälp (IVO, 2024). Behovet av tillgänglighet är dock inte alltid lätt att definiera, då det också kan vara upplevt utan att spegla ett direkt medicinskt behov. För att förbättra tillgängligheten har privata vårdinstitutioner införts som komplement till offentlig vård, samtidigt som offentlig vård har blivit mer resultatinkriktad genom modeller som *New Public Management* (Saltman & Bergman, 2005).

Diskussionen om *personcentrerad vård* betonar att patienten ska vara delaktig i sin vård genom större transparens och möjligheten att påverka sin vårdprocess (Vårdhandboken, 2023). Digitala lösningar som *1177.se* och vårdprocesser som *vårdgarantin* samt *standardiserade vårdförlopp*, både ökar tillgängligheten och bidrar till transparens genom att göra information mer tillgänglig (Västra Götalandregionen, 2024). Offentlig sjukvård är i ständig förändring, men det kan uppstå konflikter mellan individers behov och vårdens medicinska prioriteringar, särskilt när politiska påtryckningar eller ekonomiska faktorer påverkar beslut (Riksrevisionen 2004). Ökad tillgänglighet och transparens kan i vissa fall påverka vårdpersonalens autonomi och skapa etisk stress om de måste fatta beslut baserade på politiska eller ekonomiska incitament snarare än medicinska prioriteringar (Läkartidningen, 2022). En fråga man kan ställa sig är om de mest prioriterade medicinska uppgifterna riskeras att bortprioriteras till förmån för digital tillgänglighet.

Genom avstamp i ovanstående reflektioner vill jag med denna studie ta reda på hur kultur inom sjukvård samt vårdpersonalens klimat, vårdpraktiker och processer, påverkas av ständig

efterfrågan på ökad tillgänglighet. Med efterfrågan på tillgänglighet avses här den som kommer från patienter, via organisatoriska riktlinjer, samt samhälleliga och politiska beslut. Syftet med studien är att belysa ett “inifrån”-perspektiv, det vill säga personalens upplevelser och berättelser i det vardagliga komplexa vårdarbete de utför.

## 2 Syfte och frågeställningar

### 2.1 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur vårdpersonal förhåller sig till förväntningar på tillgänglighet för patienter och annan vårdpersonal i det vardagliga arbetet.

### 2.2 Empiriska forskningsfrågor

Hur ser vårdpersonal på upprätthållandet av vårdkvalitet i relation till tillgänglighet och transparens i vardagliga arbetet?

På vilket sätt integreras tillgänglighet i vårdpersonalens dagliga arbete?

Hur hanterar vårdpersonal etiska frågor där vårdetik kolliderar med organisatoriska riktlinjer kring tillgänglighet och transparens?

Hur ser vårdpersonal på kontinuitet i arbetet i relation till att vara tillgänglig för patienter och annan vårdpersonal?

## 3 Bakgrund

### 3.1 Centrala begrepp och styrformer inom dagens specialistvård

Specialistvården i Sverige har sedan 1990-talet genomgått betydande förändringar, där organisatoriska reformer, digitalisering, nya styrmodeller och riktlinjer har omformat både vårdens praktiker och dess etiska samt relationella förutsättningar (Wingborg, 2017). Flera styrbegrepp har blivit centrala för att förstå hur sjukvården utvärderas, organiseras och upplevs av både vårdpersonal och patienter.

En viktig övergripande förändring inom sjukvården har skett genom införandet av *New Public Management*, en styrningsmodell som influerats av företagsekonomiska principer (Clarke & Newman, 1997). *New Public Management* bygger på mätbarhet, effektivisering och standardisering och har bidragit till ökad användning av vårdgarantier, prestationsmätning och konkurrensutsättning (Saltman & Bergman, 2005). Kritik mot detta är bland annat att traditionella vårdetiska värderingar och ställningstaganden nedprioriteras till förmån för ekonomiska styrmodeller (Bejerot & Hasselbladh, 2011). Inom specialistvården har detta bland annat medfört fokusering på *tillgänglighet, transparens och patientdelaktighet*. Som nämnts i introduktionen ovan är *tillgänglighet* i sjukvården ett mångfacetterat begrepp. Enligt ett kommitté-direktiv från Sveriges riksdag om ökad tillgänglighet beskrivs följande:

Tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som exempelvis personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. Det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser (Sveriges Riksdag 2020).

*Transparens* innebär att hälso- och sjukvårdssystemet tillgodoser tydlig, jämförbar och tillgänglig information om beslut, resultat och kvalitet. Syftet är att patienter, anhöriga och

samhällets medborgare skall kunna göra informerade val som leder till att bättre ansvarsskyldighet hos vårdgivare medförande ökat förtroende och patientengagemang. Transparens inom sjukvården berör exempelvis, väntetider, behandlingsprocesser och vårdutfall. Transparens betraktas som en central faktor för kvalitetsutveckling, effektivisering och tillitsskapande inom sjukvården (OECD, 2017; Socialstyrelsen, 2021)

Digitala plattformar som *1177.se* fungerar som ett ledande verktyg för transparens genom att ge patienter tillgång till direkta kontaktvägar, journalinformation och fritt vårdval. *1177.se* har de senaste åren blivit allt viktigare som verktyg inom sjukvården för att öka *tillgängligheten* kring information, journalåtkomst, tidsbokning och kommunikation (Västra Götalandregionen, 2024)

*Patientdelaktighet* handlar om att patienter skall vara aktiva medaktörer i sin egen vårdprocess, i dialog med vårdpersonal. Det inkluderar informerat samtycke, gemensamt beslutsfattande (*Shared Decision Making, SDM*), och att vårdbesluten fattas utifrån patientens behov, önskemål och erfarenheter. Inom begreppet *personcentrerad vård* är patientdelaktighet inte bara en rättighet utan också en resurs för att öka kvalitet och nå bättre behandlingsresultat (WHO, 2009). Vidare innebär *personcentrerad vård* att patientens berättelser, upplevelser och delaktighet prioriteras i vårdmötet (Ekman et al., 2011). Begreppet *empowerment* är direkt kopplat till patientdelaktighet, där patienter ges förutsättningar att ta ansvar för sin hälsa och vara delaktiga i vårdbeslut (WHO, 2009).

*Vårdgarantin* är en central del i sjukvårdens upprätthållande av tillgänglighet och innebär att patienter enligt svensk lag har rätt att få besökstid till specialistvården inom 90 dagar (Västra Götalandregionen.se, 2024). Därtill har *standardiserade vårdförlopp (SVF)* införts för att säkerhetsställa en effektiv och jämlik handläggning av diagnoser med misstanke om cancer. En SVF-utredning skall påbörjas inom 3 kalenderdagar från det att remissen utfärdas (Cancercentrum.se 2024). Syftet är även att, genom kortare väntetid för patienten, minska oro och frustration inför utredning, eventuell diagnos och behandling.

Tillsammans skapar dessa begrepp och styrmodeller en komplex miljö där vårdpersonal dagligen navigerar mellan olika, ibland motsägelsefulla förväntningar, såsom att uppfylla tidskrav, följa riktlinjer, upprätthålla ett professionellt vårdetiskt förhållningsätt samt möta patienters behov.

## 4 Tidigare forskning och teoretiska begrepp

För orientering inom det aktuella forskningsfältet gjordes en omfattande litteratursökning med utgång i sjukvård, sjukvårdspersonal, sjukvårdsorganisation, organisatoriska krav och riktlinjer, autonomi, etik, transparens samt tillgänglighet. Majoriteten av den litteratur och forskning som identifierades utgick från ett patientperspektiv, vilket inte helt överlappade med mitt forskningsområde och mina frågeställningar som fokuserar på vårdpersonalens perspektiv.

Det finns studier som problematiserar kring fragmentisering och transparens kopplat till sjukvårdens organisation och ekonomiska styrsätt (Pasquini, 2023; Hull, 2017), men det finns utrymme för att analysera hur svensk sjukvård påverkas av styrmål influerade av *New Public Management* där strävan efter ökad tillgänglighet och transparens utforskas, inkluderande en analys av bakomliggande faktorer och mekanismer. Studier inom detta fält kan i förlängningen potentiellt skapa en mer etisk, hållbar och rättvis vård.

Nedan presenteras den forskning och de teoretiska begrepp som jag har funnit relevanta och varav flertalet refererats till i min analys.

### 4.1 Autonomi och etik

I boken *The Managerial State* (1997) driver Clarke och Newman en kritisk analys av den "managerialistiska" skiftningen som har utvecklats inom statliga myndigheter och offentliga institutioner. Litteraturen diskuterar hur offentliga institutioner styrs genom en marknadsorienterad modell som kan leda till allvarliga sociala och politiska konsekvenser. Vidare diskuteras, det redan ovan beskrivna, begreppet *New Public Management*, ett samlingsbegrepp för reformer inom offentliga sektorns organisation influerade av näringslivet. *New Public Management* (NPM) handlar bland annat om mätbarhet, effektivitet och utvärderingar baserat på resultat, vilket kan kollidera med traditionella vårdetiska principer och förhållningssätt samt vårdpraktiker vars effekter är svåra att mäta, exempelvis omvårdnad. Litteraturen är därför relevant för min studie då den beskriver hur vårdens organisatoriska reformer ofta bygger på NPM:s principer, exempelvis genom organisatoriska strukturer och riktlinjer som syftar till att öka tillgänglighet och transparens. Detta kan i förlängningen även påverka vårdpersonalens autonomi och vårdetiska beslut. Ytterligare litteratur som utforskar vårdens organisatoriska strukturer i relation till autonomi och etik är

Randi Skårs artikel "The Meaning of Autonomy in Nursing Practice" (2010). Litteraturen diskuterar hur sjuksköterskors autonomi och etiska principer påverkas och begränsas av organisatoriska strukturer, exempelvis ledarskap, sjukvårdspolicys och riktlinjer.

