

”Money talks”

En kritisk diskursanalys av samtal
om förbättringar i hälso- och sjukvård

Ann-Charlott Norman & Lena Fritzen

Based on learning as taken for granted in health care quality improvement, the aim was to identify discursive patterns in practice, and to discuss how these patterns create conditions for learning. Observations of quality improvement conversations were made at a clinic and analyzed through critical discourse analysis. Four different discursive patterns were found; a market pattern, a care-for-all pattern, a medical pattern and a value pattern. The order of discourse shows that the market pattern dominates the others while money is linked to quality control. The findings also showed a balance between discourse patterns when economical incentives were absent. In other words, the professionals can handle all complex, and sometimes contradicting, quality aspects when they don't compete about money. We discuss that market principles impact on learning in terms of displacement effects which discourages long-term sustainable improvements.

Keywords: critical discourse analysis, marketization in healthcare, quality improvement, knowledge management, social learning.

Huvudpoängen med hälso- och sjukvård – en inledning

- Och då kan man ju tänka då, vilket värde har det att vi har nöjda patienter? (Utvecklingsledare)
- Ja det är ju det ... det är ju det som är huvudpoängen liksom. (Läkare)

Ann-Charlott Norman är doktorand i pedagogik på Institutionen för Pedagogik, Psykologi och Idrottsvetenskap, Linnéuniversitetet, 351 95 VÄXJÖ.
E-post: ann-charlott.norman@lnu.se
Lena Fritzen är professor i pedagogik på Institutionen för Pedagogik, Psykologi och Idrottsvetenskap, Linnéuniversitetet, 351 95 VÄXJÖ. E-post: lena.fritzen@lnu.se

– Och då tänker jag ... tror ni vi kan spara mer pengar och resurser i hälso- och sjukvården om vi har mer nöjda patienter då? (Utvecklingsledare)

Vad som egentligen är huvudpoängen med hälso- och sjukvård är en berättigad fråga i en tid av stark förändring av hälso- och sjukvårdens praktik. I likhet med andra offentliga organisationer präglas hälso- och sjukvården sedan ett trettiotal år tillbaka av en marknadsiering där styrningsprinciperna uttrycks i förbättringar som ytterst handlar om mer makt till patienterna. I början av 2000-talet genomfördes ett antal politiska reformer i syfte att stärka patienternas ställning (Winblad 2011). Fria vårdval i primärvården (SOU 2008:15) och vårdgarantisystem (Socialstyrelsen 2011) innebär ett nytt regleringslandskap där patientens individuella rätt utgör normen (Hasselbladh, Bejerot & Gustafsson 2008). Nya ersättningssystem har utvecklats där pengarna följer patientens rätt att själv välja den vårdproducent de har förtroende för. Hälso- och sjukvårdens serviceorientering får därmed ökat fokus samtidigt som vetskapen om begränsade resurser ska hanteras. Sjukvårdens kvalitetskrav, som formuleras i policyn *God vård*¹, inrymmer en komplexitet av både kundcentrering och kostnadseffektiva lösningar till förmån för allas rätt till jämlik vård (Socialstyrelsen 2006). För att möta kvalitetskraven beskriver policyn behovet av att komplettera den professionella kunskapsdomänen, som handlar om att diagnostisera, behandla och omvårdna, med en ny kunskapsdomän som sammanfattas med begreppet förbättringskunskap. I ett helhetsperspektiv är de professionella och patienterna, med pedagogiska förtecken, inbegripna i en förbättringspraktik som omfattar såväl traditionella medicinska aspekter som förbättringskunskap.

I ledande litteratur om förbättringskunskap finns ett förgivettagande att lärande sker då professionella samlas för att diskutera förbättringar för patientens bästa (Norman, Fritzén & Lindblad-Fridh 2011). Studiens kritiska intresse är att problematisera detta förgivettagande om lärande. Med hjälp av kritisk diskursteori har vi studerat *talet om förbättringar* i samband med att kvalitetsuppföljningar återkopplas till personalen. Vi har följt arbetslag och processteam inom ortopedi för att kunna analysera de professionellas argumentation kring kvalitetsförbättringar. Vad är det som framträder när personal diskuterar hur vården ska utformas på bästa sätt och hur skapar det villkor för lärande?

Syftet med föreliggande artikel är att synliggöra diskursiva mönster om kvalitetsförbättringar i hälso- och sjukvård, för att i nästa steg diskutera hur dessa identifierade mönster skapar villkor för lärande.

Kvalitetsrörelsen inom hälso- och sjukvård

Total Quality Management (TQM), är en managementstrategi med rötter i USA som strävar efter att skapa såväl bättre vård för patienterna som att utveckla mer kostnadseffektiva lösningar i vårdprocesserna för att uppnå en tillgänglig och jämlik vård för alla som behöver den. Denna strävan kan uppfattas som motsägelsefull men ska inom hälso- och sjukvårdens ram ses som en komplex helhet. Edward Deming (1986), med erfarenheter från effektivisering av japansk bildindustri, blir en frontfigur som förespråkar *Improvement knowledge*, som i Sverige går under benämningen förbättringskunskap. Socialstyrelsen utvecklade 2005 policyn *God vård* med inspiration av TQM och hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen 2006). Av *God vård* framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen har det dubbla uppdraget att både bedriva sitt arbete utifrån professionell kunskap och att utveckla detsamma med grund i förbättringskunskap. Medan den professionella kunskapen ska bidra till förbättring av diagnos, behandling och omvårdnad ska förbättringskunskapen förbättra hälso- och sjukvårdens processer. Den professionella kunskapen behöver, enligt *God vård*, kompletteras med förbättringskunskap.

Den professionella kunskapsdomänen präglas traditionellt av en expertsyn där patienten behandlas som ett objekt. Det är vårdpersonalen som bäst avgör patientens behov (Nordgren 2004). Policyn *God vård* tillför en ny kundcentrering som innebär en subjektssyn på patienten. Det är patienten själv, utifrån sina egna preferenser som ska definiera vad som är mest värdeskapande för honom/henne och de anhöriga. Inom ramen för förbättringskunskap finns en strävan att göra patienten delaktig i tjänsteproduktionen via en mer jämbördig dialog mellan patienten och de professionella (Nelson, Batalden & Godfrey 2007).