*Professionell autonomi* är ett teoretiskt begrepp som Skår (2010) diskuterar och använder som en central aspekt i hennes analys av vårdpersonals yrkesutövning. Begreppet ämnar beskriva förmågan hos vårdpersonal att fatta egna beslut och ta ansvar för sina handlingar och praktiker i det dagliga vårdarbetet, inom ramen för deras professionella kompetens och etiska riktlinjer. Skår menar att *professionell autonomi* är både ett etiskt och praktiskt begrepp som inte är isolerat, utan bör förstås och diskuteras utifrån de sociala och organisatoriska strukturer som påverkar autonomi och i den kontext som vårdpersonal verkar inom. Begreppet kommer vara ett ramverk i min studie för att förstå hur vårdpersonal skapar och förhåller sig till tillgänglighet och transparens. Begreppet kan också skapa en fördjupad förståelse för de spänningar som kan uppstå mellan sjukvårdspersonalens professionella autonomi och de organisatoriska riktlinjer de behöver förhålla sig till. Genom att använda *professionell autonomi* som teoretiskt begrepp kan det även bli synligt hur sjukvårdens etiska principer sammanflätas med det dagliga vårdarbetets praktiker och beslut, vilket direkt eller indirekt påverkar hur personalen skapar och hanterar tillgänglighet och transparens. Skårs artikel belyser hur vårdpersonalens professionella ansvar för patientvård och vårdkvalitet kolliderar med organisatoriska krav. Det medför att vårdpersonal kan uppleva en konflikt i balansen mellan att följa sin professionella etiska övertygelse och att följa organisatoriska riktlinjer. Skår hävdar att detta kan leda till osäkerhet kring medicinska beslut. Likande analys och resonemang förs av Forouzadeh M, Kiani M och Bazmi S (2018) i artikeln "Professionalism and its role in the formation of medical professional identity", med utgångspunkt i läkaryrket. Där diskuteras på ett liknande sätt hur organisatoriska krav kolliderar med professionens mål. Författarna belyser att läkare ställs inför dilemman när organisatoriska strukturer såsom ekonomiska mål, resursbrist och tidsbegränsningar går emot läkarprofessionens etiska principer. Vidare påpekas även att när läkare tvingas prioritera organisatoriska mål före egna etiska övertygelser, leder detta till en inre moralisk konflikt.

## 4.2 Vårdens logik och transparens

I Antologin *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy* (2000), utforskar antropologen Marilyn Strathern med medförfattare hur granskning, utvärdering och mätbarhet har blivit ett dominerande inslag inom offentliga

förvaltningar. Strathern problematiserar kring hur NPM:s retorik kring transparens har reformerat och normatiserat standardiserade utvärderingssystem som ett sätt att göra institutioners arbete synligt och mätbart. Stratherns begrepp *audit cultures* (*revisionskultur*) syftar till att beskriva ett samhällstillstånd där transparens styr och organiserar offentlig verksamhet. Strathern diskuterar transparensens paradox. Hon menar att transparens inte nödvändigtvis leder till etisk insyn eller förståelse, utan istället riskerar att skapa en ny form av styrning där fokus flyttas från själva innehållet, exempelvis sjukvård och omsorg, till hur arbetet kan mätas och dokumenteras. Strathern argumenterar för att transparens inte blir en resurs för öppenhet, utan snarare blir ett styrmedel som formar kärnverksamheten och i förlängningen förändrar sjukvårdens huvuduppdrag och dess praktiker.

Annemarie Mol är professor inom ämnet "Anthropology by the body" vid Amsterdams Universitet. I Mols bok *The logic of care: Health and the Problem of Patient Choice* (2008) använder Mol begreppet *the logic of care* (*vårdens logik*) som utgår från vården som en relationell och social dynamik som präglar sjukvården. Vård uppstår i varje situation, i relation mellan personer. Fokus ligger på dialog mellan patienter, vårdpersonal och teknik snarare än på att göra rätt val. Mol utforskar och analyserar vårdprocesser, hur sjukvården fungerar i praktiken samt tillämpningen och innebörden av *vårdens logik*. Detta ställs mot begreppet *logic of choice* (*valets logik*). Inom *valets logik* ses patienten som en autonom individ eller aktör som kan liknas vid en konsument. Den välinformerade patienten erbjuds valmöjligheter, varifrån självständiga och rationella beslut kan fattas. Genom att fatta välinformerade beslut skapas ett individuellt ansvar, exempelvis avseende levnadsvanor. Detta fenomen förknippas ofta med marknadsorienterade och resultatnriktade organisationer. Mol visar också på att sjukvården styrs och struktureras för att möjliggöra *valets logik*, genom att vårdpersonalen i praktiken tvingas producera dokumentation, som ett bevis på att rätt val, insatser och riktlinjer följs. Mols begrepp *valets logik* går på så sätt i linje med Stratherns (2000) diskussion om *revisionskultur*, då valfrihet och transparens omformar och förflyttar fokus från sjukvårdens traditionella omsorgsetik till att producera revisioner (*producing audits*). Enligt Mol bygger principen om *valets logik* på en förenklad bild av autonomi som bortser från flera av vårdens grundläggande förutsättningar, bland annat sociala och relationella faktorer. Dessutom läggs ett ökat ansvar på patienten om valen medför oönskade konsekvenser.

Enligt Mol är *vårdens logik* bättre anpassad till sjukvård så som den verkligen fungerar. Det handlar inte om att ersätta val, utan om att visa att vård är mer än val. *Vårdens logik* kan

därigenom bidra till en fördjupad förståelse för hur de sociala dimensionerna påverkar hur vårdpersonal förhåller sig till, och skapar, både tillgänglighet och transparens i deras dagliga arbete.

*Vårdens logik* innebär i förlängningen att vård formas av praktiker, etiska och sociala handlingar samt överväganden. Mol kritiserar vårdens reformering till *valets logik* inom vilken sjukvården är individorienterad, där patienter blir till vårdkonsumenter och vårdens praktiker ses som tjänster. Mols huvudargument är att vården inte bör sträva efter att tillgodose patientens behov genom att skapa valfrihet och agens, utan snarare bör vården förstås som en delad process mellan vårdgivare och patient. Samtidigt finns det kritik mot Mols teoretiska begrepp *vårdens logik* och *valets logik*. Bland annat har det lyfts att Mols distinktion är alltför förenklad och inte belyser komplexiteten där olika logiker samverkar parallellt inom vårdpraktik. Dessutom ges kritik om att Mol tenderar att framställa *vårdens logik* som en idealiserad form av vård med romantisering av omsorg utan att lyfta strukturella och resursrelaterade utmaningar inom sjukvården. Mol kritiseras även för att inte analysera begreppet "logik" tillräckligt djupt (Clarke, 2010). Mols teoretiska begrepp *vårdens/valets logik* kommer, trots dessa invändningar, att vara relevanta och centrala i min studie då syftet med studien är att utforska hur vårdpersonalen förhåller sig till organisatoriska riktlinjer.

Komplexiteten i relationen mellan patient och sjukvårdspersonal samt de medicinska beslut som fattas, är något som studeras i artikeln "Knowing what the patient wants: a hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands" (Spinnewijn L, Aarts J, Verschuur S, et al 2020). I denna etnografiska studie har forskarna undersökt "läkarkulturen" utifrån antropologiska begrepp så som habitus, fält och kapital. Studien diskuterar vissa aspekter inom läkares kultur som hindrar patientens delaktighet i medicinska beslut, så kallat *Shared Decision Making (SDM)*. Studien visar på att läkare hanterar osäkerhet genom att vända sig till medicinsk evidens, snarare än att fråga vad patienten egentligen vill. Enligt studien finns det en djupare komplexitet inom vårdprocesser där införandet av nya riktlinjer, exempelvis ökad transparens och delaktighet inte alltid går att implementera. Litteraturen tyder på sjukvården är ett fält med hög komplexitet i olika nivåer. Detta poängterar även Mol då hon belyser att vården ofta präglas av en mångfald av olika aktörer med sina egna prioriteringar, perspektiv och logiker, vilket även påverkar den övergripande vårdlogiken och dess komplexitet.