Personalen kan enbart skapa lösningar utifrån sin egen organisatoriska tillhörighet, exempelvis en klinik eller en mottagning. När det är patienten som förfogar över vad som skapar värde förskjuts fokus till patientens väg genom hela vårdssystemet, det vill säga en helhetsbild på vården utifrån patientens och inte personalens eller organisationens perspektiv. Med stöd av den nya kunskapsdomänen *förbättringskunskap*, betonar policyn att det är vårdprocesserna som behöver förbättras (Socialstyrelsen 2006). Det låter sig inte göras inom hälso- och sjukvårdens enskilda subspecialiserade organisering varför en interprofessionell och interdisciplinär dialog behöver skapas för att uppnå patientsäkra och serviceinriktade överföringar. Att öka vårdprocessernas kvalitet via interprofessionell och interdisciplinär samverkan har också stöd i hälso- och sjukvårdsrelaterad forskning (Nelson, Batalden, Huber, Mohr, Godfrey, Headrick & Wasson 2002, Mohr & Batalden 2002, Sidhom & Poulsen 2006).

Det vi fortsättningsvis benämner *förbättringspraktik* utgör en integrerad helhet av professionell kunskap och förbättringskunskap. Det är *talet om förbättringar* i denna förbättringspraktik som utgör objektet för vår studie.

Förbättringspraktik som pedagogisk praktik

Förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården har, som pedagogiska processer i allmänhet, en tydlig avsiktlighet. I hälso- och sjukvårdens kontext betyder det att vården ska utvecklas så att den både blir resultateffektiv och värdeskapande för patienten. Förbättringsarbetets praktiska uttryck i hälso- och sjukvård kan därmed förstås som en pedagogisk förbättringspraktik där deltagarna i denna praktik utvecklar och förbättrar densamma genom kommunikation, reflektion och handling (Johannessen 1994). I vår utgångspunkt är pedagogiska praktiker, i det här fallet förbättringspraktiken, inbegripna i spänningsfältet mellan systemets krav på effektivitet och individens behov av ett meningsfullt livsvärldssammanhang (Habermas 1987, Fritzell 1996, Fritzén 1998). Det betyder att två skilda rationaliteter ständigt är närvarande i förbättringspraktiken. Systemet följer en rationalitet som kännetecknas av frågor som, hur utnyttjas såväl ekonomiska som mänskliga resurser på bästa sätt? Vilket belöningsystem ska användas för medarbetarna ska bidra till en effektivisering av hälso- och sjukvården? Hur kan sjukvårdssystemet bidra till att den enskilde patienten uppnår maximal tillfredsställelse? Livsvärlden däremot vilar på en kommunikativ rationalitet vilket leder till andra frågor som, hur kan en ömsesidig kommunikation upprätthållas mellan medarbetarna? Hur kan positioneringar mellan hälso- och sjukvårdens olika professioner elimineras? Hur kan en intersubjektiv kommunikation på symmetrisk grund skapas mellan de professionella och patienten?

I ledande litteratur om förbättringskunskap (improvement knowledge) finns ett förgivettagande att lärande sker då personal samlas för att diskutera förbättringar för patientens bästa (Norman, Fritzén & Lindblad-Fridh 2012)². När vi i det följande diskuterar förbättringsarbete som pedagogisk förbättringspraktik tar vi vår utgångspunkt i kritisk diskursteori (Habermas 1984, 1987, Chouliaraki & Fairclough 1999) och hur den kan tolkas i ett pedagogiskt sammanhang (Jfr Fritzell 1996, 2003, Linnér 2005, Carlsson 2006, Krantz 2009, se även inledningskapitel i föreliggande temanummer) för att bättre förstå villkor för lärande i relation till vårdens ekonomiska styrning. Förbättringspraktiken är även en diskursiv praktik (Fairclough 1992), där de diskursiva mönstren skapar villkor för lärande. Vi använder oss här av Faircloughs

diskursbegrepp (se inledningskapitlet) för att synliggöra vilka diskursiva mönster som konstitueras i hälso- och sjukvården genom personalens tal om förbättringar. Även om både systemrationaliteten och den kommunikativa rationaliteten är sociala till sin karaktär (Jfr Habermas 1984, p. 285) skiljer de sig åt vad gäller samtalets karaktär. Diskurser som har en systemrationell grund kännetecknas av en argumentation där ett subjekt påverkar ett annat att röra sig i en viss riktning (Jfr Habermas 1984, p. 329). Därmed riktar systemrationella diskurser fokus mot individen som ett kognitivt lärande subjekt ”som genom medvetna tankeprocesser konstruerar sin omvärld” (Öhman 2008, s 26). Diskurser vars underbyggnad är kommunikativt rationell främjar intersubjektiva lärandeprocesser som kännetecknas av att individer i en gemensam förhandling (Dewey 1916, Dewey & Bentley 1949, Wertsch 1998) omprövar sin förståelse i en intersubjektiv process (Taylor 1971). Systemets rationalitet och den kommunikativa rationaliteten är i en mening oförenliga samtidigt som de tillsammans bildar en ofrånkomlig helhet (Habermas 1987). Systemet är beroende av livsvärlden i termer av lojalitet och legitimitet samtidigt som livsvärlden är beroende av systemet i termer av effektivitet. Patientens bästa legitimerar därmed systemets organisering och krav på kontroll (Habermas 1987). Det är denna dubbla logik – systemrationalitet, kommunikativ rationalitet – som vi använder när vi analyserar personalens tal på ortoped- och reumatologkliniken, och när vi diskuterar hur talet i termer av diskursiva mönster skapar villkor för lärande i förbättringspraktiken.

Tillvägagångssätt

Kommunikation mellan de professionella, och mellan patienter och professionella, är en förutsättning för att nå de förbättringar som hälso- och sjukvården strävar efter (Mohr, Batalden & Barach 2004). Därför är det angeläget att analysera hur språket tar sig uttryck i förbättringspraktiken i syfte att skapa förståelse för hur de diskursiva mönstren, i det här fallet, skapar villkor för lärande i förbättringspraktiken (Jfr inledningskapitlet). I vår studie fokuseras vårdens förbättringspraktik och dess relation till omgivande samhällelig praktik med avseende på dess styrningsprinciper.

För att kunna analysera *talet om förbättringar* har vi valt att observera olika arbetslag i deras ordinarie möten där kvalitetsuppföljningar diskuteras på en ortoped- och reumatologklinik. Kvalitetsmätningarna visualiseras i form av olika diagram som projiceras mot väggen samtidigt som samtalet i gruppen tar form. Mätningarna handlar om väntetider till operation, skattad patientnöjdhet, följsam-

het till hygienrutiner etc. Totalt fem deltagande observationer utfördes i två olika typer av mötessammanhang. Det ena sammanhanget var arbetsplatsmötet där vårdenhetschefen ger aktuell information till avdelningens sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare. Det andra sammanhanget var ett processteamsmöte som till skillnad från arbetsplatsmötet består av personal från olika vårdnivåer med olika organisatoriska tillhörigheter. Teamet består av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och vårdadministratör från både ortoped- och reumatologkliniken och olika vårdcentraler. Båda mötessammanhangen utgår från samma kvalitetsuppföljningar, det vill säga samtalet tar form utifrån samma underlag, varför de i studien betraktas som en och samma diskursiva förbättringspraktik.