I *The Body Multiple* (2002) använder Mol, Bruno Latours (1979;1991) teori *Actor-Network Theory (ANT)* för att visa hur vården inte bara formas av människor (t.ex. läkare,

sjuusköterskor, patienter) utan också av teknologiska aktörer som journaler, medicinteknisk utrustning, datorer och diagnostiska verktyg. I hennes analys betraktas både mänskliga och icke-mänskliga aktörer som aktiva delar av vårdprocesserna, där de tillsammans bildar ett nätverk som möjliggör, eller ibland försvårar vård. Dessa aktörer måste koordineras och vara tillgängliga för varandra för att vårdkvalitet ska kunna upprätthållas. Exempelvis måste ett beslut om behandling kunna stödjas av teknologiska system (som att journaler är uppdaterade och tillgängliga), samtidigt som det krävs samverkan mellan olika professioner (t.ex. läkare, sjuusköterskor, labbpersonal). Ett centralt tema hos Mol är hur vård praktiseras. I boken *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms* (2010) fokuserar Mol med medförfattare inte bara på teorier eller strukturer, utan på vad som faktiskt görs i vårdens vardag. Där tydliggörs att vård är något som produceras genom nätverkets funktion. Om delar av nätverket fallerar, påverkas även kvaliteten på vården. (Mol, Moser & Pols, 2010)

#### 4.3 Upplevelse av tid och avbrott i dynamiska och komplexa sjukvårdsmiljöer

I den etnografiska fallstudien “The culture contributing to interruptions in the nursing work environment: An ethnography” av Hopkingson och Wiegand (2017) syftade författarna till att förstå och belysa hur kulturen inom vårdarbetsmiljö bidrar till avbrott i det kliniska omvårdnadsarbetet. Studien visar på att sjukvårdsmiljön är en komplex kultur med oförutsägbara och icke-linjära förändringar (avbrott) som påverkar sammanlänkande vårdförlopp. De kulturella element som främst bidrog till avbrott i sjuusköterskors arbete var: 1) att möta patientens behov, 2) tillgänglighet gentemot läkare och patienter genom frågor eller telefonsamtal och 3) samordning av resurser, patienttransporter och övrig administration. Forskarna menar att avbrott är en integrerad del av kulturen på en medicinsk vårdenhets och att arbetsmiljön där bör ses genom linsen av ett komplext system. Avbrott eller “splittring” i sjukvårdsarbetet påverkar hur vårdpersonal behöver förhålla sig till annars linjära arbetsprocesser i relation till tid.

Forskning om *temporalitet* visar att tid i arbetslivets kontext inte enbart kan förstås som linjär eller mätbar, utan snarare som något dynamiskt, mångfacetterat och socialt konstruerat. I artikeln “Temporality in Medical Work: Time also Matters” av Reddy, Dourish och Pratt (2006) undersöks hur olika former av tid påverkar och strukturerar medicinskt arbete, särskilt inom sjukhusmiljöer. Författarna identifierar flera typer av tid som är centrala i vårdkontexten, såsom klocktid, koordinerad tid, upplevd tid, iterativ tid och förväntad tid.

Studien visar att tid används för att samordna, prioritera och skapa gemensam förståelse inom vårdteam. Exempelvis är tid djupt integrerad i det sociala samspelet under en medicinsk rond. Artikeln lyfter även fram hur existerande IT-system inom vården ofta är byggda kring en linjär och objektiv tidsförståelse, vilket riskerar att skapa hinder snarare än stöd i vårdpersonalens arbete. Exempel på digitala lösningar som snarast utgör hinder är journalsystem designade med fokus på åtkomst och dokumentation på ett linjärt sätt, snarare än icke-linjärt som ofta karakteriserar vårdarbete. Inte sällan ges fragmentiserad information, snarare än en helhetsbild, exempelvis provsvar utan kopplat till patientens tidigare sjukdomssituation eller framtida behandling. Dessutom är inte sällan de digitala systemen kopplade till en enda användarroll, vilket motverkar samordning mellan yrkesgrupper. Författarna föreslår därför att sjukvårdssystem bör designas med större förståelse för vårdens egen temporala samordning och dynamik, till exempel med fokus på tidsmässiga aspekter av patientflöden och samordning mellan yrkesgrupper och specialiteter.

Liknande teman återkommer i Fanny Ambjörnssons etnografi *Tid att städa: Om vardagsstädningens praktik och politik* (2018), där begreppet *temporalitet* används för att analysera hur tid upplevs, konstrueras och struktureras i olika sociala och kulturella sammanhang. Ambjörnsson visar att *temporalitet* kan användas som ett analytiskt verktyg för att förstå individuella och kollektiva upplevelser av tid, exempelvis på en arbetsplats. I en vårdkontext kan detta perspektiv bidra till att visa att tid inte bara är en bakgrundsfaktor utan ett aktivt element i medicinskt arbete (Reddy et al., 2006). Begreppet *temporalitet* ökar också förståelsen av hur avbrott och splittring i det dagliga arbetet påverkar vårdpersonalens uppfattning av tid och arbetsflöde. Genom att synliggöra dessa upplevelser blir det möjligt att analysera hur tid och tillgänglighet är sammanflätade och hur arbetsrytmer formas av både interna och externa faktorer.

#### 4.4 Splittring, organisatoriska hinder och fragmentering

I den antropologiska fältstudien "Everyday Practices at the Medical Ward: A 16-Month Ethnographic Field Study" (2012) undersöker Lisen Dellenborg vardagliga praktiker på en vårdavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Dellenborgs syfte var att förstå hur sjukvård organiseras och genomförs på informell och social nivå. I studiens slutsats betonar Dellenborg hur makt, känslomässigt arbete, informella ritualer och interprofessionell kommunikation samverkar för att skapa en funktionell, men ofta känslomässigt påfrestande

vårdmiljö. Dellenborgs analytiska fokus behandlar praktiker och relationer, snarare än medicinska beslut. Studien bidrar med ytterligare en dimension till vårdforskningen genom att visa på de komplexa och ofta osynliga aspekterna av sjukvårdsarbetet som utspelar sig inom sjukvården. Dellenborgs studie visar också, likt Mol (2008), på vårdarbetets spänningar mellan organisatoriska och vårdetiska logiker. Denna spänning skapar en splittrad vårdpraktik där vårdpersonal tvingas navigera mellan omsorg, biomedicin och administration, vilket också leder till att patienter upplever att sjukvården har en bristande helhet. Studien visar på att fragmenteringen även förstärks av faktorer så som tidspress, dokumentationskrav och resursbrist. Detta blir särskilt tydligt i ett sjukvårdssystem som är påverkat av privatisering eller marknadsstyrning, det vill säga som präglas av styrmål enligt NPM (Bejerot & Hasselbladh, 2011). Ytterligare en studie som belyser fragmenteringen inom sjukvården är "Mistrustful Dependency: Mistrust as Risk Management in an Italian Emergency Department" av Mirko Pasquini (2023). I denna etnografi av en italiensk akutmottagning, analyserar och belyser Pasquini hur misstro inte bara är en upplevd känsla, utan även en strategi eller ett verktyg som används för att förhandla om roller och makt mellan patienter och vårdpersonal. På så sätt hanteras den osäkerhet och maktobalans som råder mellan parterna och skapar en väv av beroenden. Misstron mellan sjukvården och patienterna har ökat på grund av ekonomiska nedskärningar sedan krisen 2008. Pasquini argumenterar för att misstro används som styrmedel för att skapa beroenden som i förlängningen bidrar till bristande vårdkvalitet, kontinuitet och fragmentisering. Denna studie bidrar till ytterligare en dimension av hur fragmentisering uppstår i vårdssystem med ekonomiska och organisatoriska styrmål.

I den etnografiska studien "Contingent Citizens: Professional Aspiration in a South African Hospital" (2017) undersöker Elizabeth Hull hur sjuksköterskor vid ett offentligt sjukhus i Sydafrika, navigerar i en arbetsmiljö präglad av historiska ojämlikheter och moderna styrformer. Studiens centrala teman visar hur sjuksköterskorna kämpar med professionell osäkerhet, nya byråkratiska styrreformer som kräver transparens, rapportering och fragmentering av arbetsuppgifter, yrkesidentiteter samt kollegiala gemenskaper.

Dellenborgs (2012), Hulls (2017) och Pasquinis (2023) etnografiska studier är relevanta för min studie då dessa belyser hur sjukvården fragmenteras på flera olika nivåer. Studierna visar också på att fragmentering inte bara är ett organisatoriskt problem utan även påverkar relationer samt vårdpersonalens professionella yrkesidentitet och autonomi. Vidare diskuteras

även hur tillgängligheten påverkas av organisatoriska hinder samt hur sociala dynamiker styr resurstillgångar och arbetsfördelning.

## 5 Metod och etiska överväganden

Studien bygger på ett etnografiskt tillvägagångsätt och i detta stycke diskuteras mina metodval som utgörs av deltagande observation, strukturerade och semi-strukturerade intervjuer samt fältanteckningar. Vidare kommer jag även att redogöra för urval av deltagare, etiska överväganden och en reflexiv diskussion.

I uppstarten av fältarbetet valde jag att avgränsa min studie till en specialistmottagning på Sahlgrenska sjukhuset. Efter att jag hade fått återkoppling från den mottagningen jag först kontaktat, gavs besked om att jag endast fick möjlighet att komma dit under en veckas tid. Väl på plats på mottagningen insåg jag också att personalantalet var få i relation till vad jag hade föreställt mig. Detta ledde till att jag valde jag att utöka mitt fält. Jag kontaktade därför ytterligare en specialistmottagning på Sahlgrenska, vilket bidrog till att jag kunde samla in ytterligare data från en annan arbetsplats, men med liknande lokal ledningsstruktur och samma sjukhusövergripande styrande policy. Jag spenderade totalt två veckor i fält på två olika mottagningar och har på grund av etiska skäl valt att slå ihop dessa två mottagningar till en i min etnografiska diskussion. Detta kommer jag diskutera djupare i avsnittet om etiska överväganden.

Jag utförde deltagande observation samt sex strukturerade och nio semi-strukturerade intervjuer med samtliga personalgrupper på mottagningarna, så som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och administrativ personal. Detta bidrog till en holistisk förståelse av hur sjukvårdspersonalen förhåller sig och arbetar med tillgänglighet och transparens över professionernas gränser.

### 5.1 Deltagande observation

Deltagande observation utfördes på båda specialistmottagningarna under mitt fältarbete. Genom att utföra deltagande observationer kunde jag etablera en relation mellan mig som forskare och med både platsen samt deltagarna som studerades (Göransson, 2019). Genom att följa vårdpersonalen under deras vardagliga praktiker fick jag ta del av hur de förhåller sig till tillgänglighet och transparens genom handling, kroppsspråk och samtal (Göransson, 2019).