Den empiriska studien planerades tillsammans med klinikens utvecklingsledare³. Samtalen spelades in på band samtidigt som författaren förde anteckningar för att hålla ordning på talordningen för senare transkribering till texter. Huvudförfattaren, som är sjukgymnast till profession har ensam ansvarat för den empiriska studien. Medförfattaren har bistått med teoretisk fördjupning i analysen samt bakgrundskunskap. Tillsammans har författarna diskuterat studiens resultat.

Förutom att använda språket som analysobjekt har studien också utnyttjat kommunikation som medium för kunskapsproduktion mellan forskare och praktiker i en interaktiv forskningsansats (Ellström 2008). Under forskningsprocessen har tre seminarier genomförts med deltagare från praktiken med syfte att diskutera studiens utformning och validera tentativa resultat.

En etisk prövning har utförts och blivit accepterad av den regionala etikprövningsnämnden. Klinikens ledningsgrupp och alla i observationsgrupperna är på förhand informerade om studiens syfte och vid varje observationstillfälle undertecknades formellt samtycke i enlighet med de etiska föreskrifter som studien omfattas av.

Analysram

Analysen följer Norman Fairclough's (1992) synkrona analysverktyg *text, diskursiv praktik och social praktik* (Jfr inledningskapitlet). För att förtydliga den analytiska processens genomförande har en analysram konstruerats med inspiration av Deborah Heck (2003). Varje fas innehåller frågor som möjliggör en distanserad tolkning med forskningsintresset i fokus.

Den *deskriptiva fasen*, det vill säga textanalysen, fokuserar på *vad* det talades om i den aktuella förbättringspraktiken och inte *hur* de samtalande i form av individernas interaktivitet i samtalet. Frågor

som ställdes var: (1) Vad talas det om? (2) Kan huvudsakliga ämnesområden identifieras?

I den *tolkande fasen* sker en analys av hur och med vilken bevekelsegrund de diskursiva mönstren formas i förbättringspraktiken. Frågor som ställdes var: (1) Vilka diskursiva mönster finns representerade i texten? (2) Hur framställs de diskursiva mönstren? (3) Vad är det som får bäring i argumentationen? (4) Vilka anspråk återspeglas utifrån kunnande och styrning?

Den sista *förklarande fasen* beskriver relationen mellan den diskursiva förbättringspraktiken och dess övergripande samhällliga praktik med särskilt avseende på hälso- och sjukvårdens styrningsprinciper. Frågor som ställdes var: (1) Hur kommer hälso- och sjukvårdens styrningsprinciper till uttryck i förbättringspraktiken? (2) Uppfattas God vård-policy som legitim i den diskursiva förbättringspraktiken? (3) Vilken relation råder mellan de diskursiva mönstren? (4) Vilken diskursordning framträder?

Meningskluster – det man talar om

Ur samtalen har fyra huvudsakliga ämnesområden identifierats: *väntetid*, *patientnöjdhet*, *pengar* och *rutiner*. Varje ämnesområde fungerar som ansamlingar av *meningskluster* som i talet tillskrivs olika betydelser. Det vi benämner meningskluster kan jämföras med Adolfssons begrepp *semantiska magneter* (Jfr inledningskapitlet).

Väntetid

Samtalet om väntetid relateras till den individuella rättigheten att bli opererad inom max 90 dagar, den så kallade vårdgarantin (Socialstyrelsen 2011). Utvecklingsledaren förklarar att om kliniken inte uppnår vårdgarantins målsättning så finns risk att budgeten minskas:

– Och där har vi ju tryck på oss. Att om vi inte kan tillgodose att vi opererar patienterna *inom 90 dagar* så påverkar ju det en viss andel av budgeten.

Läkaren ifrågasätter varför just 90 dagars väntetid är eftersträvansvärt och hänvisar till erfarenhet och studier:

– Det finns ju undersökningar som visar att patienter vill inte vänta för kort heller. 6 veckor är liksom acceptabel väntetid. Får man operation 3 veckor efter man har varit på mottagning så är det för kort tid och folk hinner inte va redo.

Samtalet beskriver att personalen behöver öka arbetstakten så att målet med 90 dagars väntetid kan uppnås för varje enskild patient. Om de inte når målet kommer klinikens ekonomi att minska med risk för uppsägningar och snävare ramar för verksamheten. Läkaren uttalar sin syn på vad patienten behöver och ifrågasätter värdet med vårdgarantins 90 dagar utifrån sitt kunnande.

Patientnöjdhet

I samtalet om patientnöjdhet initierar primärvårdens sjukgymnast att trevligt bemötande är viktigt för patienterna. Hon återger hur patienter blivit bemötta på ett sjukhus där operationer kan köpas av andra landsting:

- Att det är liksom rena paradiset att få komma dit . Alla är trevliga. /.../ Läkaren tar sig tid och, det är inte bara någon som går in och vänder på en femkrona och går ut.

Sjukgymnasten antar en kritisk ton i förhållande till ortopedklinikens bemötande varvid läkaren svarar:

- Det är många doktorer som gör patienter nöjda!

Av samtalet framgår att läkaren tycker det är enkelt att göra patienter nöjda om man får tid och utrymme att enbart tillfredsställa den enskilda patientens behov och önskemål. Men om läkare tar ett kollektivt ansvar för alla som behöver vård finns varken tid eller resurser att tillfredsställa alla specifika önskemål. Läkaren menar att patientnöjdhet inte ska förenklas till att enbart innefatta personalens trevliga bemötande. En annan dimension av patientnöjdhet är personalens förmåga att minska patientens smärta. Han förklarar att det nämnda sjukhuset kanske har så pass goda ekonomiska förutsättningar att de kan ge trevligt bemötande, men de använder sig av en operationsteknik som innebär högre smärta för patienterna:

- Så att på grund av att man använder främre [operations-]4snitt, så dom får mer ont! (Läkare)
- Sen får dom väl fina pengar från dom patienterna som kommer från oss.(Arbetsterapeut)
- Det klart att dom är vänliga då!(Sjukgymnast)

Samtalet beskriver att om kliniken får mer pengar är det möjligt att kosta på sig bättre bemötande som gör den enskilda patienten mer nöjd.

Men om resurserna är begränsade och professionen tar ansvar för alla som är i behov av vård, går det inte att tillfredställa alla patienters individuella önskemål. För att göra både den närvarande och den väntande patienten nöjd behövs professionens ansvarstagande för både bemötande och kunnande för att lindra operationsingreppet så långt det är möjligt.