För det mesta följde jag sjuk- och undersköterskorna på mottagningen under olika arbetsmoment. Anledningen till att detta inte gjordes i samma utsträckning med de medicinska sekreterarna, var främst att de inte var stationerade på mottagningen utan hade

sina arbetsplatser på andra ställen på sjukhuset. Schemat för läkarna var mer varierande och därmed även deras arbetsuppgifter, vilket krävde mer “planerade” observationstillfällen. Sammantaget innebar dessa omständigheter att min tillgång till att göra deltagande observation med andra personalkategorier än sjuk- och undersköterskor, var mer begränsad (Lång, Jägare och van der Geest, 2019). Detta ligger även i linje med Gitte Winds (2008) begrepp om *förhandlad interaktion* som innebär att forskaren aktivt förhandlar om hur och när observationer och interaktioner skall äga rum, vilket skiljer sig från den traditionella uppfattningen om att forskaren skall “go native”, det vill säga bli en del av sitt fält (Wind, 2008).

Sjuksköterskornas praktiker var ofta direkt kopplade till patientmöten, medicinskt omhändertagande och medicinska överväganden, vilket ligger utanför både mitt kunskapsområde och forskningsintresse. Detta visade sig dock inte påverka min datainsamling då medicinska praktiker är nära sammankopplade med mina forskningsfrågor kring ämnet tillgänglighet och transparens. Genom deltagande observation fick jag före och efter patientmötena möjligheten att ställa följdfrågor om vårdpersonalens upplevelser och erfarenhet kring de olika vårdpraktikerna, vilket fördjupade förståelsen av de olika sociala processerna (Göransson, 2019). Dessutom gavs möjlighet att fråga vårdpersonalen om hur de fattar sina beslut utifrån sin medicinska kompetens i relation till de organisatoriska riktlinjer som finns på sjukhuset.

Jag fick möjligheten att delta i patientmöten med sjuksköterskor och läkare. Därmed fick jag upprepade gånger ta del av hur de behövde rådfråga eller diskutera patientfall med annan vårdprofession, vilket i sig var intressant för mig då vårdpersonalens interaktioner och tillgänglighet gentemot varandra är en del av mitt forskningsområde. Deltagande observation möjliggjorde även att jag kunde observera praktiker som låg utanför det direkta medicinska omhändertagandet, exempelvis vårdpersonalens telefontid med patienter samt andra administrativa åtaganden. För att skapa en holistisk förståelse av vårdens praktiker bör även administrativa vårduppgifter också observeras, då de ofta formas av etiska överväganden och sociala normer (Long et al., 2008). Vidare deltog jag även i aktiviteter där vårdpersonal interagerade med varandra, exempelvis under morgonmöten och lunchraster.

Deltagande observation gav mig en nyanserad bild av olika vårdpraktiker samt ett helhetsperspektiv av hur dessa praktiker är sammanflätade med studiens frågor kring tillgänglighet och transparens (Göransson, 2019). Vidare bidrog detta till att jag kunde sätta mina observationer i relation till det som berättades och sades i intervjuerna (Wind, 2008).

## 5.2 Anteckningar under fälttiden

Fältanteckningar har varit en central metod i mitt arbete för att på ett effektivt sätt kunna samla ihop och dokumentera mina observationer, intryck och upplevelser i textform. Precis som Robert Emerson (2011) påpekar, så finns det inget “korrekt” eller “naturligt” sätt att skriva fältanteckningar på. Emerson hävdar att fältanteckningar snarare bör betraktas som beskrivningar av forskarens aktiva tolkningsprocess utifrån olika perspektiv och positioner. Under min tid i fält insåg jag att jag skiftade mellan olika sätt att skriva mina anteckningar. I vissa situationer använde jag kortare “stödord”, i enlighet med det som Emerson benämner “jottings”. Dessa stödord blev ett sätt för mig att minnas hela händelseförlopp eller “scener”, när jag vid ett senare tillfälle skulle renskriva mina anteckningar på datorn (Emerson, 2011). Vid andra tillfällen utförde jag mer analytiska anteckningar av hur vissa specifika händelser hänger ihop med olika teman inom mitt forskningsområde. Denna metod kan jämföras med Clifford Geertz (1973) “thick descriptions” som innebär detaljerade redogörelser av fältupplevelser där man även tolkar in och förklarar mönster i händelseförlopp och handlingar som sker i fältet. Genom att använda denna metod kunde jag fastställa betydande aspekter, så som motivationer bakom handlingen, vem som utför den och tankar och känslor som är kopplat till den (Geertz 1973).

Vidare antecknade jag även olika citat eller fraser som deltagarna uttryckte och som jag ansåg var viktiga eller som beskrev känslor samt andra viktiga nyanser som fångade deltagarnas perspektiv. Detta kan vara avgörande för en autentisk och närmast emic etnografisk analys (Göransson, 2019).

Genom att använda dessa tre olika sätt att skriva fältanteckningar upplevde jag att det var lättare att “hålla rätt spår”. Det blev viktigt för att kunna hålla fokus och att inte sväva iväg för lågt ifrån mitt tema eller bli distraherad av exempelvis ren medicinsk information, vilket givetvis var en oundviklig del av det som kommunicerades i fältet.

## 5.3 Intervjuer

Med min begränsade tid i fältet samt vårdpersonalens höga arbetsbelastning i åtanke, hade jag förberett en intervjuguide. Intervjuguiden innehöll djupgående intervjufrågor som berörde mina forskningsfrågor på ett direkt plan. Den använde jag mig av vid mina strukturerade

intervjuer. Mina semi-strukturerade intervjuer bestod av öppna frågor där deltagarna själva fick berätta om sina ståndpunkter, erfarenheter och berättelser (Göransson, 2019). Mina semi-strukturerade intervjuer gav rikligt med data eftersom mina frågor var tydligt kopplade till konkreta och vardagliga vårdpraktiker och rutiner, vilket gav informanterna möjlighet att reflektera kring olika händelseförlopp som nyligen har ägt rum snarare än att återberätta och beskriva allmänna uppfattningar (Wind, 2008; Long et al., 2008). Detta intervjuformat liknar mer ett vanligt samtal mellan mig som ställer frågorna och informanten.

## 5.4 Etiska överväganden

Som nämnts tidigare valde jag under fältarbetets gång att inkludera ytterligare en specialistmottagning i min studie. Detta beslut växte succesivt fram, men grundades främst i två centrala överväganden. För det första visade det sig att den initialt valda mottagningen var mindre än förväntat, vilket innebar att antalet deltagare var begränsat. Det försvårade möjligheterna att säkerhetsställa anonymitet för både deltagarna och arbetsplatsen. Detta är ett etiskt krav som lyfts fram av både Vetenskapsrådet (2017) och American Anthropological Association (AAA, 2012). Enligt dessa riktlinjer är det för studiens etiska betydelse att skydda deltagarnas identitet och minimera risken för intern igenkänning, särskilt i mindre fältkontexter.

För det andra insåg jag att den korta tidperiod jag tilldelats på den första mottagningen inte möjliggjorde den fördjupade intervjudata som jag eftersträvade. Därför växte en ambition fram att utöka studien med ytterligare en mottagning, vilket också skulle kunna bidra till bättre förutsättningar att inkludera ytterligare fler perspektiv i min data.

Det som slutligen avgjorde att jag utökade mitt fält, var min insikt i att många av de organisatoriska, etiska och medicinska förhållningsätt som praktiseras i specialistsjukvårdens vardagliga arbete inte skiljer sig mycket åt mellan olika specialistmottagningar. Trots skillnader i medicinska inriktningar kunde jag, med utgångspunkt med min egen yrkeserfarenhet inom sjukvården, identifiera strukturella och normativa likheter i vårdpersonalens arbetsprocesser.

Utifrån dessa överväganden ovan förenar jag de två specialistmottagningarna till en analytisk enhet. Det insamlade materialets sammanslagning möjliggör inte bara en etisk hållbar anonymisering, utan bidrar även till studiens trovärdighet genom att göra det möjligt att

identifiera återkommande mönster och variationer inom de två specialistmottagningars gemensamma organisatoriska och strukturella ram (Sanjek, 1990). Validitet inom etnografisk forskning är nära kollat till transparens i metod och forskarens reflektion över fältets sammansättning och egna rörelser inom det (Sanjek, 1990). Genom att redovisa dessa metodologiska och etiska ställningstaganden, samt genom att balansera forskningsintresset med mitt etiska ansvar gentemot deltagarna, eftersträvar jag en studie som är förenlig med god forskningsed (Vetenskapsrådet, 2017; AAA, 2012).