Pengar

I samtalet om pengar uttrycker professionen en oro över att pengar ska bli alltför styrande när patienterna själva ska välja vårdcentral. Sjukgymnasten uttrycker:

- ... är det en avigsida när vårdvalen kommer så kanske de [patienterna] inte får lika mycket därför att vi ska hux flux betala 200 spänn per behandling i bassäng. Många patienter kanske inte alls får den behandling de borde ha. Därför att vårdcentralen säger att det har vi inte råd med.

Då vårdcentralen befinner sig i en konkurrensutsatt situation och behöver se över sina kostnader oroas personalen över att patienterna inte ska få den vård de behöver. För att tillförsäkra alla patienter jämlik vård tas därför standardiserade vårdprogram fram som varje vårdgivare förväntas följa. Samtalet beskriver att vården standardiseras i ett värdeskapande syfte för att se till att alla ska få den vård de är i behov av oavsett vårdgivare och betalningssystem.

När personalen samtalar om antalet utförda riskbedömningar⁵ tydliggörs vilken stark motivation pengar utgör för att riskbedöma patienter över 65 år. Utvecklingsledaren uttrycker stolthet för att de lyckats uppnå målet:

- När vi gick in och tittade och jämförde på alla kliniker, framförallt kliniker som motsvarar vår klinik, så ligger vi i topp. Det är bäst i landstinget.

Varvid en sjuksköterska svarar:

- Kan inte vi få mer pengar då?

Landstingsledningen har dock inte konstruerat det ekonomiska incitamentet som en belöning, utan snarare som något som tas ifrån kliniken eftersom de blir av med en procent av budget om de inte lyckas nå målet med riskbedömningarna. Den här kliniken har i motsats till andra kliniker tyckt att det skapar värde att riskbedöma alla patienter och inte enbart de som genererar prestationsbaserade medel från

landstinget eller staten. I dialogen blir det tydligt att personalen tycker det är ologiskt att de får pengar för att riskbedöma, men inte för att åtgärda risken vilket är mest värdeskapande för patienten. Vårdenhetschefen poängterar detta värde i förhållande till att riskbedöma:

– Det som är viktigt i det hela är ju om patienten fått någon åtgärd vid risk. Det räcker ju inte bara att vi riskbedömer. /.../ Det är ju detta [åtgärderna] som är det viktiga. Det är ju inte detta som politikerna mäter, när det är [åtgärderna] som är det viktigaste för patienten!

Talet om riskbedömningar, är tillsammans med talet om väntetid, exempel på hur hög produktion kopplas ihop med god ekonomi. Personalen ifrågasätter visserligen vad som skapar mest värde för patienten, men då personalen tvingas prioritera blir pengar en stark drivkraft för att nå målet.

– Så är det så att man ska satsa på dom över 65 om man tvingas till det? Om man tvingas prioritera. (Sjuksköterska 6)

– Det är helt rätt. (Vårdenhetschef 1)

Samtalet berör att om sjuksköterskorna av tidsbrist måste prioritera vilka som ska riskbedömas så går de äldre patienterna före eftersom de genererar pengar till kliniken.

Rutiner

I samtalsprocessen som berör *rutiner* försöker personalen först analysera och kritisera värdet av mätningarna som följs av en tolkning av hur mätningen kan förstås i termer av värde för patienten. När de tydliggjort värdet försöker de tillsammans förhandla fram nya rutiner eller handlingsorienteringar som innebär ett ökat värde för patienten. Ett exempel är rutiner för att uppnå kortare vårdtider. I samtalet försöker de förstå anledningar till att patienterna ligger kvar allt för länge på avdelningen utifrån vad som angetts i resultatuppföljningen:

– Och här har vi orsaker till förlängd vårdtid. Feber är några. /.../ Svårighet med mobilisering och vårdplanering. /.../ Känner ni igen anledningarna? (vårdenhetschef 1) /.../

– Men ”Väntar på trygghetslarm” [resultatuppföljningen citeras]. Ska man behöva ligga här och vänta på det? (undersköterska 4) /.../

– ”Frun är bortrest” [resultatuppföljningen citeras] (vårdenhetschef 1)

- Man förstår ju att läkarna får jobba när frun är bortrest (vårdenhetschef 2, skrattandes)

Gruppen analyserar tillsammans vad som är medicinskt adekvat förlängd vårdtid i förhållande till vårdtider som beror på dålig planering där överföringsprocesser till kommunen eller hemmet kan förbättras. Strävan är att hitta rutiner som minskar vårdtiderna men inte på bekostnad av patienternas säkerhet. Vårdenhetschefen understryker patientsäkerhetsrutinerna genom att återge vad överläkaren sagt om sår-läckage:

- Och [överläkarens namn] sa att det stämmer ju med sår-läckage. ”För att är det en liten gnutta läckage så skickar jag inte hem höfterna och det är jag stenhård på!”

Samtalet beskriver hur personalen överväger hur de kan uppnå ett mer effektivt arbetssätt förutan att göra avkall på patientsäkerheten.

Ett annat exempel är när de diskuterar avdelningens hygienrutiner. Rutinerna är viktiga för att förhindra sjukhusrelaterade infektioner. Exempelvis ska inga ringar eller klockor användas eftersom det kan utgöra bakteriehardar och riskera smittspridning mellan patienter. I samtalet försöker ledarna initiera en icke skuldbeläggande kultur. De menar att det är mänskligt att glömma, men när det händer ska det finnas en kultur att kunna korrigera och påminna varandra att göra rätt. Sjuksköterskor och undersköterskor uttrycker att de har den kulturen sinsemellan men inte i förhållande till läkarna:

- Jag säger inte till någon läkare att han eller hon ska ta av sig sina ringar. (Sjuksköterska 4, varvid hon får bifall i gruppen). Det tror jag inte nån gör!
- Egenansvar tycker man ju att dom skulle kunna. (Sekreterare)

Samtalet beskriver att den hierarkiska strukturen mellan läkare och sjuksköterska förhindrar en kulturförändring som skulle kunna gynna patientens säkerhet. En undersköterska försöker bryta upp den hierarkiska föreställningen genom att föreslå att man kan påminna på ett mindre prestigelöst sätt:

- Man behöver ju inte säga nått. Man kan ju bara ... man kan ... Man behöver inte säga nånting om det där om och sprita händerna. Man kan ju bara ... (undersköterska 5, som pekar mot en låtsad spritflaska)
- Det hjälper ju inte om de har ringar på sig. (sjuksköterska 4)
- Nä! (sjuksköterska 1)
- Nej, det gör det ju inte. (undersköterska 5)

Undersköterskan blir dock överröstad av sjuksköterskorna som står i högre hierarkisk ordning. Samtalet beskriver hur undersköterskans initiativ till förändring inte får gehör på grund av den hierarkiska ordning som råder på avdelningen.

Diskursiva mönster i hälso- och sjukvårdens förbättringspraktik

De identifierade meningsklustren visar att personalen i förbättringspraktiken har att förhålla sig till en förväntad produktion med såväl ekonomiska förtecken som patientens individuella rättigheter. Samtidigt är personalen angelägen om att skapa värde för patienten, både för de som är i omedelbart behov av medicinsk vård och för de som väntar på behandling. Meningsklustren inbegriper såväl systemrationalitet som den kommunikativa rationaliteten där balansen mellan rationalitetsformerna varierar. Vi tycker oss se fyra diskursiva mönster som vi benämner *marknadsmönster*, *vård för alla -mönster*, *medicinskt mönster* och *vårdemönster*.

Det diskursiva marknadsmönstret

Marknadsmönstret styrs av ekonomiska incitament där ökade resurser, eller ambitionen att bevara befintliga resurser, är målet för personalens handlingar. Det framträder i talet hur högre produktionstakt eftersträvas för att uppnå kortare väntetider så att budgeten kan säkras. På samma sätt menar ledningen att riskbedömningar av äldre personer ska prioriteras eftersom det säkrar klinikens ekonomi. Marknadsmönstret kännetecknas av en stark systemlogik där det är pengar som styr personalen till högre produktionstakt eller trevligare bemötande och inte ett ansvar för patientens bästa. Grunden för argumentationen är den enskildes rätt att välja och få sina behov tillfredställda. Inom ramen för systemrationaliteten sätts ett pris på patientens behov.

Det diskursiva vård för alla – mönstret

Ett annat diskursivt mönster som framträder är det som kännetecknas av att resurserna ska utnyttjas på ett maximalt sätt. Även det mönstret har ekonomiska incitament, men den inbegriper samtidigt en solidaritetsaspekt som är värdeskapande. Drivkraften är det kollektiva ansvaret att korta vårdtider till förmån för såväl hälso- och sjukvårdens organisation som för patientens bästa. På så sätt räcker

befintliga resurser till så många som möjligt vilket är grunden för en jämlik hälso- och sjukvård. Standardiserade vårdprogram används som verktyg för att förhindra marknadsmönstrets befarade negativa konsekvenser. Vårdprogrammen ska tillförsäkra att alla patienter får den vård de är i behov av oavsett vilken vårdgivare de väljer på den konkurrensutsatta vårdmarknaden. Till skillnad från marknadsmönstret är det inte pengar som är målet för personalens handlande, utan målet är snarare ett optimalt utnyttjande av befintliga resurser för att skapa en *God vård* (Socialstyrelsen 2006) för alla. Vi har valt att benämna detta diskursiva mönster en *vård för alla*. Mönstret som framträder är inte idealtypiskt utan inbegriper både en systemrationalitet och en förståelseinriktad kommunikativ rationalitet.

Det diskursiva medicinska mönstret

Ett tredje diskursivt mönster som framträder benämner vi det medicinska. Mönstret kännetecknas av professionens kunnande om patientens medicinska behov. Det medicinska mönstret liknar till viss del vård för alla-mönstret med systemrationella inslag såsom de standardiserade vårdprogrammen som lösning på patientens medicinska behov, men mönstret bärs främst fram av den professionella kunskapsdomänen där evidens, operationstekniker och smärtnivåer är bärande element i talet. Personalen är experter på patientens medicinska behov och därför gör de sig även till tolkare för patientens preferenser för vad som skapar värde. Även Lars Nordgren (2004) har belyst professionens diskursiva objektivisering av patienten som han menar startade i samband med sjukvårdens institutionalisering på 1800-talet. Synsättet på patienten kan härledas till den ursprungliga betydelsen av ordet patient, det vill säga latinets *patior* som betyder lida, tåla, uthärda. Patienten skulle slippa ta ansvar för det egna hälsotillståndet och inte medverka i det kliniska beslutsfattandet som förbehölls läkarna (Nordgren 2004).

Läkaren beskrevs som högt specialiserad och teknologiserad, medan patienten beskrevs som sjuk, okunnig, orolig, oansvarig, hjälplös och svag (Parsons 1951 i Nordgren 2004, s 53).

Det diskursiva värdemönstret

Det fjärde diskursiva mönstret, som vi benämner värdemönstret, kännetecknas dock av en subjektivisering av patienten. Personalen har inte svaret utan språkmönstret som framträder är ett processinriktat sökande efter värdeskapande lösningar ur patientens perspektiv. Det

språkliga mönstret kännetecknas av ett ifrågasättande över vad som egentligen skapar värde för patienten i personalens dagliga arbetsrutiner. Är det värdefullt att eftersträva en väntetid på 90 dagar? Är det värdefullt att lägga tid på att riskbedöma patienter om de därmed inte hinner åtgärda riskerna? Samtalet om värde berör även vad som skapar hållbar vård i ett helhetsperspektiv och inte enbart med utgångspunkt från den enskilda kliniken. Till skillnad från det medicinska mönstret är dialogen mer processinriktad och sökande i linje med den nya kunskapsdomänen förbättringskunskap och inte kunskapshävdande utifrån erfarenhet och evidens. Värdemönstret innehåller mer kommunikativt rationella inslag där svaret inte är givet utan ska förhandlas fram för att fördjupa den gemensamma förståelsen över vad som behöver förbättras.

Förbättringspraktikens diskursiva mönster i relation till vårdens styrningsprinciper

Så vad är huvudpoängen med hälso- och sjukvård? Hur legitimeras de komplexa kvalitetskraven som uttrycks i policyn *God vård* (Socialstyrelsen 2006) i talet om förbättringar då den samhälleliga kontextens styrningsprinciper gör sig gällande? I den sista förklarande analysfasen ställs förbättringspraktikens diskursiva mönster i relation till den samhälleliga praktik som vården är inbegripen i. Mönstrens inbördes ordning analyseras i kampen om vad som får mest genomslag i förbättringspraktiken.