## 5.5 Reflexiv diskussion

Som tidigare nämnts, har jag egen erfarenhet av att arbeta inom offentlig sjukvård. Det blir till min fördel genom att det ger mig möjligheten att fokuserat problematisera kring mer komplexa och relevanta frågor som rör mitt forskningsämne. Det kan dock även skapa vissa utmaningar kring analytisk distans. Mina tidigare erfarenheter inom sjukvården kan omedvetet påverka mitt objektiva förhållningsätt i datainsamling och analys. Därigenom riskerar min förståelse och analys att inte enbart utgå från fältdata utan även att påverkas av tidigare erfarenheter. Jag tror och upplever dock att det hade varit svårt för mig att ta mig an detta komplexa fält under den begränsade tidsramen utan några tidigare kunskaper eller erfarenheter av offentlig sjukvård. Detta gäller både sjukvården som organisation samt de administrativa system och riktlinjer som är etablerade inom sjukvården. Jag är dessutom övertygad om att mina personliga erfarenheter från att ha arbetat och vistats i sjukhusmiljö gör mig väl införstådd med centrala etiska aspekter, så som patientsekretess, och sjukvårdspersonalens komplexa och pressade arbetssituation. Mina tidigare sjukvårdserfarenheter har även varit en värdefull tillgång för att skapa tillit gentemot mitt fält och mina informanter, vilket är något som är avgörande i kvalitativ forskning (Dellenborg, 2017). Genom att ständigt påminna mig, och försöka vara medveten om min förförståelse av fältet, arbetade jag kontinuerligt med att förhålla mig objektivt till den data jag samlade in. Ett viktigt arbetssätt för att uppnå det var att jag antecknade allt som sades, även det som för mig redan var känt eller uppenbart. Syftet var också att försäkra mig om att inte missa något som kunde komma att ha betydelse för analysen, men även för att få möjligheten att öppna upp för nya insikter och reflektioner (Dellenborg, 2017). Eftersom jag inte hade någon personlig koppling till mina deltagare eller arbetsplatsen, upplevde jag mig ändå som en utomstående forskare, vars roll präglades av osäkerhet och nyfikenhet, något som i sig bidrog till att upprätthålla en viss analytisk distans.

## 6 Etnografisk diskussion

Deltagarna som nämns i etnografin presenteras med pseudonymer för att undvika intern igenkänning. Vid tillfällen när vårdpersonalen diskuterar eller nämner patienter i etnografin benämns dessa som X.

*Cecilia* som är 45-55 år, har arbetet som sjuksköterska inom verksamheten i över 20 år.

*Mikael* som är 45-55 år, har arbetet som läkare i verksamheten i över 15 år.

*Elin* som är 25-35 år, har arbetet som sjuksköterska inom verksamheten i över 10 år.

*Martin* som är 45-55 år, har arbetet som läkare inom verksamheten i över 15 år.

*Anna* som är 35-45 år har arbetat som sjuksköterska inom verksamheten i över 10 år.

*Julia* som är 40-50 år har arbetat som sjuksköterska inom verksamheten i över 15 år.

*Ida* som är 55-65 år, har arbetat som undersköterska inom verksamheten i över 20 år.

*Nathalie* som är 30-40 år, har arbetet som sjuksköterska inom verksamheten i över 6 år.

*Tin* som är 20-30 år, har arbetet som administratör i verksamheten i över 7 år.

*Glenn* som är 50-60 år, har arbetet som undersköterska i verksamheten i över 10 år och varit SVF-koordinator i över ca 3 år.

### 6.1 Tid, tempo och avbrott

I vårdarbetet pågår det flera parallella temporaliteter samtidigt. Vårdyrkets praktiker är präglade av beroenden mellan olika aktörers tid och tillgänglighet mellan olika personalkategorier. Madhu Reddy, Paul Dourish och Wanda Pratt (2006) hävdar att tid inte är en neutral bakgrundsvariabel, utan något som är aktivt närvarande, förhandlas socialt och formar arbetsflöden, beslut och samarbete i sjukvården.

På specialistmottagningen startar varje morgon med ett "morgonmöte" där personalen samlas för att gå igenom dagens planering av fördelning av tid och resurser. Dessa morgonmöten består oftast av att personalen stämmer av med varandra om att tiden och dagens planerade praktiker går ihop, och vid tillfällen som exempelvis VAB (vård av barn), behöver personalen

planera om resursfördelningen för att få tiden att räcka till. Just denna morgon var det en av sjuksköterskorna på mottagningens blåa team som var sjuk.

Chefen som håller i mötet frågar sjuksköterskorna som jobbar i de andra teamen på mottagningen: Är det någon som har det lugnt idag och kan hjälpa till med några patienter i det blå teamet? Cecilia, som är teamledare på det röda teamet, tittar i sina papperslistor där det står vilka patienter som kommer under dagen och vilken tid. Hon funderar en stund och det ser ut som att hon räknar något på sina fingrar sedan svarar hon: Jo, men vi har möjlighet att hjälpa till efter klockan 10 och fram till klockan 14, men då får vi ringa och be att vår patient X kommer imorgon istället. (Deltagande observation, 3 mars 2025)

Den koordinerade tiden där vårdteamen synkroniserar aktiviteter med varandra är en av temporaliteterna som existerar i vårdmiljön (Raddy et al., 2006). Ytterligare en temporalitet som pågår parallellt är iterativ tid, den cykliska tiden i rutinbaserade moment. Många praktiker inom vårddyrket utövas rutinmässigt och upprepande. Varje dag på mottagningen utförs regelbundna provtagningar, inbokade rutinkontroller av patienter, telefontider med både patientrådgivning men också interna telefontider där annan vårdpersonal från andra enheter kan ringa och ställa frågor eller konsultation. En eftermiddag när jag följer med läkare Mikael in på expeditionen berättar han att “vi måste bedöma remisser varje dag, gärna både på förmiddagen och eftermiddagen men det är sällan man hinner det, det är alltid någon annat som dyker upp”. Detta tyder på att det även samtidigt pågår en förväntad tid (Reddy et al., 2006) där vårdpersonal har vetskapen av att något “borde” ske eller ska göras vid en speciell tidpunkt. Vidare kan detta även kopplas ihop med det som Reddy, Dourish och Pratt (2006) benämner som upplevd tid. Den upplevda tiden kan handla om en subjektiv känsla av tidsstress eller väntan och långsamhet.

De olika temporaliteterna som präglar sjukvårdsprocesser, så som klocktid, koordinerad tid, upplevd tid eller förväntad tid, samverkar i sjukvårdspersonalens vardagliga arbetspraktiker och bidrar till en komplex och ofta motsägelsefull tidsstruktur (Reddy et al., 2006). Samtidigt är vårdpersonalens arbetsmiljö präglad av ett krav på ständig tillgänglighet, både gentemot patienter och kollegor, vilket skapar en arbetsrytm där planerade aktiviteter ofta avbryts eller måste omförhandlas i realtid. Detta leder till splittring i arbetsprocesser där personalen tvingas navigera mellan olika tidslogiker och prioriteringar i stunden, ofta på bekostnad av arbetets kontinuitet och kontroll över sin egen arbetstid (Reddy et al., 2006).

Klockan är strax över 12 och jag sitter och äter lunch i mottagningens lunchrum ihop med några sjuksköterskor från mottagningen, varpå sjuksköterska Elin kommer in i lunchrummet och berättar för sina kollegor att hon inte har hunnit slutföra någonting av det hon påbörjat eftersom patient X har blivit akut sämre. Hon håller upp kaffe i kaffekoppen som hon hade i handen när hon kom in i rummet. Hon suckar och vänder sig om till sina kollegor och säger att hon måste invänta på provsvar innan hon kan komma vidare i arbetsprocessen.

Det jag kan se i mina deltagande observationer är att detta inte är en sällsynt företeelse inom vården. Snarare var det så att det uppstod tillfällen varje dag under mitt fältarbete då jag observerade hur vårdpersonen fick hantera flera arbetsuppgifter samtidigt. Detta innebar konkret att vårdpersonalen behövde sätta sig in i olika patientfall och deras medicinska processer samtidigt.

Sjuksköterskan Nathalie satt och dokumenterade i en patients journal efter ett patientmöte när det knackar på dörren. Läkaren Martin sticker in huvudet och tittar sig runt i rummet, i vad som jag tolkade var för att se om Nathalie var upptagen i ett patientmöte. När Martin ser att det bara är Nathalie och jag i rummet stiger han in och påbörjar en dialog med Nathalie.

Martin: Minns du vad det var vi hade bestämt om kommande behandling för patient X? Nathalie svarar: Nej, inte riktigt. Var det inte den patienten vi diskuterade på mötet förra veckan? Martin mumlar något som låter som en fundering. Nathalie vänder sig till sin dator som fortfarande har föregående patientjournal uppe och säger: Jag går in och läser så kommer jag bort till dig strax. Nathalie stänger ner den föregående patientens journal för att öppna upp den patients journal som Martin frågade om. (Deltagande observation, 25 februari 2025)

Trots att tillgänglighet mellan vårdpersonal leder till avbrott och splittring i arbetet, vilket i sin tur ofta kan leda till känslor av frustration och otillräcklighet hos personalen (Dellenborg, 2012), är det samtidigt en risk att se tillgänglighet och avbrott som ett isolerat problem.

Avbrott kan vara nödvändiga för att möjliggöra snabb kommunikation, medicinsk samordning och anpassning till patienters förändrade tillstånd, vilket är faktorer i sig som kan bidra till en säker vårdprocess (Hopkinson & Wiegand, 2017).

Avbrott och splittrande moment orsakat av tillgänglighet gentemot patienter bör också förstås som en integrerad del av vårdarbetet. Det förekommer att patienter eller anhöriga dyker upp oanmält på mottagningen för att ställa frågor eller för att man "ändå hade vägarna förbi".

Patienter kan komma på fel dag av misstag, oanmält på grund av att de inte kom fram på telefontiden eller då de har frågor eller behov av råd som de upplever inte kan vänta.

Anna är mitt i sin dagliga telefontid. Under denna ringer hon upp patienter som har ringt och lämnat ett meddelande med kortare beskrivning av sin fråga eller ärende. Hon skall precis ringa upp en patient som vill diskutera sin medicinering när sjuksköterskan Julia knackar på dörren och kommer in i rummet.

Julia: Har du sett ärendet från patient X i 1177? Anna: Nej, jag har inte hunnit gå in och titta i 1177 än idag. Julia: Okej, men skulle du kunna titta på det snabbt för jag tror att vi behöver kalla hit honom för ett extrabesök, återkoppla till mig sen hur vi skall göra. (Deltagande observation, 5 mars 2025)

Vårdarbetets kultur bör förstås genom både individuella och kollektiva upplevelser av tid (Ambjörnsson, 2018). Genom att synliggöra hur de olika temporaliteterna samexisterar parallellt kan man se hur tid och tillgänglighet är sammanflätat i olika arbetsprocesser i vårdarbetet. Exempelvis kan man se hur sjuksköterskan som var mitt i en journaldokumentation, styrd av klocktid och administrativa krav, när hon avbröts av en patients akuta medicinska behov, förväntad och upplevd tid, eller ett kollegialt samordningsbehov, koordinerad tid. Dessa avbrott är inte slumpmässiga utan speglar snarare den inneboende temporaliteten i vårdarbetet, där tillgänglighet inte bara är en organisatorisk nödvändighet utan en etisk och social förväntan. På så sätt blir splittring i arbetet en direkt konsekvens av hur tid är organiserad, förhandlad och upplevd i vårdens sociala praktiker.

## 6.2 Spänningsfältet mellan vårdlogiker

I sjukvården samexisterar två olika logiker samtidigt. Den ena är en organisatorisk logik som strävar efter effektivisering, transparens, ökad tillgänglighet och valfrihet, som ofta bottnar från principer från New Public Management. Den andra logiken betonar vårdetiskt ansvar, omsorg och professionellt omdöme. Annemarie Mol (2008) hävdar att genom att förstå vårdarbetet utifrån begreppen *logic of care/vårdens logik* och *logic of care/valets logik*, blir det synligt hur vårdpersonal dagligen navigerar mellan organisatoriska styrkrav och vårdetiska principer (Mol, 2008).

Det är min första dag på mottagningen, det är tidig morgon och februarisolén har fortfarande inte riktigt orkat sig upp. Mottagningens korridorer är fortfarande tomma och det ligger ett lugn över stämningen på mottagningen. Undersköterskan Ida visar mig runt på mottagningen

och beskriver vilka aktiviteter som utspelar sig i de olika rummen. När vi kommer in på det rummet som kallas "provtagningsrum" ser jag att det ligger broschyrer och informationsblad om "1177 min vårdguide".

Ida, som märker att jag stannat till och tittar på broschyrerna, säger: Du får ta av broschyrerna om du vill titta i dem. Hon sträcker sig efter broschyrerna och räcker över ett exemplar av varje, hon försätter: Vi delar ut dem till patienterna när de kommer och lämnar prover, så att de får information om att de kan hitta sina provsvar på 1177. Vi hade det ju inte så tidigare. Då fick ju patienterna svar på sina prover vid läkarbesöket. (Deltagande observation, 24 februari 2025)

Detta tyder på att den organisatoriska strävan efter ökad transparens och patientdelaktighet påverkar vårdpersonalens arbetsprocesser samt hur vård skapas och förmedlas. Genom att patienter kan ta del av din journal via 1177.se, har de fått en mer integrerad roll i sin vårdprocess. Där förväntas patienten vara en autonom och rationell aktör med rätt att välja och förstå sin behandling, valets logik (Mol, 2008). I vissa avseenden är denna logik en fördel för både vårdpersonal och patienter, då patientens autonomi förstärks och risken minskar för att patienter passiviseras. Logiken utmanar och synliggör traditionella hierarkiska maktrelationer, vilket kan leda till en mer balanserad relation mellan vårdpersonal och patient. Den bidrar även till att patienten erkänns som en aktör i sin egen vårdprocess, vilket också bidrar till möjligheten att synliggöra att patienter har olika behov (Mol, 2008). Å andra sidan, så kan ökad transparens och patientdelaktighet, enligt valets logik, skapa andra utmaningar och konsekvenser.

Flera informanter beskriver hur journalöppenheten har lett till ökad oro bland patienter, vilket har lett till fler frågor, som i förlängningen påverkar personalens arbetsbelastning.

Nathalie som är sjuksköterska på mottagningen säger att: Eftersom patienterna kan skriva till oss i 1177 dygnet runt, får vi allt oftare meddelanden som patienterna skriver på nätterna. Då sitter de uppe i vargtimmen och oroar sig. Hon fortsätter: Alltså, 1177 har också sina fördelar. För de patienter som använder 1177 och som har bra koll på sin sjukdom, kan det faktiskt spara oss tid att kommunicera via 1177. Men det finns ju fler patienter som inte har så bra koll, vilket oftast bara ställer till det för dem. Jag frågar på vilket sätt det ställer till det för dem, och Nathalie svarar: De blir oroliga och förvirrade av både provsvar och journalanteckningar, vilket leder till att de skickar fler

meddelanden i 1177, samtidigt som de ringer på telefontiden och ibland dyker de till och med upp oanmält på mottagningen. (Intervju med Nathalie, 4 mars 2025)

Detta innebär att ökad digital transparens och patientdelaktighet, valets logik, förutsätter att patienter har kunskap och förutsättningar att tolka medicinsk information (Mol, 2008). När organisatoriska styrmål strävar efter att öka digital transparens och patientsdelaktighet riskerar vårdprocesser förenklas till något förutsägbart och standardiserat, istället för att förstås som en komplex process som uppstår och skapas i relationen mellan vårdpersonal och patienter, i olika vårdstadier och situationer, vårdens logik (Mol, 2008).

Jag sitter inne på vårdadministratören Tins rum medan han klickar runt på datorn. När Tin är klar vänder han sig mot mig och säger:

Jo, du undrade ju över hur det fungerar med att patienterna själva kan ta del av sin journal. Han fortsätter: Det finns ju tillfällen där det rent av har blivit en medicinsk fara efter att man införde detta. Jag tittar upp från mitt anteckningsblock och frågar: Har du något exempel på ett tillfälle när det har hänt? Tin berättar om en händelse på akuten där det saknades relevant information om patientens psykosociala tillstånd, för att inte skriva något känsligt som patienten själv kunde ta del av. Det skulle visa sig ha betydelse för de medicinska beslut som fattades. Tin fortsätter: Vad jag hört så gick det bra just den gången, men man har ju hört andra berättelser om liknande situationer där det inte gått lika bra. Tin tittar ut genom fönstret och ser ut att fundera lite innan han säger: Jag tror detta har förändrat sättet vårdpersonal uttrycker sig i journalerna. (Intervju med Tin, 26 februari 2025)

Transparens genom ökad tillgänglighet till sin egen journal, kan därmed utgöra en risk för den interna kommunikationen i vårdteamet. Journalen fungerar inte längre enbart som ett professionellt verktyg för medicinsk samordning, utan även blir ett kommunikationsdokument riktat till patienter, vilket leder till att vårdpersonal blir medvetna och försiktiga kring vilken information som förmedlas i journalen. Känslig och kanske obekvämlig information riskerar att utelämnas då patienten själv har möjlighet att gå in och läsa via 1177.se. Detta tyder på att ökad digital transparens, valets logik, inte är helt förankrat i vårdens grundläggande dokumentationshantering, vårdens logik (Mol, 2008). Vidare påverkas även vårdpersonalens professionella autonomi, alltså förmågan att fatta självständiga beslut utifrån yrkesetisk och

medicinsk kompetens, då den påverkas eller begränsas av organisatoriska krav på transparens och tillgänglighet (Skår, 2010). I detta fall utmanas autonomi av en systemlogik som prioriterar transparens, vilket kan stå i konflikt och kollidera med vårdpersonalens bedömningar om vad som är bäst för patientens förståelse, trygghet och integritet. När personalen anpassar sig till journalens dubbla mottagare, kollegor och patienter, sker alltså en förskjutning från vårdlogiken till systemlogik och valets logik (Mol, 2008). Det kan i sin tur skapa en etisk stress och splittring i yrkesrollen då vårdpersonalen inte alltid kan agera i linje med sin professionella bedömning (Skår, 2010). Vårdpersonalens professionella autonomi begränsas på så sätt av organisatoriska riktlinjer och tekniska funktioner som saknar förankring i vårdens vardagliga praktiker.

Den kanske tydligaste konflikten uppstår i de etiska dilemman som rör behandlingsval vid livets slutskede. Vårdpersonalen beskriver att det kan vara svårt att avråda patienter från medicinskt tunga behandlingar, även när det enligt professionell bedömning och erfarenhet inte längre gagnar patienten. Patientlagen (2014:821) understödjer patientens rätt att fatta beslut om sin egen behandling (Riksdagen.se 2014). I vårdpersonalens vardagliga praktik skapas dock en svår balansgång mellan respekt för patientens valfrihet samt autonomi och den professionella vårdetiken, att minimera patientens lidande.

Sjuksköterskan Elin uttryckte: Det är svårt att få en patient att inte välja behandling. Trots att vi vet att patienten är för skör och antagligen inte kommer att överleva en sån tung behandling, så upplevs det ibland att vi inte kan påverka det beslutet för patienten. (Intervju med Elin, 27 februari 2025)

Detta synliggör den diskrepans som kan uppstå när *valets logik* prioriteras framför *vårdens logik*, där vårdpersonalen gemensamt skulle bära ansvar för besluten utifrån medicinska och etiska överväganden (Mol, 2008; Skår, 2010).