Hälso- och sjukvårdens styrning har sedan 80-talet starkt dominerats av New Public Management (NPM) (Peters & Pierre 2000, Christensen & Lægreid 2002, Agevall 2005, Hasselbladh, Bejerot & Gustafsson 2008). Mot bakgrund av sjukvårdens expansion på 1960- och 70-talet, och insikten om en åldrande befolkning, har de ekonomiska NPM-principerna⁶ blivit institutionaliserade i syfte att reducera såväl kostnader som storleken av offentlig sektor (Jfr McSweeney 1994, Ferlie, Ashburner, Fitzgerald & Pettigrew 1996). De politiska reformer som syftar till att stärka patientens ställning på 2000-talet förstärker sjukvårdens marknadsprinciper (Winblad 2011). Nya styrningspraktiker i form av transparenta resultatuppföljningar som *kvalitetsregister* och *öppna jämförelser* (Hasselbladh, Bejerot & Gustafsson 2008) utvecklas för att kontrollera och motivera ett snabbt genomförande av reformerna. Även om dessa styrningspraktiker inte är tvingande, i betydelsen att sanktioner utmätts om man avstår från att delta, vill inget landsting framstå som *sämst i klassen* när media utpekar vilka som bedriver den bästa vården (Blomgren & Waks

2010). De transparanta resultatuppföljningarna möjliggör att pengar kan kopplas till prestationer, exempelvis *kömiljarden* (Socialstyrelsen 2011), som förstärker den systemrationella marknadslogiken.

Vårdens styrningsprinciper influerar studiens diskursiva förbättringspraktik genom det främsta maktmedlet pengar. I flera av de identifierade meningsklustren som *väntetid*, *patientnöjdhet* och *pengar* visar empirin att marknadsmönstret överordnas de övriga då mätningarna är kopplade till ekonomiska incitament. Då mätresultaten utmynnar i ekonomisk belöning eller till och med bestraffning blir tävlingen en stark drivkraft till personalens handlande. Tävlingen stimulerar till ett *vi-och-dom-tänkande* mellan sjukhus, mellan kliniker och vårdcentraler i strävan att uppnå monetära vinster. Personalen ifrågasätter visserligen värdet med mätningarna utifrån sitt kunnande men de ekonomiska incitamenten tar över och blir styrande för deras handlingar. De övriga mönstrens kännetecken att effektivisera/standardisera utifrån ett kollektivt ansvarstagande för jämlik vård, att tillförsäkra en medicinsk säkerhet i takt med effektiviseringen samt att poängtera vad som är mest värdeskapande för patienten framträder som en typ av motspråk till marknadsmönstrets ekonomiska styrmedium.

Studiens resultat är analogt med en empirisk studie som undersökte hur kliniska nätverk i cancervård etablerades i London i början av 2000-talet (Addicott, McGivern & Ferlie 2010). Cancerpatientens vårdprocess är komplex där onkologer, kirurger, patologer, radiologer och primärvårdsläkare tillsammans behöver komma överens om behandlingsprioriteringar. Studien fann att interprofessionell samverkan och lärande hamnade i bakgrunden på grund av sjukhusens inbördes tävlan om resurser:

Overall, knowledge sharing across professional and organizational boundaries was impeded by increased competition for resources within each network (p. 92)

I vår aktuella studie visar analysen samtidigt att då ekonomiska incitament *inte* är en del av styrningsdirektiven råder det mer balans mellan systemrationalitet och kommunikativ rationalitet mellan de diskursiva mönstren. Balansen kan beskrivas i termer av hur personalen försöker integrera motsägelsefulla kvalitetsaspekter. Ett exempel är då de strävar efter kortare vårdtider men med bibehållen patientsäkerhet genom att analysera och åtgärda orsaker till förlängd vårdtid. Det finns en strävan att integrera de komplexa kvalitetskraven i policyn God vård (Socialstyrelsen 2006) genom ett fördjupat sökande efter nya värdeskapande lösningar. Den diskursiva förbättringspraktiken legitimerar därmed kvalitetskraven i policyn, men inte de marknads-

mässiga styrningsincitament som kopplas till vissa kvalitetsmåls genomförande. Förbättringspraktikens meningsstrukturer anammar och legitimerar kvalitetsanspråken i policyn eftersom det både skapar värde för den enskilde patienten och utgör förutsättningar för en jämlik och solidariskt underbyggd vård.

Marknadisering och vårdens nya produktionslogiska ersättnings-system har, förutom att de gör patienter till kunder, också en påverkan på de professionellas arbetsvillkor. Fokus har förflyttats från den medicinska kvalitet som de professionella förfogar över, till en serviceorientering som lockar patienter och som ger tryggad finansiering. Det finns därmed risk att utförarnas ekonomiska incitament blir styrande i förhållande till medicinska bedömningar genom exempelvis *diagnosglidning*⁷ eller så kallad *cream-skimming*, där vårdgivarna försöker attrahera främst lönsamma patienter (Winblad 2011). I förbättringspraktiken pågår en diskursiv kamp mellan marknadsmönstret och det medicinska mönstret där det senare strävar efter att stabilisera de medicinska värdena underbyggt av den professionella kunskapsdomänen. Det görs exempelvis i termer av standardiserade vårdprogram så att patienten får det han/hon behöver oavsett vilken vårdgivare de väljer eller om betalningssystemen förändras.

En annan typ av diskursiv kamp är den mellan marknadsmönstret och vård för alla – mönstret. Kampen står mellan marknadslogikens kännetecken av patientens individuella rättighet och ett kollektivt ansvarstagande för allas rätt till jämlik vård. Diskursordningen antyder att kampen ger fördel till marknadsmönstret när mätetal kopplas till ekonomiska incitament eftersom detta starkast styr personalens handlande. Vård för alla - mönstret uppvisar därmed en intressant dialektik av både strategisk och kommunikativ rationalitet. Diskursen inbegriper och hanterar dilemmat mellan värdet för den enskilde i relation till ett solidaritetsvärde att alla har rätt till en god vård när de behöver den. Standardisering, som vi vanligtvis förknippar med en strategisk rationalitet tillskrivs ett solidaritetsvärde som ska skydda att kostnadskrävande patienter ska få den vård de är i behov av. Standardisering och vårdprogram ska motverka marknadsmässiga farhågor att vårdgivare enbart producerar vård för de lönsamma patienterna, jfr diagnosglidning och cream-scimming.

En ytterligare kamp som förbättringspraktiken uppvisar är den mellan det medicinska mönstret och värdesmönstret i termer av objektssyn eller subjektssyn på patienten. Värdesmönstret ifrågasätter och utmanar den traditionella synen på patienten med stöd av värderingar från den nya kunskapsdomänen förbättringskunskap. Det framträder tydligast i talet om hygienrutiner där en traditionell medicinsk makt- och hierarkistruktur förhindrar värdeskapande lösningar för patienten.

Analysresultatet ligger i linje med interprofessionell och multidisciplinär forskning som visat att vårdens traditionella makthierarkier underminerar effektivt samarbete (Skjorshammer 2001, Pethybridge 2004, Reeves, Rice, Konn, Miller, Kenaszchuk & Zwarenstein 2009, Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook & Braithwait 2010).