Sammanfattningsvis visar min empiri att logiken kring transparens, tillgänglighet och valfrihet, som ofta lyfts inom diskurser om *New Public Management* och *empowerment*, inte är oproblematiska i vårdpersonalens vardagliga praktiker (Clarke & Newman, 1997). Snarare riskerar valets logik att skapa etisk stress, fragmentering och förlorad vårdkvalitet när den tillämpas utan hänsyn till vårdens vardagliga logik. I linje med Annemarie Mols resonemang, bör vård ses som en process där omsorg, tolkning och relationer står i centrum och inte som ett konsumtionsval där transparens och patientdelaktighet fungerar som garantier för en god vård (Mol, 2008). Det krävs därmed en mer nyanserad förståelse av vad transparens och

autonomi innebär i sjukvårdens kontext, inte minst för att vårdpersonalens ska kunna upprätthålla professionell integritet och patientsäkerhet.

### 6.3 Vården som ett nätverk: tid, logiker och riktlinjer

Under min tid i fältet inom specialistvårdsmottagningar slog det mig upprepade gånger hur komplex sjukvårdsprocessen är.

Glenn som arbetar som SVF-koordinator beskriver sin roll så här:

Jag har som uppgift att ta emot, hantera och koordinera remisser när det gäller patienter med en välgrundad misstanke om cancer. Tanken är att skynda på, eller åtminstone effektivisera, processen så att det minskar onödig ovisshet och oro för patient och anhöriga. Detta är ju i grunden en bra sak, men det är ju väldigt många olika undersökningar och bokade tider som ska matcha, och givetvis ska det finnas personal som kan utföra allt. Labb, röntgen, patologen, allt ska bokas in. Remisser, bokningar i systemen och remissvar. Samtidigt ska det ske snabbt, helst inom några dagar. Många patienter är väldigt nöjda över det, men ibland hinner man knappt informera patienten. Jag frågar: Vad säger andra mottagningar om SVF? Glenn svarar: Det är klart att det grymtas ibland från andra specialiteter när ytterligare en patient ska bokas in så snabbt som möjligt. De får ju skjuta på andra undersökningar, men det är ju en riktlinje. (Intervju med Glenn, 6 mars 2025)

Utifrån detta kan man tydligt se hur komplexiteten inom sjukvården är baserad på mänskliga och icke mänskliga aktörer som samverkar i ett nätverk och som tillsammans producerar sjukvård i praktiken. Detta nätverk kan förstås utifrån Annemarie Mols användning av Bruno Latours teori *Actor-Network Theory* (ANT) (1979;1991), i *The Body Multiple* (2002). I mitt empiriska material tydliggörs hur sjukvårdens aktörer: patienter, anhöriga, vårdpersonal, journaler, digitala verktyg och organisatoriska krav, samverkar och är beroende av varandra. Vården skapas genom ömsesidig tillgänglighet, koordinering och samordning, inte genom isolerade handlingar från enstaka aktörer inom vårdens nätverk.

Jag har ovan lyft flera delar av denna komplexitet såsom temporaliteter, organisatoriska riktlinjer, transparens och tillgänglighet. Dessa faktorer som kontinuerligt verkar inom vården måste planeras, samordnas och justeras inom nätverket för att skapa vård.

I avsnittet om tid och olika slag av temporalitet diskuterar jag hur tidens komplexitet utgör en viktig del av vårdens praktik. Det som tydligt framgår är att tid inte enbart är något neutralt som mäts, utan något som behöver planeras, omförhandlas och därefter anpassas.

De olika karaktärerna eller formerna av tid som diskuterats, iterativ tid (t.ex. rutinuppgifter), förväntad tid (det som borde ske), koordinerad tid (t.ex. morgonmöten) samt upplevd tid (t.ex. tidsstress och avbrott), utgör ett intrikat landskap utifrån vilket vårdpersonal ständigt samverkar och agerar. Slutsatsen av det är att tid inte enbart är en isolerad neutral faktor, utan en aktör som formar och påverkas av nätverket som den verkar i (Reddy et al., 2006; Mol, 2002).

Jag har ovan beskrivit hur organisatorisk styrning och politiska riktlinjer avsedda att påverka sjukvården i en viss riktning, även kan orsaka negativa effekter. Som exempel har jag angivit påbud om ökad transparens och tillgänglighet utifrån devisen om den informerade och autonoma patienten (Mol, 2008), samt resultatriktad effektivisering, ofta inspirerad av NPM (Clarke & Newman, 1997).

Precis som tid, så fungerar digitala system och lösningar inom vården, exempelvis 1177.se, som icke-mänskliga aktörer i nätverket som förändrar vårdrelationer och arbetsflöden. Systemen förväntas effektivisera sjukvården, men mina exempel från fältet visar även hur de i praktiken också kan skapa fler kontaktpunkter, ökad arbetsbelastning och splittrade arbetsmoment. En anledning till dessa effekter kan vara att nya riktlinjer och digitala lösningar, som egentligen syftar till ökad och enklare tillgänglighet i en viss riktning (ofta mellan patient och vårdgivare), inte tar hänsyn till hur vårdens komplexa vardag är strukturerad och uppdelad mellan flera olika aktörer i nätverket som är ömsesidigt beroende av varandra (Mol, 2002).

Genom att se på tid och tillgänglighet som gemensamt koordinerade praktiker och inte individuella resurser, tydliggörs särskilt hur delarna i nätverket är sammanflätade och påverkar/påverkas av varandra. Om en patient dyker upp oanmäld, eller när en sjuksköterska avbryts i dokumentation för att svara på en kollegas eller läkares fråga, innebär det inte enbart ett "störande" avbrott som ger splittring i arbetet, utan det är även ett uttryck för att vården är situationsbunden och relationell (Mol, 2008).

Under min tid i fältet har jag insett att vårdens kvalitet bygger på att samspelet mellan de olika aktörerna i nätverket fungerar. Vid överbelastning av vissa delar av nätverket, exempelvis genom att aktörer pressas av isolerade externa krav, påverkas hela vårdkedjan (Mol, 2002).

Jag diskuterar ovan motsättningen mellan begreppen *valets logik* och *vårdens logik* (Mol, 2008). Den första logiken bygger på idén om patientens valfrihet och transparens, medan den senare bygger på kontinuerlig omsorg, anpassning och kollektivt ansvar. I det etnografiska materialet synliggörs hur dessa logiker kolliderar. Ökad transparens av journaler, förväntningar på tillgänglighet via digital kommunikation samt ökad delaktighet och självbestämmande, utgår från och baseras på att patienten har tillräcklig förmåga, kunskap och resurser för att förstå sin situation. I de fall där patienten inte har det, kan det istället medföra ökad oro och frustration, fler vårdkontakter samt ytterligare belastning på ett redan pressat vårdnätverk. Återigen åskådliggörs hur förändrade policys och riktlinjer sällan tar hänsyn till att vården fungerar som ett nätverk där alla delar är beroende av varandra. Inom detta nätverk är tid en resurs som delas och förhandlas kollektivt, där vården bygger på praktiker och inte enbart på policy. När systemlogiken prioriterar effektivitet, riskerar den att osynliggöra den omsorgslogik som vården faktiskt bygger på.

## 7 Slutsats

Studiens resultat visar hur sjukvårdens vardagliga praktiker formas av ett komplext system av temporaliteter, organisatoriska strukturer och etiska ställningstaganden som måste hanteras och förhandlas, ofta i realtid. Genom deltagande observationer har det blivit tydligt att tid i sjukvården inte är en neutral resurs, utan något som skapas och samordnas i den vardagliga praktiken mellan människor, tekniska verktyg och organisatoriska krav (Reddy et al., 2006; Mol 2002)

Vidare visar studien att vårdpersonalens arbetsdag präglas av ständiga avbrott, omprioriteringar och informella koordineringar där tillgänglighet är integrerad i sjukvårdens sociala kultur. Samtidigt framkommer det att vårdpersonalens ständiga tillgänglighet ofta sker på bekostnad av dokumentationskvalitet, kontinuitet och arbetsro. Här blir det tydligt hur vårdpersonal tvingas balansera mellan att vara tillgänglig för andra och samtidigt hinna med att slutföra sina egna dagliga uppgifter, en central analys som svarar på forskningsfrågan om hur tillgänglighet integreras i vårdpersonalens vardagliga arbete.

Samtidigt visar studien att transparens, i form av journalöppenhet via digitala verktyg som 1177.se, påverkar både vårdpersonalens vardagliga arbetspraktiker samt relationen till patienterna. Vårdpersonalen beskriver att ökad patientdelaktighet skapar nya former av oro, ansvar och kommunikation. Det genererar fler vårdkontakter och kräver ökad tillgänglighet, vilket i sin tur ökar arbetsbelastningen. Transparens och patientdelaktighet genom digitala verktyg blir på så sätt inte bara en teknisk effektivisering eller ett organisatoriskt krav, utan även något som omformar vårdpraktiker och vårdpersonalens professionella autonomi (Skår, 2010). Dessa processer svarar på forskningsfrågan hur vårdpersonal upplever vårdkvalitet i relation till organisatoriska krav på transparens och tillgänglighet, och tydliggör de etiska spänningar som uppstår när systemlogik och valets logik krockar med vårdpersonalens etiska principer.

Studien visar också att transparens och tillgänglighet ofta sammanblandas med patientdelaktighet och autonomi, som om ökad journalöppenhet per automatik skulle innebära ökad delaktighet. Vårdpersonalen beskriver dock hur ökad transparens kan skapa förvirring snarare är klarhet, särskilt för patienter som inte har förutsättningar att tolka medicinsk information. Denna insikt fördjupar analysen av hur tillgänglighet och transparens påverkar vårdpersonalens hantering av etiska dilemman, särskilt i situationer där professionell bedömning kolliderar med organisatoriska krav eller patienters förväntningar.

Utifrån ett nätverksperspektiv (Mol, 2002; Latour, 2005) blir det tydligt att tillgänglighet och transparens är delar av ett större system där mänskliga och icke mänskliga aktörer, som digitala verktyg, patienträttigheter och administrativa rutiner tillsammans formar sjukvårdens praktiker. När vårdpersonal avbryts i ett arbetsmoment för att svara på ett meddelande i 1177.se, eller när ett akut ärende kräver omplanering av dagens arbetsprocesser, är det inte ett enskilt problem utan snarare ett uttryck för hur sjukvård organiseras i ett komplext nätverk av beroenden. Studien svarar på så vis på frågan om hur vårdpersonal förhåller sig till kontinuitet i relation till tillgänglighet. Genom att visa att dessa inte är motsatser, utan två parallella krav som vårdpersonal behöver balansera i realtid.

Studiens styrka ligger i att den baseras på ett inifrånperspektiv, med etnografiska metoder som ger en tät beskrivning av sjukvårdens vardagliga praktiker, vilket möjliggör en fördjupad förståelse för hur vårdarbetets logiker, som tillgänglighet och transparens faktiskt fungerar i praktiken. Därmed fokuserar studien på vårdpersonalens perspektiv, varför patienternas upplevelse av transparens och tillgänglighet, som ofta annars studeras, är perspektiv som i denna studie endast berörs indirekt.

Sammanfattningsvis visar studien på att ökad tillgänglighet och transparens i sjukvården inte är neutrala faktorer, utan organisatoriska riktlinjer som konkret formar vårdpersonalens vardagliga praktiker, prioriteringar och etiska överväganden. Genom att belysa hur tillgänglighet och transparens förhandlas i praktiken, ger studien ett empiriskt förankrat bidrag till förståelsen av sjukvårdens vardag och pekar samtidigt på behovet av riktlinjer och styrformer som utgår från sjukvårdens egen logik, snarare än modeller som inte är förankrade i sjukvårdens verklighet.

## 7.1 Förslag på vidare forskning

Framtida forskning borde förslagsvis fokusera på hur digitalisering och användning av digitala verktyg påverkar vårdpersonalens arbetsförhållanden, samt hur dessa teknologier integreras och omformar hur vård praktiseras. I min studie ovan har jag främst belyst digitaliseringens roll i relation till tillgänglighet och transparens, men har inte haft som syfte att undersöka digitalisering som ett fenomen i sig. I takt med att digitala lösningar, såsom digitala patientmöten, journalöppenhet och AI-genererad dokumentation i allt större utsträckning ersätter traditionella vårdpraktiker, uppstår nya former av arbetsorganisation, kommunikation och ansvar. En studie som fördjupar förståelsen för dessa förändringar skulle

kunna bidra till en mer nyanserad förståelse av hur digitala verktyg påverkar både vårdpersonalens professionella autonomi och de vårdetiska principer som länge varit centrala inom hälso- och sjukvården. Då digitalisering i vårdkontexter är ett relativt nytt och delvis outforskat område finns ett stort behov av att bredda kunskapen om hur digitaliseringen omstrukturerar sjukvårdens praktiker och kvalitet. Vidare skulle det vara intressant att fördjupa sig ytterligare i hur splittring i sjukvårdens vardagliga arbetsmoment potentiellt bidrar till ökad fragmentering mellan patienter och vårdpersonal, inom sjukvården samt som tillförlitlig organisation gentemot samhällets invånare.

## Referenslista

- Ambjörnsson, Fanny (2018) *Tid att städa: Om vardagsstädningens praktik och politik*. Stockholm, Ordfront.
- American Anthropological Association. (2012). *Principles of Professional Responsibility*. <https://www.americananthro.org/ethics>
- Bejerot, E., & Hasselbladh, H. (2011). Professional Autonomy and Pastoral Power: The Transformation of Quality Registers in Swedish Health Care. *Public Administration*, 89(4), 1604–1621. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.01944.x>
- Cancercentrum.se (2024) Om standardiserade vårdförlopp (SVF) RCC Kunskapsbanken <https://www.cancercentrum.se>
- Clarke N (2010) The problem of choice in the logic of care, *Area* 42(1): 135-39.
- Clarke, John & Newman, Janet (1997). *The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare*.
- Dellenborg, L, (2017). Etnografisk metod: Att förstå och förklara samtida kulturer. In: A. Ahrne and P. Svensson, eds. *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, pp.97–113.
- Dellenborg, L, Wolf, A, & Ekman, I. (2012). Everyday practices at the medical ward: A 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 184. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-184>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E, & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centred care—ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251.
- Emerson M. Robert; Rachel I. Fretz & Linda L. Shaw,L (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes* (2:a uppl), Chicago: The University of Chicago Press
- Forouzadeh, M., Kiani, M., & Bazmi, S. (2018). Professionalism and its role in the formation of medical professional identity. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 765–768. <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.130>

Geertz, Clifford (1973). *Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture*. I *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York.

Göransson, K. (2019). *Etnografi: Sjösätta, navigera och ro i land ditt projekt*. Studentlitteratur.

Hopkinson, S. G., & Wiegand, D. L. (2017). The culture contributing to interruptions in the nursing work environment: An ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5093–5102.

Hull, E. (2017). *Contingent citizens: Professional aspiration in a South African hospital*. Bloomsbury Academic

IVO.se (2024) *Patienter klagar över brist på tillgänglighet och samordning i vården*. (Hämtat 4 maj 2025) [IVO.se](https://www.ivo.se)

Latour, B. (1991). *We have never been modern*. Harvard University Press.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.

Latour, B & Woolgar, S (1979). *Laboratory life: The construction of scientific facts*. Sage.

Long, D., Hunter, C., & van der Geest, S. (2008). When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*, 15(2), 71–78.  
<https://doi.org/10.1080/13648470802121844>

Läkartidningen.se (2022) *Etisk stress bakom missnöje med arbetet*.  
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/08/etisk-stress-bakom-missnoje-med-arbetet/>

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.

Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (Eds.). (2010). *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.

- OECD. (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. OECD Publishing.  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
- Pasquini, M. (2023). Mistrustful dependency: Mistrust as risk management in an Italian emergency department. *Medical Anthropology*, 42(6), 579–592.  
<https://doi.org/10.1080/01459740.2023.2240942>
- Reddy, M., Dourish, P., & Pratt, W. (2006). Temporality in medical work: Time also matters. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 15(1), 29–53.
- Riksdagen. (2014). *Patientlag (2014:821)*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Riksrevisionen.se (2004) *Riktlinjer och prioriteringar inom hälso-och sjukvård*. [Microsoft Word - 2004 9 h.lso sjukv.rd.doc](https://www.riksrevisionen.se/Word-2004-9-h.lso-sjukv.rd.doc)
- Sanjek, R. (1990). On ethnographic validity. I R. Sanjek (Red.), *Fieldnotes: The makings of anthropology* (s. 385–418). Cornell University Press
- Saltman, R. B., & Bergman, S. E. (2005). Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 253–276.  
<https://doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-253>
- Sahlgrenska.se (2023) *Riktlinjer och rutiner* (Hämtat 2 maj 2025). <https://www.sahlgrenska.se>
- Sahlgrenska.se (2022) *Patientdelaktighet*. (Hämtat 2 maj 2025) <https://www.sahlgrenska.se>
- Socialstyrelsen.se (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning*. (Hämtat 16 april 2025) <https://www.socialstyrelsen.se>
- Skår, Randi (2010) The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of clinical nursing* vol.19 s.2226-2234 Oxford
- Socialstyrelsen.se (2021) *Stödjande dialoger om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*. (Hämtat 27 april 2025) <https://www.socialstyrelsen.se>
- Strathern, M (2000). The tyranny of transparency. I M. Strathern (Ed), *Autid cultures* (s.309-332). Routledge

Sveriges läkarförbund.se (2024). *Läkare oroliga för att nedskärningar ska ge sämre vård*.  
[Läkare oroliga för att nedskärningar ska ge sämre vård – Sveriges läkarförbund](#)

Sveriges Riksdag (2020) [Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården \(Kommittédirektiv 2020:81\) | Sveriges riksdag](#) (Hämtat 27 mars 2025)

Spinnewijn L, Aarts J, Verschuur S, et al (2020) *Knowing what the patient wants: a hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands*

Vetenskapsrådet, (2017). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/publikationer/2017-08-31-god-forskningssed.html>

Vårdhandboken.se (2023) *Personcentrerad vård*. [Personcentrerad vård - Vårdhandboken](#)

Västra Götalandsregionen. (2024a). *1177 – Västra Götalandsregionen*. (Hämtat 29 april 2025) <https://www.vgregion.se>

Västra Götalandsregionen. (2024b). *Vårdgaranti och valfrihet i vården*. (Hämtat 31 april 2025) <https://www.vgregion.se>

WHO. (2009). *Patient empowerment – What does it mean and how can it be achieved?* WHO Regional Office for Europe.

Wind, G. (2008). Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, 15(2), 79–89. <https://doi.org/10.1080/13648470802127098>

Wingborg, M. (2017). *Marknadiseringen av den svenska sjukvårdens: Så gick det till*. Arena idé. Stockholm. <https://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/marknadiseringen-av-den-svenska-sjukvarden-sa-gick-det-till-20171026.pdf>