Sammanfattningsvis visar den kritiska diskursanalysen att förbättringspraktiken kan integrera de komplexa och ibland motsägelsefulla kvalitetskraven såvida inga styrande pengar stimulerar till tävling. Pengar kopplade till kvalitetsmål påverkar samtalet om förbättringar och skapar därmed förändrade villkor för lärande i förbättringspraktiken.

De diskursiva mönstrens villkor för professionellt lärande – en avslutande diskussion

Hälso- och sjukvårdens utveckling förutsätter lärande där såväl de professionella som patienterna är delaktiga. I vår studie är det de professionella som kommer till tals, medan patienternas röster blir hörda genom de enkätsvar vad gäller patientnöjdhet som ligger till grund för samtalet. Vi kan här inte säga något om vad specifika personer lärt sig i de samtal vi följt. Däremot kan vi diskutera på vilket sätt de identifierade diskursiva mönstren skapar villkor för lärande.

Analysen har, liksom andra studier av förbättringsarbete i vården (Addicott, McGivern & Ferlie 2010), visat att då styrningsregimer lockar med pengar får det genomslag i talet om förbättringar i praktiken. I ett kortsiktigt perspektiv innebär det en ökad styrbarhet. Ledningar kan identifiera bristområden och med stöd av ekonomiska incitament få det snabbt åtgärdat i praktiken. I ett långsiktigt perspektiv däremot, måste man beakta de kvalitetsaspekter som hamnar i skymundan i termer av undanträngningseffekter. I ett marknadssystem får patienterna makten att välja vilket ställer krav på organisationen och personalen som ska handla i enlighet med detta. I termer av personalens lärande, ses varje enskild patient representera ett ekonomiskt värde där kortsiktiga vinster som budgetförstärkning överordnas frågor om långsiktigt fördjupad kunskapsutveckling om, i det här fallet, hur de ortopediska vårdprocesserna kan förädlas för allas bästa. Samtalen om förbättringar blir ytliga utan innehållsligt djup.

Analysen har samtidigt visat att personalen kan hantera komplexa kvalitetskrav då tävlingen om pengar uteblir. Det värdediskursiva mönstret, som har kommunikationsrationell logik som grund, erbjuder andra möjligheter för lärande och hållbar utveckling för vården i ett långsiktigt perspektiv. I det värdediskursiva mönstret sker ett möte mellan patientens behov och de professionellas kunnande som kännetecknas av ömsesidig

förståelse och öppenhet. Samtalen präglas av vad som är meningsfullt för patienten istället för monetära krav. I ett gemensamt ansvarstagande utvecklas ett interprofessionellt kunnande som är mer än summan av de involverade professionernas kunskap. I den intersubjektiva processen sker en förhandling och omförhandling av etablerat kunnande och ny kunskap kan utvecklas. I en förlängning kan det leda till att patienten, om den involveras i kommunikationen med de professionella, utvecklar ett kunnande om sig själv och sin livssituation. Och också får en förståelse för hälso- och sjukvårdens villkor, de professionellas kunnande och andra patienters behov av liknande vård. I studiens empiriska material har patienten inte varit närvarande i den intersubjektiva dialogen om förbättringar. I ett perspektiv av intersubjektivt lärande finns en förbättringspotential att ta tillvara patientens egen röst när kvalitetsförbättringar i vården diskuteras.

Studien antyder i likhet med det som förespråkas inom ramen för *Improvement knowledge* – forskning (Nelson et al 2002, Mohr & Batalden 2002) och multidisciplinär forskning (Sidhom & Poulsen 2006) att förändring stöds av multiprofessionella och multidisciplinärt uppbyggda förbättringspraktiker. Den här studien har avgränsats till att förstå *vad* personalen pratar om och inte *hur* de talar. För att få mer belägg för att en multiprofessionellt uppbyggd förbättringspraktik gynnar lärande och förändring behöver även den interaktiva aspekten av den diskursiva praktiken analyseras.

Sammanfattningsvis kan sägas att de diskursiva mönster som framträtt i studien visar att systemlogiken hamnar i förgrunden då monetära vinster kopplas till givna kvalitetsmål. Samtalets interprofessionella fördjupning om vad som skapar högre värde för patienten hamnar därmed i bakgrunden. Marknadslogiken skymmer sikten för de kommunikativa och intersubjektiva lärprocesser som eftersträvas inom ramen för *Improvement knowledge*. Studien visar samtidigt att då ekonomiska incitament *inte* influerar förbättringspraktiken råder det balans mellan en systemrationalitet och en kommunikativ rationalitet i professionens tal om förbättringar. I den intersubjektiva förhandlingen om nya arbetsrutiner integreras vad som är ändamålsenligt för patientgruppen, gott för den enskilda patienten likväl som rätt för alla presumtivt väntande patienter. När personalen bemyndigas att interprofessionellt och multidisciplinärt omförhandla rutiner, utan att pengar utgör morötter, så skapas en balans mellan systemrationalitet och kommunikativ rationalitet i talet om förbättringar i vården.

Noter

1. Policyn *God vård* är en styrande föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) där Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet och har mandat att utdöma sanktioner.
2. Vid en analys av texter som producerats inom fältet *Improvement knowledge* har vi funnit att förbättringar i termer av lärande har en framskjuten plats. Även om det finns en strävan inom *Improvement knowledge* mot ett inter-subjektivt förhållningssätt till lärande, beskrivs det ofta som individuella processer. Strukturella villkor, exempelvis maktrelationer i interprofessionell kommunikation, är något man bortser ifrån och att förbättringsarbete skulle kunna förstås som inbegripet i ett spänningsfält mellan olika styrande rationalitetsformer råder det ingen medvetenhet om (Norman, Fritzen & Lindblad-Fridh 2011).
3. Ett stort tack riktas till utvecklingsledaren som har gjort alla kontakter med kliniken möjlig. Mattias Elg, teknisk fakultet Linköpings universitet, deltog i planeringen med ett parallellt forskningsprojekt.
4. Enkelt talspråk har ändrats till enkelt skriftspråk utan att meningsinnehållet förändrats.
5. En nationell satsning utförs 2010-2012 där staten delar ut prestationsbaserade medel till de landsting som uppfyller ett visst mått av riskbedömningar för patienter över 65 år. Riskbedömningarna innebär att personalen i preventivt syfte och med hjälp av standardiserade metoder undersöker om patienten har risk för att falla, att få trycksår eller att få för lågt näringsintag.
6. På övergripande nivå handlar NPM om marknadsiering och företagiering. Michael Power (1997) beskriver NPM med följande termer:

Economy as accountability for obtaining the best possible terms under which resources are acquired. Efficiency as accountability for ensuring that maximum output is obtained from the resources employed or the minimum resources are used to achieve a given level of output/service. Effectiveness as accountability for ensuring that outcomes conform to intention, as defined in programmes (p. 50).
7. När läkaren sätter diagnos (specifika diagnoskoder) kan hon/han *glida* i sin bedömning på grund av andra faktorer än de rent medicinska. Det förekommer att prestationsbaserad ersättning kopplas till specifika diagnoskoder i syfte att patienter inte ska vara underdiagnosticerade och därmed riskera att inte få den behandling de är i behov av. Därmed finns även risken att läkaren glider i sin medicinska bedömning vad gäller adekvata diagnoskoder med tanke på ersättningens attraktionskraft.

Referenser

- Addicott, Rachael; McGivern Gerry & Ferlie Ewan (2010): Networks, organizational learning and knowledge management: NHS Cancer Networks. *Public Money & Management*, 26(2), s 87–94.
- Agevall, Lena (2005): *Välfärdens organisering och demokratin – en analys av New Public Management*. Växjö: Växjö University Press. Acta Wexionensia nr 60.

- Blomgren, Maria & Waks, Caroline (2010): *Ett nytt tänk. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landstings publikationer.
- Carlsson, Lena (2006): *Medborgarskap som demokratins praktiska uttryck i skolan – diskursiva konstruktioner av gymnasieskolans elever som medborgare*. Växjö: Växjö University Press, Acta Wexionensia nr 84.
- Chouliaraki, Lilie & Fairclough, Norman (1999): *Discourse in Late Modernity. Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Christensen, Tom & Lægheid, Per (2002): New public management – undermining political control? I Tom Christensen & Per Lægheid, red: *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*, s. 93–119. Hampshire: Ashgate Publishing Company.
- Deming, Edwards W (1986): *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Dewey, John (1916/1999): *Demokrati och utbildning*. Göteborg: Daidalos.
- Dewey, John & Bentley, Arthur F. (1949/1991): Knowing and the known. I Ann Boydston, red: *The Later Works 1925–1953*, pp. 602–644. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Ellström, Per-Erik. (2008): *Knowledge creation through interactive research: a learning approach*. Bidrag presenterat vid ECER Conference i Göteborg, september 2008.
- Fairclough, Norman (1992): *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Ferlie, Ewan; Ashburner, Lynn; Fitzgerald, Louise & Pettigrew, Andrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Fritzell, Christer (2003): Towards deliberative relationships between pedagogic theory and practice. *Nordisk pedagogik*, 23(2), s 92–103
- Fritzell, Christer (1996): Pedagogical split vision. *Educational Theory*, 46(2), s 203–216.
- Fritzén, Lena (1998): *Den pedagogiska praktikens janusansikte. Om det kommunikativa handlandets didaktiska villkor och konsekvenser*. Lund: Lunds studies in education, 8.
- Habermas, Jürgen (1984): *The Theory of Communicative Action. Reason and Rationalization of Society*. Volume 1. Boston: Beacon Press.
- Habermas, Jürgen (1987): *The Theory of Communicative Action. The Critique of Functionalist Reason*. Volume 2. Boston: Beacon Press.

- Hasselbladh, Hans; Bejerot, Eva & Gustafsson, Rolf Å (2008): *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Heck, Deborah A (2003): *Discovering Discourses of Citizenship Education: In the Environment Related Sections of Australia's 'Discovering Democracy School Materials' Project*. Griffith: Australian Environmental Studies, Griffith University .
- Johannessen, Kjell S (1994): *Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: Sigma.
- Krantz, Joakim (2009): *Styrning och mening – anspråk på professionellt handlande i lärarutbildning och skola*. Växjö: Växjö University Press, Acta Wexionenesia nr 181.
- Linnér, Susanne (2005): *Värden och villkor: pedagogers samtal om ett yrkesetiskt dokument*. Växjö: Växjö University Press, Acta Wexionenesia nr 196.
- McSweeney, Brendan (1994): Management by accounting. I Anthony G Hopwood & Peter Miller, red: *Accounting as Social and Institutional Practice*, s. 299–316. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mohr, Julie J & Batalden, Paul B (2002): Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. *Quality and Safety in Health Care*, 11, s 45–50.
- Mohr, Julie J; Batalden, Paul B & Barach, Paul (2004): Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl II), s 34–38.
- Nelson, Eugene C; Batalden, Paul B; Huber, Thomas P; Mohr, Julie J; Godfrey, Marjorie M; Headrick, Linda A & Wasson, John H (2002): Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(9), s 472–493.
- Nelson, Eugene C; Batalden, Paul B & Godfrey, Marjorie M (2007): *Quality by Design – a Clinical Microsystems Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Norman, AnnCharlott; Fritzén, Lena & Lindblad-Fridh, Marianne (2011): *One lens missing? Clarifying the clinical microsystem framework with pedagogical theory*. [Oppublicerat manus.]
- Nordgren, Lars (2004): *Från patient till kund – intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Lund: Business Press.
- Nugus, Peter; Greenfield, David; Travaglia, Joanne; Westbrook, Johanna & Braithwait, Jeffrey (2010): How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71, s 898–909.

- Peters, Guy B, & Pierre, Jon (2000): Citizens versus the new public manager. The problem of mutual empowerment. *Administration & Society*, 32(1), s 9–28.
- Pethybridge, Jo (2004): How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multidisciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), s 29–41.
- Power, Michael (1997): *The Audit Society, Rituals of Verifications*. Oxford: Oxford University Press.
- Reeves, Scott; Rice, Kathleen; Conn, Lesley G; Miller, Karen-Lee; Kenaszchuk, Chris & Zwarenstein, Merrick (2009): Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), s 633–645.
- Sidhom, Mark A & Poulsen Michael G (2006): Multidisciplinary care in oncology: medico-legal implications of group decisions. *Lancet Oncology*, 7(11), s 951–954.
- Skjorshammer, Morten (2001): Co-operation and conflicts in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), s 7–18.
- Socialstyrelsen (2006): *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsens publikationer.
- Socialstyrelsen (2011): *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”*. Årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsens publikationer.
- SOU 2008:15. *LOV att välja – Lag om valfrihetssystem*. Stockholm: Fritzes
- Taylor, Charles (1971): *Interpretation and the Sciences of Man*. Review of Metaphysics.
- Wertsch, James V (1998): *Mind as Action*. New York: Oxford University Press.
- Winblad, Ulrika (2011): *Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården?* Arbetsrapport till Forum Health Policy Workshop i Stockholm, maj 2011.
- Öhman, Johan (2008): Erfarenhet och meningsskapande. *Utbildning & Demokrati - tidskrift för didaktik och utbildningspolitik*, 17(3), s 25–46.